UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

ENTRE OS PROCESSOS DE FORTALECIMENTO E FRAGILIZAÇÃO DO MODELO ESF: GESTÃO MUNICIPAL - ÓRGÃOS FORMADORES COMO COMPONENTES INTERVENIENTES

REGINA STELLA SPAGNUOLO

BOTUCATU
2010

REGINA STELLA SPAGNUOLO

ENTRE OS PROCESSOS DE FORTALECIMENTO E FRAGILIZAÇÃO DO MODELO ESF: GESTÃO MUNICIPAL - ÓRGÃOS FORMADORES COMO COMPONENTES INTERVENIENTES

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Profª. Drª. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Orientadora

BOTUCATU
2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Spagnuolo, Regina Stella.
Entre os processos de fortalecimento e fragilização do modelo ESF: gestão municipal – órgãos formadores como componentes intervenientes / Regina Stella Spagnuolo. – Botucatu, 2010.

Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010.
Orientador: Profª. Drª. Silvia Cristina Mangini Bocchi
Assunto CAPES: 40600009

1. Programa saúde da Família (Brasil). 2. Política de saúde – Avaliação. 3. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Dinâmica não linear; Pesquisa qualitativa; Programa Saúde da Família.

Nome: Regina Stella Spagnuolo

Título: Entre os processos de fortalecimento e fragilização do modelo ESF: gestão municipal - órgãos formadores como componentes intervenientes. 2010

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva

Aprovada em: 26/03/2010

Banca Examinadora

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. Carmen Maria Casquel M. Juliani
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra Elen Rose Lodeiro Castanheira
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. Ondalva Serrano
Instituto Florestal de São Paulo

Profa. Dra. Célia Regina Rodrigues Gil
Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina

Pesquisa financiada pela FAPESP, em parceria com Ministério da Saúde – CNPq (PP/SUS - Processo 2008/03700-5)

Dedico esse trabalho aos meus pais Antonio Spagnuolo filho (in memorian) e Daisy Conversani Spagnuolo.

A você mãe
Pela oportunidade de estar vivendo essa espetacular experiência educativa no mundo, pelos exemplos de altruísmo constantes, pela sua alegria contagiante, pelo exemplo de força e coragem com que enfrentou as tantas vicissitudes que a vida se lhe apresentou até hoje e por ter segurado minhas mãos tantas vezes para que eu não caísse!

Ao meu pai
Que voltou para "casa" tão cedo, agradeço por construir uma família tão linda! É nesse núcleo de amor que aprendi e aprendo os maiores e melhores exemplos da vida! Receba do outro lado da vida minhas vibrações sinceras de profundo agradecimento.

Um dia nesse espaço-tempo estaremos todos reunidos novamente!

Minha reverência e respeito eternos a vocês!

AGRADECIMENTOS

É sempre bom agradecer, a gratidão faz bem a alma!

Às minhas irmãs e companheiras de jornada estelar, Daisy Ap. C. Spagnuolo e Fernanda Cristina C. S. Brunello, por terem aceitado viver comigo essa experiência educativa na Terra, pelos exemplos incríveis de amor e por me ensinarem os caminhos mais simples e criativos da vida.

À minha amiga Renata Cristina S. Baldo, pela presença constante em minha vida, por ter me ouvido tantas vezes, pelas tantas viagens à Botucatu dividindo esperanças e confidencias. Valeu amiga!

Ao meu filho Ricardo pela compreensão em relação às minhas ausências, que foram tantas!

Ao professor Dr. Ivan Guerrini, por ter me apresentado à nova ciência e por ter revisado a fundamentação teórica deste estudo. Foi com você, em um momento criativo, degustando uma boa sopa, que surgiu o diagrama da complexidade!

À querida aluna da Graduação em Enfermagem – UNESP – Botucatu Suelen Alves Rocha pelo apoio na construção desta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, pela autorização para realização da pesquisa de campo após apreciação do projeto e pela colaboração no fornecimento de valiosas informações acerca da caracterização do município e da implantação do PSF.

Ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu

Em especial, aos membros das equipes multiprofissionais das Unidades Saúde da Família de Botucatu, que aceitaram gentilmente o convite para participarem da pesquisa. Pelas lutas, pelos esforços, pelos desafios enfrentados ao vivenciar um modelo novo de trabalho. Foram esses depoimentos que me fizeram persistir na trajetória dessa investigação. Por vocês é que a Estratégia Saúde da Família está sendo construída, num movimento dinâmico de idas e vindas, e se conforma em novos saberes e novos fazeres. Obrigada por ter aprendido tanto quando estivemos dialogando durante as entrevistas.

Regina Stella Spagnuolo

À Faculdade Pitágoras de Londrina, que me oportunizou tantas ausências para que esse trabalho tivesse a melhor continuidade.

Aos amigos e profissionais que estiveram direta e indiretamente ligados a esse trabalho, em especial na transcrição cuidadosa das fitas, realizada por Rosi Kikuche, na digitação, revisões e tantos outros ajustes para que pudesse dar encaminhamento ao trabalho final.

Agradeço por fim, a todas as enfermeiras, professoras ou de campo, que estiveram ao meu lado na minha trajetória profissional; também foi por vocês e por suas lutas no campo da gerência e liderança em enfermagem que realizo aqui um velho sonho!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Quero agradecer minha orientadora Prof[a] Dr[a] Silvia Cristina Mangini Bocchi, por ter aceitado o desafio desse trabalho, por ter me apresentado a *Grounded Theory* e pelas tantas e tantas vezes em que estivemos juntas exercitando o pensamento indutivo.

Obrigada pelas motivações constantes, especialmente nos momentos mais difíceis, quando eu achava que não iria emergir a categoria central e roia minhas unhas! Muito mais que orientadora, nos tornamos amigas. Uma amizade sincera, pautada no respeito e admiração.

Obrigada por ter permitido que eu voasse nas asas da pesquisa qualitativa e nas asas da ciência complexa, jamais te esquecerei!

Regina Stella Spagnuolo

SPAGNUOLO, R. S. **Entre os processos de fortalecimento e fragilização do modelo ESF:** gestão municipal - órgãos formadores como componentes intervenientes. 2010. 235p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos compreender o processo de trabalho dos membros da equipe multiprofissional da ESF segundo a perspectiva dos mesmos, propor modelos teóricos representativos de cada experiência e elaborar uma metassíntese a partir dos modelos teóricos emersos das experiências, resultando em um metamodelo. Trata-se de um estudo qualitativo orientado pela Teoria Fundamentada nos Dados, denominada internacionalmente por *Grounded Theory* e pelo Metaestudo como referenciais metodológicos, tendo como referencial teórico a Teoria da Complexidade. Os dados foram coletados por meio de entrevista não diretiva, gravada e transcrita na íntegra, com 54 profissionais de saúde, membros da equipe multiprofissional da ESF, composta por Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas, Auxiliares de Cirurgião Dentista, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, de um município do interior paulista, no período entre fevereiro e março de 2008. Da análise das experiências dos grupos amostrais, emergiram seis categorias centrais, respectivamente, a saber: entre o declínio e o fortalecimento do vínculo médico-ESF: a reciprocidade médico-equipe-comunidade como componente interveniente na resignificação da práxis; do entusiasmo à desmotivação: o apoio da gestão municipal na materialização da consulta de enfermagem como instrumento da visibilidade do enfermeiro; do ideal a materialização da assistência odontológica preventiva junto a ESF; do consultório para a ESF: conquistando reconhecimento social e resignificando a vida ao vivenciar na práxis a promoção e prevenção da saúde bucal materno-infantil; do ideal à ilusão: a dimensão político-administrativa do gestor municipal como componente interveniente na consecução da ESF; do sonho à frustração com a ESF: a reciprocidade ACS - comunidade como componente interveniente. Da metassíntese desses modelos emergiu um metamodelo representativo da experiência de trabalho da equipe da ESF, nomeado: **ENTRE OS PROCESSOS DE FORTALECIMENTO E DE FRAGILIZAÇÃO DO MODELO ESF: GESTÃO MUNICIPAL – ÓRGÃOS FORMADORES COMO COMPONENTES INTERVENIENTES,** que representa o significado e o movimento dos membros da equipe multiprofissional que atuam no modelo de atenção da ESF. O modelo teórico evidencia o processo que leva a equipe a entusiasmar-se e a se encontrar no modelo ESF, materializado no cuidado integral à comunidade, como forma de tornar reconhecido seu papel social. O trabalho fragmentado, a falta de apoio da dimensão político-administrativa e dos órgãos formadores sobrecarrega o trabalho, tornando-o invisível. A visão da Teoria da Complexidade apóia novas práticas, mais criativas e sistêmicas, sendo que, quanto mais fortes as relações entre as pessoas, mais apoio e reconhecimento nascerão delas. Há necessidade de uma desconstrução do paradigma cartesiano do trabalho em saúde para que novas maneiras de enfrentar os desafios surjam a partir do fortalecimento de todos os seus membros, apoiados por uma nova visão de mundo.

Descritores: Programa Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Dinâmica não Linear; Pesquisa Qualitativa.

SPAGNUOLO, R. S. **Between the processes of strengthening and weakening of the ESF model:** municipal management - educational agencies as intervenient components. 2010. 235p. Dissertation (Doctoral Program in Collective Health) - Botucatu School of Medicine, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu.

SUMMARY

This study aimed at understanding the work process of an ESF multiprofessional team members according to their own perspectives, at proposing representative theoretical models for each experience and at performing a meta-synthesis based on the theoretical models emerging from the experiences, thus resulting in a meta-model. It is a qualitative study guided by the Grounded Theory and by the Meta-Study as methodological frameworks, and based on the Complexity Theory as a theoretical framework. The data were collected by means of non-directive interviews with 54 health care professionals who were members of the ESF multiprofessional team, comprising Physicians, Nurses, Dentists, Dental Auxiliaries, Nursing Auxiliaries and Community Health Agents in a city in inner São Paulo state. The interviews, performed from February to March 2008, were taped and fully transcribed. Six core categories emerged from the analysis of the experiences reported by the sampled groups, namely: between the decline and the strengthening of the physician-ESF tie: the physician-team-community reciprocity as an intervenient component in praxis re-signification; from enthusiasm to discouragement: the support from municipal management in the materialization of nursing consultation as an instrument of nurses' visibility; from the ideal to the materialization of preventive dental care in the ESF; from the medical office to the ESF: achieving social acknowledgment and re-signifying life when experiencing child and maternal oral- health promotion in practice; from the ideal to illusion: the political and administrative dimension of the municipal manager as an intervenient component in ESF consecution; from dream to frustration about the ESF: the ACS-community reciprocity as an intervenient component. From the meta-synthesis of these models there emerged a representative meta-model for the ESF team's work experience, which was denominated: **BETWEEN THE PROCESSES OF STRENGTHENING AND OF WEAKENING OF THE ESF MODEL: MUNICIPAL MANAGEMENT - EDUCATIONAL AGENCIES AS INTERVENIENT COMPONENTS**, which represents the meaning and the movement by the members of the multiprofessional team working in the ESF care provision model. The theoretical model shows the process that leads the professional team to become enthusiastic and find themselves in the ESF model materialized into full care provision to the community as a way to make their social roles acknowledged. Fragmented work, the lack of support from the political and administrative realm and from educational agencies overload the work, making it invisible. The view of the Complexity Theory supports more creative and systemic new practices, and the stronger the relations among individuals, the more support and acknowledgment will arise from them. There is a need for the deconstruction of the Cartesian paradigm of health care work so that new forms of facing challenges can arise from the strengthening of all its members supported by a new view of the world.

Key words: Family Health Program; Health Care Assessment; Non-Linear Dynamics; Qualitative Research.

SPAGNUOLO, R. S. **Entre los procesos de fortalecimiento y el fragilización del modelo ESF:** gestión municipal - órganos formadores como componentes intervinientes. 2010. 235p. Tesis (Doctorado en Salud Colectiva) – Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad del Estado de São Paulo "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos comprender el proceso de trabajo de los miembros del equipo multiprofesional de la ESF según su perspectiva, proponer modelos teóricos representativos de cada experiencia y elaborar una metasíntesis con la ayuda de los modelos teóricos emergidos de las experiencias, resultando en un metamodelo. Se trata de un estudio cualitativo orientado por la Teoría Fundamentada en los Datos, denominada internacionalmente por *Grounded Theory,* y por el Metaestudio como referenciales metodológicos, teniendo como referencial teórico la Teoría de la Complejidad. Los datos fueron compilados por medio de entrevistas no directivas, que fueron grabadas y transcritas en la íntegra, con 54 profesionales de salud, miembros del equipo multiprofesional de la ESF compuesto por médicos, enfermeros, cirujanos, dentistas, auxiliares de cirujano dentista, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud de un municipio del interior del Estado de São Paulo entre febrero y marzo de 2008. Del análisis de las experiencias de los grupos de muestreo, emergieron seis categorías centrales, respectivamente, a saber: entre la declinación y el fortalecimiento del vínculo médico-ESF: la reciprocidad médico-equipo-comunidad como componente interviniente en la resignación de la praxis; del entusiasmo a la desmotivación: el apoyo de la gestión municipal en la materialización de la consulta de enfermería como instrumento de la visibilidad del enfermero; del ideal a la materialización de la asistencia odontológica preventiva en la ESF; del consultorio para la ESF: conquistando reconocimiento social y resignificando la vida al vivir en la praxis, la promoción y prevención de la salud bucal materno-infantil; del ideal a la ilusión: la dimensión político-administrativa del gestor municipal como componente interviniente en la consecución de la ESF; del sueño a la frustración con la ESF: la reciprocidad ACS - comunidad como componente interviniente. De la metasíntesis emergió un metamodelo representativo de la experiencia de trabajo del equipo de la ESF, designado **ENTRE LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO Y DE FRAGILIZACIÓN DEL MODELO ESF: GESTIÓN MUNICIPAL – ÓRGANOS FORMADORES COMO COMPONENTES INTEVINIENTES,** que representa el significado y el movimiento de los miembros del equipo multiprofesional que actúan en el modelo de atención de la ESF. El modelo teórico evidencia el proceso que lleva al equipo a entusiasmarse y a encontrarse en el modelo ESF materializado en el cuidado integral a la comunidad como forma de hacer reconocido su papel social. El trabajo fragmentado, la falta de apoyo de la dimensión político-administrativa y de los órganos formadores sobrecarga el trabajo y lo hace invisible. La visión de la Teoría de la Complejidad apoya nuevas prácticas más creativas y sistémicas. Cuanto más fuertes las relaciones entre las personas, más apoyo y reconocimiento nacerán de ellas. Hace falta desconstruir el paradigma cartesiano del trabajo en salud para que nuevas maneras de enfrentar los retos surjan desde el fortalecimiento de todos sus miembros apoyados por una nueva visión de mundo.

Descriptores: Programa Salud de la Familia; Evaluación en Salud; Dinámica no Linear; Investigación Cualitativa.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABHS	- Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana
AME	- Ambulatório Médico de Especialidades
ARE	- Ambulatório Regional de Especialidades
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CINAHL	- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CM	- Gerente de Caso
CMPDM	- Participação do Gerente do Cargo na Tomada de Decisão
CNAs	- Certified Nurse Assistants
CSE	- Centro de Saúde Escola
EAVAM	- Escala Analógica Visual Modificada
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
FMB	- Faculdade de Medicina de Botucatu
GIL	- Gerenciador de Informações Locais
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHSSP	- Modelo Conceitual de Parcerias entre a Saúde e o Serviço Social
ILP	- Instituições de Longa Permanência
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano
IPE	- Introdução da Educação Interprofissional
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LVM	- Licensed Vocational Nurses
MEDLINE	- Medical Literature Analysis and Retrieval on-line

NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
UNI	- Fundação UNI
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDSA	- Plan-do-study-act
PSF	- Programa Saúde da Família
PTD	- Participação na Tomada de Decisão
PSAT	- The Partnership Self-Assessment Tool
RNS	- Registered Nurses
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA	- Sistemas Complexos Adaptativos
SDCA	- Sistemas Dinâmicos Complexos e Adaptativos
SiMIS	- Sistema de Informação Municipal
TC	- Teoria da Complexidade
TCI	- The Team Climate Inventory
TFD	- Teoria Fundamentada em Dados
UNESP	- Universidade Estadual Paulista
UPA	- Pronto Atendimento Municipal
USF	- Unidades de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes do Metaestudo..... 91

Figura 2 - Códigos alfanuméricos..... 95

Figura 3 - Categoria central M. Entre o declínio e o fortalecimento do vínculo médico-ESF: a reciprocidade médico-comunidade como componente interveniente na resignificação da práxis..... 109

Figura 4 - Categoria central E. Do entusiasmo à desmotivação: o apoio da gestão municipal na materialização da consulta de enfermagem como instrumento da visibilidade do enfermeiro..... 127

Figura 5 - Categoria central CD - Do consultório para a ESF: o processo reciprocidade cirurgião dentista-equipe-comunidade na práxis centrada na área materno-infantil como componente facilitador para o reconhecimento social da profissão..... 135

Figura 6 - Categoria central CD - Do consultório para a ESF: conquistando reconhecimento social e resignificando a vida ao vivenciar na práxis a promoção e prevenção da saúde bucal materno-infantil..... 142

Figura 7 - Categoria Central AE - Do ideal à ilusão: a dimensão político-administrativa do gestor municipal como componente interveniente na consecução da ESF..... 156

Figura 8 - Categoria central ACS: Entre o sonho à frustração com a ESF: a reciprocidade ACS-comunidade como componente interveniente..... 167

Figura 9 - Diagrama do metamodelo. Entre os Processos de Fortalecimento e a Fragilização do Modelo ESF: Gestão Municipal-Órgãos Formadores Como Componentes Intervenientes..... 176

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1- Fenômeno A1. Sendo uma experiência difícil..... 96

Diagrama 2 - Fenômeno A2. Deparando-se, inicialmente, com o desafio de se tornar um médico de família: categorias..... 97

Diagrama 3 - Tema A2.3. Aprendendo-aprender a ser médico de família com a equipe: categorias..... 98

Diagrama 4 - Fenômeno A3. Vivenciando encontros e desencontros com a práxis médica na ESF..... 100

Diagrama 5 - Tema A3.1. Encontrando-se como médico de família: categorias..... 101

Diagrama 6 - Categoria A3.1.1. Motivando-se junto à ESF, mediante estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade..... 102

Diagrama 7 - Tema A3.2. Não se encontrando como médico de família: categorias.... 104

Diagrama 8 - Categoria A3.2.1. Sofrendo por não perceber resultados sobre a saúde da população com a ESF: subcategorias..... 105

Diagrama 9 - Entusiasmando-se pela ESF como oportunidade de tornar reconhecido o exercício profissional do enfermeiro, na operacionalização do cuidado integral..... 111

Diagrama 10 - Mantendo-se motivado com o exercício da enfermagem na ESF, mediante reconhecimento da comunidade..... 114

Diagrama 11 – Fenômeno B2 - Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF, que não promove reconhecimento do exercício profissional e social do enfermeiro, diante da falta de apoio da gestão..... 116

Diagrama 12 – Tema B2.3 - Sentindo-se limitado em coordenar a equipe multiprofissional e assistir à comunidade. 118

Diagrama 13 – Categoria B2.3.1 - Sentindo-se impotente em coordenar a equipe multiprofissional da ESF. Q.16..... 118

Diagrama 14 – Categoria B2.3.2 - Sentindo-se impotente em coordenar a equipe multiprofissional da ESF..... 120

Diagrama 15 – Tema B2.4 - Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade no modelo ESF..... 122

Diagrama 16 – Tema B2.5 - Sofrendo a desilusão com o processo de trabalho empreendido na ESF no município..... 124

Diagrama 17 – Fenômeno C. Superando o desafio do reconhecimento social na ESF, mediante práxis odontológica centrada na atenção materno-infantil..... 128

Diagrama 18 – Sofrendo com o processo de aprender-aprender a ser dentista de família com a equipe..... 129

Diagrama 19 - Superando o desafio do reconhecimento social no exercício de uma práxis preventiva materno-infantil..... 131

Diagrama 20 - Lutando pela conquista do reconhecimento social do seu exercício de sua profissão perante a equipe e comunidade materno-infantil..... 132

Diagrama 21 - Sentindo satisfação com a práxis voltada à promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil..... 137

Diagrama 22 - Fenômeno E1. Mantendo-se motivado no processo de trabalho na ESF, apoiado na materialização do cuidado integral longitudinal, no sentimento de pertença à equipe e no papel de decodificador das queixas do usuário ao médico no espaço do acolhimento: categorias..... 143

Diagrama 23 - Categoria E1.1. Vislumbrando na ESF a possibilidade de vivenciar a satisfação em realizar o cuidado integral longitudinal da família: subcategorias..... 144

Diagrama 24 - Fenômeno E2. Desmotivando-se no processo de trabalho na ESF, perante a falta de apoio do gestor: temas..... 148

Diagrama 25 - Tema E2.1. Sentindo falta de apoio do gestor no processo de trabalho: categorias..... 149

Diagrama 26 - Categoria E2.1.2. Perdendo o referencial de cuidado integral e longitudinal, mediante sobrecarga de trabalho imposta pelo déficit de AE: subcategorias..... 150

Diagrama 27 - Constituindo competências e habilidades no exercício da práxis, por meio da reciprocidade estabelecida com a equipe..... 157

Diagrama 28 - Alcançando visibilidade da profissão por meio do exercício da mutualidade com a comunidade 158

Diagrama 29 - Frustrando-se com a impossibilidade de continuar vivenciando a reciprocidade com a comunidade na ESF em face das barreiras impostas ao atendimento de suas necessidades pela ineficiência de gestão do modelo..... 161

Diagrama 30 - Sofrendo com o afastamento das atividades de prevenção e promoção junto à comunidade para assumir atividades burocráticas impostas pelo gestor..... 162

Diagrama 31 - Fenômeno EQ1. Encontrando-se como membro da equipe multiprofissional: categorias..... 168

Diagrama 32 - Fenômeno EQ2. Não se encontrando-se como membro da equipe multiprofissional: categorias..... 170

Diagrama 33 - Fenômeno EQ3. Rompendo psiquicamente com o processo de trabalho na ESF: categorias..... 171

Diagrama 34 - Subcategoria EQ3.3.1 Frustrando-se ao descobrir que o ideal de cuidado integral se tornou uma ilusão na ESF..... 172

Diagrama 35– Diagrama complexo..... 178

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categoria A1.1. Sendo uma experiência difícil..... 206

Quadro 2 - Tema A2.1. Vindo de uma formação centrada no cenário hospitalar..... 206

Quadro 3 - Tema A2.2. Não contando com processos formais de capacitação na ESF para o exercício médico..... 206

Quadro 4 - Tema A2.3. Aprendendo-aprender a ser médico de família com a equipe.... 206

Quadro 5 - Tema A2.4. Reconstruindo competências de um médico generalista 207

Quadro 6 - Tema A3.1. Encontrando-se como médico de família..... 207

Quadro 7 - Tema A3.2. Não se encontrando como médico de família..... 208

Quadro 8 - Tema B1.1 - Percebendo a ESF como uma oportunidade de oferecer cuidado integral à família..... 210

Quadro 9 - Tema B1.2 - Reconhecendo a ESF como possibilidade real de exercer a profissão com autonomia..... 210

Quadro 10 - Tema B1.3 - Reconhecendo o modelo ESF como oportunidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade..... 211

Quadro 11 - Tema B1.4 - Optando pelo exercício profissional da Enfermagem na ESF ao invés do cenário hospitalar..... 211

Quadro 12 - Tema B1.5 – Mantendo-se motivado com o exercício da enfermagem na ESF mediante reconhecimento da comunidade..... 211

Quadro 13 - Tema B2.1. Sendo um desafio a construção do modelo ESF..... 213

Quadro 14 - Tema B2.2. Não contando com o apoio do gestor ao exercício do papel do enfermeiro coordenador da equipe da ESF..... 212

Quadro 15 - Tema B2.3 - Sentindo-se limitado em coordenar a equipe multiprofissional e assistir à comunidade..... 213

Quadro 16 - Tema B2.4 – Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade..... 214

Quadro 17 – Tema B2.5 – Sofrendo a desilusão com o processo de trabalho empreendido na ESF no município..... 215

Quadro 18 – Tema C.1 – Sofrendo com o processo de aprender-aprender a ser dentista de família com a equipe..... 216

Quadro 19 – Tema C.2 – Superando o desafio do reconhecimento social no exercício de uma práxis preventiva materno-infantil..... 217

Quadro 20 - Fenômeno ACD 1 - Sentindo satisfação com a práxis voltada à promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil..... 218

Quadro 21 - Categoria E1.1. Vislumbrando na ESF a possibilidade de vivenciar a satisfação em realizar o cuidado integral longitudinal da família..... 219

Quadro 22 - Categoria E1.2. Desfrutando do sentimento de pertença no processo de trocas de saberes no trabalho em equipe..... 220

Quadro 23 - Categoria E1.3. Tendo prazer em decodificar para o médico sinais, sintomas e queixas do usuário..... 221

Quadro 24 - Tema E21. Desmotivando-se no processo de trabalho na ESF diante da falta de apoio do gestor: temas..... 221

Quadro 25 - Categoria E2.1.2. Perdendo o referencial de cuidado integral e longitudinal, mediante sobrecarga de trabalho imposta pelo déficit de AE: subcategorias..... 221

Quadro 26 - Categoria E2.1.3. Recebendo baixos salários..... 222

Quadro 27 - Categoria E2.1.4. Não contando com apoio psicológico..... 222

Quadro 28 - Categoria E2.1.5. Sofrendo o impacto nas transições políticas..... 222

Quadro 29 - Tema E2.2. Rompendo psiquicamente com o modelo ESF..... 223

Quadro 30 – CategoriaF1.1 - Considerando o trabalho gratificante no início..... 224

Quadro 31 – Categoria F1.2 -Constituindo competências e habilidades no exercício da práxis, por meio da reciprocidade estabelecida com a equipe..... 224

Quadro 32 - Categoria F1.3. Alcançando a visibilidade da profissão por meio do exercício da mutualidade com a comunidade..... 225

Quadro 33 - Categoria F2.1 - Sentindo-se frustrado ao se sentir limitado na resolução de problemas da comunidade pela ineficiência da rede secundária de atenção à saúde..... 225

Quadro 34 - Categoria F2.2. Sofrendo com o afastamento das atividades de prevenção e promoção junto à comunidade, perante sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor..... 226

Quadro 35 - Categoria F2.3 - Rompendo psiquicamente com a operacionalização do modelo ESF no município..... 227

Quadro 36 - Categoria EQ1.1. Entusiasmando-se com a possibilidade de ver reconhecida a sua práxis na ESF..... 228

Quadro 37 - Categoria EQ1.2. Construindo vínculos com a comunidade e equipe..... 228

Quadro 38 - Categoria EQ1.4. Materializando cuidado integral na práxis 228

Quadro 39 - Categoria EQ1.4. Materializando cuidado integral na práxis 229

Quadro 40 - Categoria EQ1.5. Alcançando a visibilidade da profissão..... 229

Quadro 41 - Categoria EQ2.1. Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF que, mediante falta de apoio da gestão..... 230

Quadro 42 - Categoria EQ2. 2 Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade no modelo ESF..... 230

Quadro 43 - Categoria EQ3.1. Não contando com o apoio do gestor ao exercício da profissão na ESF..... 230

Quadro 44 - Categoria EQ3.2. Percebendo a invisibilidade do exercício profissional relacionado à falta de apoio do gestor..... 230

Quadro 45 - Categoria EQ3.3. Vivenciando o processo de sofrimento psíquico..... 231

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUZINDO O ESTUDO.....23
1.1 ELEGENDO AS RELAÇÕES COMPLEXAS DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO ALVO DE ATENÇÃO 23
1.2 À GUISA DE INTRODUÇÃO.....25

CAPÍTULO II - TEORIZANDO O TRABALHO EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DA COMPLEXIDADE.....30
2.1 O TRABALHO E A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA.....32

CAPÍTULO III - APRESENTANDO A REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 37
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CORPUS DA ANÁLISE.....38
3.2 CONHECIMENTO PRODUZIDO À LUZ DA TEORIA DA COMPLEXIDADE.....39

CAPÍTULO IV - PROPONDO OS OBJETIVOS DA PESQUISA 66

CAPÍTULO V - ABORDANDO O MÉTODO 68
5.1 OPTANDO PELA PESQUISA QUALITATIVA.....69
5.2 CENÁRIO E ATORES PARTICIPANTES.....70
5.2.1 O Município de Botucatu e a Atenção à Saúde.....70
5.2.2 Programa de Saúde da Família de Botucatu.....72
5.2.2.1 Grupo de trabalho sobre PSF no município de Botucatu 72
5.2.2.2 Interação com as comunidades.....73
5.2.2.3 Atores.....73
5.3 ESTRATÉGIAS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS 74
5.3.1 Considerações Éticas.....77
5.4 DISCUSSÃO DOS DADOS À LUZ DA TEORIA DA COMPLEXIDADE (TC).....78
5.4.1 Compreensão do Trabalho em Equipe Multiprofissional e a Complexidade 79
5.4.2 A Equipe Como Objeto de Mudança Organizacional 81
5.4.3 Ordem-desordem e Auto-organização no Trabalho em Equipe 83
5.5 ANÁLISE DOS DADOS À LUZ DA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS (G*ROUNDED THEOR*Y) 85
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....86

5.7 METAESTUDO 90
5.7.1 Componentes do Metaestudo 91
5.7.2 Resultados e Limitações do Metaestudo.....92

CAPÍTULO VI - APRESENTANDO OS RESULTADOS: EXPERIÊNCIAS, MODELOS TEÓRICOS E METASSÍNTESE 93
6.1 A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO MÉDICO NA ESF 96
6.1.1 Fenômenos Identificados 96
6.1.2 Descobrindo a Categoria Central 108
6.2 EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO NO TRABALHO NA ESF.....110
6.2.1 Fenômenos Identificados 110
6.2.2 Descobrindo a Categoria Central 125
6.3 EXPERIÊNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESF 128
6.3.1 Fenômenos Identificados 128
6.3.1 Descobrindo a Categoria Central 134
6.4 EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DOS AUXILIARES DE CIRURGIÃO DENTISTA (ACD) NA ESF 136
6.4.1 Fenômenos Identificados 136
6.4.2 Descobrindo a Categoria Central 140
6.5 EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM (AE) NA ESF 142
6.5.1 Fenômenos Identificados 142
6.5.2 Descobrindo a Categoria Central 153
6.6. EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA ESF.....156
6.6.1 Fenômenos Identificados 156
6.6.2 Descobrindo a Categoria Central 164
6.7 METASSÍNTESE DOS MODELOS TEÓRICOS: A EXPERIËNCIA DA EQUIPE NA ESF 167
6.7.1 Identificando os Fenômenos 167
6.7.2.Descobrindo a categoria central do metamodelo 173
CAPÍTULO VII - DISCUTINDO O METAMODELO.....177

CAPÍTULO VIII - TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....192

REFERÊNCIAS.....197

APÊNDICE A - QUADROS DE CÓDIGOS MÉDICOS 206
APÊNDICE B - QUADRO DE CÓDIGOS ENFERMEIROS.....210
APÊNDICE C - QUADRO DE CÓDIGOS DENTISTAS.....216
APÊNDICE D – QUADRO DE CÓDIGOS AUXILIARES DE CIRURGIÃO DENTISTA 218
APÊNDICE E – QUADRO DE CÓDIGOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM.....219
APÊNDICE F – QUADRO DE CÓDIGOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....224
APÊNDICE G – QUADRO DE CÓDIGOS DA METASSÍNTESE DOS MODELOS TEÓRICOS.....228

ANEXOS 232
ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA..... 233
ANEXO 2 - ALTERAÇÃO DE TÍTULO.....234

Capítulo I. Introduzindo o Estudo

1.1 ELEGENDO AS RELAÇÕES COMPLEXAS DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO ALVO DE ATENÇÃO.

Ao iniciar minha jornada como aluna de Pós-Graduação estrito senso, mestrado, já contava com longos anos de carreira como enfermeira, sempre inquieta com as questões envolvendo a gestão e o trabalho em equipe multiprofissional. No cenário hospitalar, em início de carreira, sempre considerei um grande desafio as relações interpessoais no trabalho que se conformavam nas práticas da equipe. Ainda hoje, mais madura, venho indagando sobre essas relações, sobre as minhas escolhas profissionais, no ensino, nas práticas de saúde que envolve o processo saúde-doença e nos espaços da gestão. Nesta reflexão, evidencio as inúmeras redes de relacionamentos, tanto no ensino, quanto em minhas práticas, que se cruzam e me conduzem à escolha do objeto desse estudo, que, de certa forma, tem relação com a continuidade dos estudos do mestrado. Sabedora de que essas relações, tanto pessoais quanto profissionais, não sofrem separações cartesianas, mantenho o foco e a motivação para a continuidade da pesquisa agora no doutorado.

Ao refletir sobre o porquê da continuidade em estudar as equipes de trabalho e o significado de suas vivências, observo uma relação próxima às minhas próprias redes, tanto na vivência hospitalar quanto na saúde coletiva, e às sucessões de acontecimentos que foram, num processo interativo e relacional durante anos com os demais membros que compõe a equipe multiprofissional em saúde, se aproximando da conscientização da necessidade e do aprofundamento deste estudo.

É claro que, ao descrever aqui o percurso dessa jornada, o caminho pode parecer linear e sequencial, o que não corresponde à realidade, pois é sabido que, nas caminhadas da vida, os fatos se dão de maneira incerta, imprevisível e muitas vezes caótica e vão se auto-organizando em novos devires, em momentos de dúvidas e certezas que se completam em movimentos circulares e me conduziram a novos-velhos questionamentos acerca dos processos que envolvem o trabalho em equipe multiprofissional.

Interessada em conhecer e compreender melhor os arranjos organizacionais do trabalho em equipe e por ter sido durante muitos anos membro participante deles, já durante o mestrado fui me aproximando dos aportes teóricos e dos caminhos que deveria percorrer para chegar ao objetivo desejado. Foram muitas idas e vindas. Muitos encontros e desencontros, a descoberta do campo de estudo, como faria essa aproximação, enfim, um mundo novo para mim.

Hoje percebo que esses caminhos não são lineares e que esses encontros e desencontros, e até mesmo os momentos de desânimo, não me fizeram esmorecer; ao contrário, me levaram adiante, a idealizar o trabalho de equipe em saúde como um projeto possível e não se trata mais aqui de um sonho pessoal, a questão está colocada para todos os trabalhadores de saúde em geral.

O contato com o cotidiano das equipes de trabalho multiprofissional, isto é, com o médico, os auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, o dentista, o auxiliar do dentista, o auxiliar administrativo, o auxiliar da limpeza, líderes comunitários e outros pares, me mostra a cada dia o quanto esse trabalho é relacional e interativo. Relações de poder, sociais, culturais, de conflitos, de alegrias me mostram que não trabalhamos de forma isolada.

Estimulada por esses desafios e pela trajetória vivida nos espaços da gestão em enfermagem, dei início a este estudo. Agora docente de componentes curriculares que abordam e discutem a Estratégia Saúde da Família (ESF), sua inserção, seus princípios fundamentais alicerçados no trabalho em equipe possibilitaram-me ampliar a visão acerca do objeto desse estudo.

Durante o mestrado, o cenário de estudo foi o município de Botucatu em um momento de recém implantação da ESF, em que estive no cargo de Coordenação de equipe durante três anos e estudei o papel da enfermeira na coordenação dessas equipes.

No entanto, as inquietações permaneceram e agora, no doutorado, volto ao mesmo campo depois de seis anos de implantação da ESF, para compreender melhor o significado que esses profissionais têm atribuído ao trabalho nesse modelo de atenção à saúde. Pude ainda compreender nesses anos que a definição do problema de uma pesquisa nasce das inquietações que acompanham o pesquisador. Nesse sentido e somando-se às minhas vivências profissionais, poder

desvelar os significados das práticas que se dão na Estratégia Saúde da Família tem sido ao mesmo tempo estimulante e desafiante. Como tem se dado esse evento? Como os profissionais têm se percebido nessa prática? São tantas as inquietações, as mesmas dos velhos tempos, porém num outro momento de vida.

Como primeiro capítulo, apresento a guisa de introdução, algumas reflexões em torno do assunto de nosso estudo, fruto de leituras e buscas incessantes nos livros e em bancos de dados *on line* disponíveis. No capítulo dois apresento uma teorização acerca do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) à luz da Teoria da Complexidade, no terceiro apresento uma revisão bibliográfica integrativa do assunto, isto é, mais aprofundada, utilizando os descritores enfermagem, saúde e complexidade, que me auxiliou na análise teórica. No quarto capítulo apresento os objetivos desse estudo e no quinto, descortino os referências teórico e metodológicos e suas respectivas fundamentações, cenário do estudo, nossos atores participantes. Chegando ao final, já no sexto capítulo, surgem os resultados que emergiram das experiências dos médicos (M), das enfermeiras (E), do cirurgião dentista (CD) e seus auxiliares (ACD), dos auxiliares de enfermagem (AE) e dos agentes comunitários de saúde (ACS), os modelos teóricos e a metasíntese. Na seqüência, apresento o sétimo e oitavo capítulos que encerram o estudo discutindo o metamodelo e teço as considerações finais. Foi realmente emocionante experenciar o surgimento do metamodelo. Emocionei-me muito! Não esquecerei esse momento, até porque, senti na alma que esse modelo estava retratando realmente aquelas experiências. Foi e tem sido uma vivência espetacular e nova para mim.

1.2 À GUISA DE INTRODUÇÃO

O ambiente das organizações em geral vem sofrendo, nas últimas décadas, mudanças aceleradas, acompanhando os cenários econômicos, sociais, políticos, tecnológicos e culturais. Nas organizações de saúde não foi diferente. Um dos principais desafios, no campo das organizações de saúde, ao desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o insuficiente enfrentamento das temáticas da mudança do processo de trabalho e da

participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial (CARVALHO e CUNHA, 2007).

A modificação desse quadro é essencial para a efetivação do SUS, pois entendemos que, alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho - a vida, os conflitos de relações, os sofrimentos dos indivíduos e da coletividade, apontados como doença-, é que será possível cumprir os preceitos da carta constitucional que garantem o direito à saúde de todos os brasileiros.

As respostas que os administradores em saúde, seja em âmbito federal, estadual ou municipal, têm dado a esse quadro ao qual as organizações de saúde estão submetidas, se alicerçam, em grande parte, nos conceitos básicos das ciências clássicas, que pretendem prover capacidade de controlar, analisar e predizer comportamentos que emergem do interior dessas organizações.

Gostaria, nesse ponto, de abordar melhor o tema da ciência clássica e as rupturas que nela ocorreram durante o século XX; algumas referências dentro da própria ciência são necessárias para uma reflexão mais profunda. Por exemplo, podemos citar um ganhador de Prêmio Nobel de 1977, Ilya Prigogine: “a ciência clássica privilegia a ordem, a estabilidade, ao passo que em todos os níveis de observação reconhecemos agora o papel primordial das flutuações e da instabilidade” (PRIGOGINE, 1996, p.12).

É forçoso reconhecer, portanto, que a ciência clássica, tida ainda como a única forma de se olhar para o mundo, foi assim regida por um rigoroso determinismo apoiado na formulação de leis à luz de regularidades apenas observadas em situações ideais.

Foi somente no século passado que a descoberta de estranhos efeitos naturais, dentro da Física Quântica e da nova Teoria da Complexidade que contempla a Teoria do Caos e o pensamento sistêmico, trouxe à tona um grande questionamento filosófico, epistemológico e ontológico sobre a maior ou menor adequação dessa forma convencional de se fazer ciência, a qual é ainda ensinada majoritariamente em nossas escolas.

Ainda sobre o paradigma da ciência clássica, calcado no modelo explicativo da mecânica de Newton, é importante salientar que essa visão mostra o

mundo natural como se fosse uma máquina, cujas operações podem ser determinadas por leis físicas e matemáticas, totalmente estático ou em equilíbrio previsível, vazio, destituído de irregularidades e onde não há nada, além da matéria, que possa influir significativamente nos processos naturais. Esse modelo mecânico da natureza tornou-se, dessa forma, o grande referencial da ciência moderna, conhecida por "mecanicismo" (SANTOS, 1988; MORIN, 2002; ALMEIDA FILHO, 2005).

A partir das rupturas na ciência clássica ocorridas no século passado, alguns pesquisadores, pensadores, filósofos, educadores e profissionais mais ousados começaram a trabalhar e a pôr em prática os conceitos da chamada "Nova Ciência". Assim, de acordo com os trabalhos de Capra (1998, 1999), Senge (1990), Morin (1995, 2000), Morgan (2000), Stacey (1994, 1995, 1996, 1998), Cunha *et al*. (2001) entre outros, os fenômenos da vida organizacional são complexos, contraditórios, únicos, desordenados e imprevisíveis; isto é, devem ser tratados a partir de teorias e conceitos que sejam compatíveis com essa realidade, com esse cotidiano a que estão submetidas.

Ainda neste entendimento e seguindo essas novas tendências, as organizações de saúde deveriam buscar a superação de um padrão gerencial que tem como eixo a redução de pessoas à condição de instrumentos, passíveis, sujeitas aos objetivos dessas organizações, que as transformam em insumos ou em objetos da produção do cuidado em saúde (CARVALHO; CUNHA, 2007).

Observo ainda que os arranjos organizacionais em saúde estão apontando para a formação de equipes, responsáveis pela produção do trabalho, que fazem parte desse cotidiano complexo; portanto, deveriam ser tratadas também na perspectiva de Sistemas Complexos em saúde.

Para esses autores, deveríamos abandonar as premissas da ciência clássica e tratar as organizações e suas equipes de trabalho como sistemas dinâmicos complexos e adaptativos (SDCA), que, por sua vez, têm características e comportamentos padrões que poderiam ser melhor compreendidos por meio da Teoria da Complexidade, pela Geometria Fractal e pela Teoria dos Sistemas, as quais têm contribuído para uma nova compreensão da vida organizacional.

No Brasil, alguns trabalhos têm sido publicados, como os de Bauer (1999), Agostinho (2001), Giovanini (2002), que demonstram a influência dessas teorias sobre as organizações e suas equipes de trabalho.

Diante desse contexto da emergência, em ambientes científicos e acadêmicos, de novos conceitos para se olhar para o mundo em que habitamos neste início de século XXI, julgo, mais uma vez, que é importante enfatizar as motivações para este estudo. Assim sendo, entre as razões já descritas que me levaram à escolha desse tema, destaco os estudos e leituras, acerca dos padrões de comportamento, das relações, das trocas, do controle, do poder e de tantos outros fenômenos que atravessam o cotidiano do fazer em saúde.

Em função, portanto, de tantos desafios que cercam os novos arranjos organizacionais com suas equipes, foi necessário escolher um caminho epistemológico novo. Para tanto, a Teoria da Complexidade surge como escolha para analisar teoricamente o processo de trabalho na equipe multiprofissional da ESF.

Uma das questões centrais envolvendo essa abordagem está no fato de que os padrões de ordem podem emergir da desordem e as coisas não se comportam de forma pendular, oscilando mecanicamente num vai-e-vem determinístico (PRIGOGINE, 1996).

Podemos contextualizar o trabalho em equipe multiprofissional na ESF neste ponto de vista para melhor compreender a emergência de modelos de criatividade e de coexistência entre os modos de fazer o cotidiano em saúde.

Na intenção de responder às indagações apresentadas nessa introdução e aprofundar a compreensão do significado que as equipes multiprofissionais que atuam na ESF no município de Botucatu atribuem a essa vivência é que pretendo começar esse estudo perguntando: —- Como os membros da equipe multiprofissional em saúde compreendem o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família?

Em face de minhas inquietações, busquei realizar, num primeiro momento, uma revisão integrativa da literatura acerca da produção do conhecimento com a Teoria da Complexidade no campo da saúde, que apresento a seguir.

Capítulo II. Teorizando o Trabalho em Saúde e a Estratégia Saúde da Família à Luz da Complexidade

Tendo em vista a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o processo de trabalho no campo da saúde coletiva, particularmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família, procurei teorizar acerca do objeto desse estudo – o trabalho em equipe multiprofissional - alicerçado em um paradigma da ciência, a ciência da Complexidade, que vai lançando luz sobre o nosso capítulo conforme a teoria se desenvolve.

A elaboração desse capítulo me levou a refletir sobre o trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado fundamentado numa composição de trabalho cuja participação de trabalhadores com diferentes qualificações, desde os de elevada formação acadêmica até aqueles mais simples chamados de auxiliares, composição essa que vem lançando desafios provocativos aos gestores e líderes desses processos de trabalho.

Um dos desafios é o *modus operandi* de uma equipe de trabalho, pois destaco dois fatores que se encontram imbricados, sobrepostos, em seu funcionamento: a presença de diferentes profissionais com suas especificidades e a necessidade de um direcionamento eficiente à atuação dos mesmos.

Não desejo aqui reinventar a roda sobre o trabalho em saúde, mas sim lançar novos olhares, olhares complexos e criativos, na esperança de contribuir para uma reflexão perante as tantas dificuldades com que se defronta particularmente essa modalidade de trabalho no modelo PSF.

Nesse sentido, pergunto: Programa Saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família? Se o PSF tem como pressuposto ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, não basta registrar experiências concretas de implantação do programa, pois as temos muitas e de sucesso. Mas acredito que possamos estar revisitando e questionando sempre, resgatando idéias, aquelas relativas à necessidade de transformação das práticas e concepções dos atores envolvidos, tanto profissionais quanto gestores, e o novo conteúdo de sua formação que isso demanda, pois há certa polêmica quanto ao perfil de competência desses profissionais e os requerimentos educacionais que o mesmo demanda. Relacionada à qualificação específica de cada profissional dessa equipe, há a questão de como orientar sua participação de forma complementar e interdisciplinar (COHN, 2009; OPAS, 2000).

2.1 O TRABALHO E A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

A publicação do livro de Harry Braverman *Trabalho e capital monopolista,* em 1974, contribuiu com o debate acerca do "trabalho", apresentando-nos questões como a natureza da qualificação e o aparente declínio do trabalho qualificado, as estratégias gerenciais de controle dos trabalhadores e a extensão e a natureza da resistência operária a tais estratégias. E ainda, como consequência da aplicação generalizada da gerência científica, baseada na formulação de Taylor, cita a separação do trabalho mental do trabalho manual, ou seja, da concepção e da execução do trabalho como um todo, dividido entre lugares e grupos de trabalhadores distintos. Nessa época, surgem estudos sobre o tempo de execução das tarefas, rotinização, expansão parcelar do trabalho e mecanização da produção.

A partir do século XX, em decorrência do aumento do fluxo de trabalho associado à aplicação de novos métodos de gerência, o processo de trabalho sofre muitas transformações, é dividido em operações mínimas, fazendo com que os trabalhadores perdessem a compreensão da integralidade, isto é, do "todo" do processo de trabalho (BRAVEMAN, 1981).

Paralelo a essas transformações organizacionais, fomos construindo um modelo mental nos serviços e organizações projetado a partir de imagens newtonianas do universo, corroborando com as práticas gerenciais tayloristas e fragmentadas, pois passamos a ver o mundo e as organizações como uma máquina. Conduzimos as coisas separando-as em partes e buscamos continuamente melhores métodos de perceber o mundo de maneira objetiva e material. Esses pressupostos chegaram até nós vindos da física do século XVII, da mecânica newtoniana e da visão fragmentada de Descartes (GUERRINI; SPAGNUOLO, 2008).

Nesse contexto, o processo de trabalho em saúde foi seguindo alinhado com os demais processos de trabalho, tanto na economia como na agricultura, no comércio e outros, embora com características especiais - seus trabalhadores têm um objetivo em comum, é um serviço - pois a assistência a saúde é uma prestação de serviço -, e caracteriza-se por intensas redes de relações. Sofre, portanto, as mesmas influências do trabalho parcelado e fragmentado de Taylor e da visão newtoniana e cartesiana de mundo.

O estudo de Pires (2000, p.89) nos oferece um importante apoio na discussão do modelo mecânico e fragmentado do trabalho, quando diz que “o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços”. Cito como exemplo o trabalho do enfermeiro, do médico, do fisioterapeuta, do farmacêutico, do dentista e de outros profissionais de formação superior e especializada no campo da saúde.

Além disso, sabe-se ainda que o trabalho em saúde, por ser um trabalho coletivo e institucional, se desenvolve com características de um trabalho profissional, visivelmente fragmentado ou pormenorizado, alicerçado na lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, o que reforça a argumentação anterior. Por outro lado, foi se constituindo histórica e socialmente em um espaço onde o trabalhador de saúde se constrói e é construído por ele, e essas construções se realizam através de relações e trocas de saberes (SPAGNUOLO, 2006; FORTUNA, 1999).

O trabalho de Peduzzi (1998) contribui com essa reflexão ao referir que o processo de trabalho permeia a realidade objetiva do trabalho coletivo em saúde, atendendo uma gama de necessidades por meio de uma articulação e integração das ações de vários agentes oriundos da mesma área profissional ou áreas distintas. É nessa área de estudo que insiro o trabalho em equipe multiprofissional, sendo que o mesmo pode ser colocado como uma modalidade do trabalho coletivo, estando em permanente transformação ao longo do tempo.

Encontrei referências que reforçam essa modalidade de trabalho**,** apontando-a como uma possibilidade de realização do atendimento integral, articulação de saberes, justaposição da divisão do trabalho e disciplinas necessárias para lograrmos a integralidade em saúde (FORTUNA, 1999; PEDUZZI, 1998). Aí se encontra a importância do trabalho em equipe multiprofissional na ESF, uma possibilidade de romper a lógica fragmentada do processo de trabalho em saúde, historicamente construída e alicerçada no paradigma biomédico e curativista, que ainda é hegemônico em nosso meio.

Voltando à física do século XVII e ao pressuposto mecanicista da ciência, ao ver um relógio funcionando, Descartes e Newton projetavam filosófica e

arquetipicamente a era das máquinas, a começar da revolução industrial dos séculos XVIII e XIX. Um pêndulo que oscila com perfeita periodicidade, a Terra girando em torno do sol como um mecanismo de relojoaria e o papel do determinismo e da previsibilidade incorporavam nossas expectativas de regularidade e linearidade por parte da natureza. Assim, organizamos o trabalho e o conhecimento para se enquadrarem nesse universo clássico (WHEATLEY, 1992).

De fato, essa imagem foi captada pelas organizações humanas, que deram ênfase nas estruturas e partes, nas quais as responsabilidades foram organizadas em funções. Notam-se muitos organogramas verticais descrevendo o papel da máquina: número de peças, encaixes principais e secundários e assim por diante. Reduzimos, descrevemos e separamos as coisas em termos de causa e efeito, e projetamos o mundo em quadrados separados, esquecendo-nos de que uma causa atuando sobre um corpo nem sempre produz um efeito esperado. (WHEATLEY, 1992).

Foi essa a razão de a comunidade científica ter ficado tão atônita com o advento do Efeito Borboleta na década de 1960, um efeito que mostra a extrema sensibilidade de sistemas abertos a perturbações externas, ou seja, às condições externas ou iniciais. Hoje se sabe que esse efeito atua em todos os sistemas naturais e flexíveis e também naqueles que buscam a eficácia natural para funcionar, como é o caso das organizações humanas complexas e quânticas, onde a saúde pode ser inserida (ZOHAR, 2006; BRIGGS; PEAT, 2000). Ainda no campo da saúde, é o Efeito Borboleta aliado a alguns fenômenos quânticos que juntos podem lançar luz, sobre o funcionamento da homeopatia e de outras terapias chamadas de alternativas e complementares, incluindo o papel significativo e positivo da espiritualidade (PENHA; SILVA, 2009; CELANO; GUERRINI, 2008).

Por essa razão também tem sido tão difícil o rompimento com a tradição política paternalista e clientelista do campo da saúde, centralizadora em suas ações, dificultando a implantação de uma nova lógica complexa, algumas vezes chamada de difusa (SAMPEDRO, 2008), a qual tem por objetivo implementar um novo paradigma de trabalho em saúde com mais flexibilidades e mais possibilidades de atender o ser humano complexo que emerge a cada dia diferente em nossos tempos. O ideal seria que essa nova visão fosse, aos poucos, sendo

aplicada a todas as estruturas de saúde, até chegar aos espaços específicos de trabalho, afetando e deixando-se afetar por essa proposta. Conforme Buchanan (2009), em sistemas complexos os fenômenos organizados em níveis mais altos dependem dos processos em níveis mais baixos como uma célula depende da atuação de seus átomos. Esse autor ainda mostra que fenômenos complexos em níveis mais elevados de uma estrutura ganham autonomia e reforço dos níveis inferiores, o que enfatiza a importância dos níveis menores. Como uma pequena estrutura pode ser dependente e autônoma ao mesmo tempo é algo a que a ciência da complexidade está buscando responder nos últimos anos e que Buchanan (2009) diz estar relacionado à flexibilidade e à criatividade das estruturas menores, fazendo fluir a informação, que constrói novos padrões a cada momento, na linha já ressaltada por Briggs e Peat (2000). É exatamente isso que estamos propondo a uma estrutura de saúde, no caso uma unidade da ESF, onde a pequena célula, mesmo dependente em certos aspectos da estrutura maior, possa ser flexível e criativa de forma autônoma e ainda ser exemplo para outras estruturas menores ligadas a ela em rede e mesmo para a estrutura maior da saúde no país.

Alguns trabalhos apontam para a crise do modelo mecanicista, que sustenta o modelo biomédico e hegemônico no processo de trabalho em saúde (GUEDES, NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006; SCHERER, MARINO; RAMOS, 2005; FAVORETO, CAMARGO JR., 2002), ao se atentar às longas lutas por melhores condições de saúde que o campo da saúde tem imprimido a todos - usuários, profissionais da saúde, população, instituições que dela participam. O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto dessas lutas e surge como um novo paradigma de atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes configuram um novo modelo de serviço de saúde.

Assim sendo, o PSF incorpora e reafirma esses princípios (do SUS) e tem um caráter substitutivo do modelo biomédico hegemônico, tendo o trabalho em equipe multiprofissional com território definido, adscrição da clientela e a vigilância em saúde seus pilares fundamentais.

Após mais de 10 anos de implantação desse novo modelo – PSF/ESF- em que o mesmo constituiu-se numa estratégia estruturante de um novo modelo assistencial em saúde - há pontos positivos na proposta que apontam em

direção à ruptura da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, como há problemas em relação à precarização e condições de trabalho apontadas em estudos recentes.

A emergência, portanto, de um novo paradigma que possa fazer uma releitura dessa estratégia de trabalho surge na proposta da aplicação dos princípios de uma nova ciência, que possa contribuir para um sistema mais eclético e responsável, sendo capaz de atender ao ser humano de forma integral e não mais de forma fragmentada.

Precisaremos ainda de tempo para desconstruir nossos modelos mentais tão presos no paradigma cartesiano e mecanicista. Não há motivos para que isso seja uma utopia; há experiências de sucesso em organizações nacionais e internacionais, citadas na revisão integrativa da literatura, que se valeram da Teoria da Complexidade e de outros avanços e descobertas da ciência no século passado como iniciativas para promoverem mudanças ao mesmo tempo em que desconstroem suas velhas maneiras de ser-estar no trabalho, sem mencionar as experiências notáveis de trabalhos interdisciplinares apresentadas em Mostras Nacionais da Saúde da Família.

Finalizo mencionando Chaves (2003), que em seu ensaio nos propõe a aceitar o desafio da complexidade na transição do paradigma biomédico para o complexo no setor saúde. Diz ainda que o paradigma flexneriano, que guiou a educação médica no século XX, já não atende às necessidades da sociedade contemporânea. O autor não fala somente do ensino médico isoladamente, mas do ensino das profissões da saúde, pois há necessidade de uma formação profissional apropriada, pautada pela orientação da nova ciência.

Nessa perspectiva, ao adotar a ESF o cuidado integral, complexo e muldimensional, há necessidade de profissionais que lidem com os determinantes sociais de saúde, articulando o trabalho em saúde de maneira holística, totalitária, intersetorial com a realidade local de seu território, com vistas à promoção e prevenção das doenças.

Capítulo III. Apresentando a Revisão Integrativa da Literatura

Após a elaboração do projeto de estudo, senti a necessidade de aprofundar meus conhecimentos acerca da produção do conhecimento, tanto no âmbito nacional quanto internacional, que utilizasse a Teoria da Complexidade (TC) para produzir conhecimento por meio de pesquisas na área da saúde. Para tanto, utilizei o método da revisão integrativa de literatura, cujos principais objetivos visam fornecer uma síntese de seus resultados e pesquisas, identificando o consenso dos especialistas sobre alguma prática em que haja conhecimento científico insuficiente para sua fundamentação (BEYEA; NICOLL, 1998).

Para seleção dos artigos utilizei três bases de dados, a saber: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Nas duas primeiras utilizei a seguinte combinação de palavras-chave: “complexity theory” *and* “health” *and* “nursing”, e na terceira: “complexidade” *and* “saúde” *and* “enfermagem”. Como critério de inclusão, utilizei as publicações da consulta sendo: tipo de literatura: somente publicações em periódicos; publicação completa em periódicos nacionais e internacionais nos idiomas: português e inglês; tempo: publicações compreendidas entre 1998 e 2008. Exclui artigos que abordassem o tema complexidade no sentido de situação complexa, complicada. Desta forma, resultaram 18 artigos e o processo de análise deu-se nas dimensões quantitativa e qualitativa. A vertente quantitativa foi extraída da base de dados, enquanto na qualitativa utilizei a Análise de Conteúdo do tipo temática, vertente representacional, conforme proposto por Bardin (1977).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CORPUS DA ANÁLISE

A amostra das publicações (18) foi obtida a partir de pesquisa realizada no período de setembro a novembro de 2008, sendo sete indexadas na LiLACS, nove na MEDLINE e duas na CINAHL.

A produção majoritária de publicações foram as internacionais (61,1%). Quanto ao idioma, o predominante foi o Inglês (61,1%), sendo as demais na língua Portuguesa. A maior parte das publicações é oriunda dos Estados Unidos da América (EUA), (38,8%) da amostra. Os artigos que constituem a amostra foram

publicados em 17 periódicos, sendo Health Care Manage Review o periódico que mais contribuiu (11%) da amostra. O método qualitativo foi predominante (77,77%), sendo 100% das publicações nacionais neste método, e nas publicações internacionais corresponde a 63,64%.

Em relação aos autores, os profissionais que mais publicaram foram os enfermeiros (52,94%), sendo vinculados a instituições de ensino, e a maioria dos autores são doutores (50%) e, quanto ao ano das publicações, a maioria foi publicada entre 2001 e 2008 (83,3%) os demais (16,6%), nos anos de 1998 e 1999.

3.2 CONHECIMENTO PRODUZIDO À LUZ DA TEORIA DA COMPLEXIDADE

Após me debruçar sobre a leitura do corpus de análise, os conteúdos permitiram-me sistematizar o conhecimento produzido no que denominei de “movimentos” que interagiram e que ora apresento, no tema:

TEMA A. Movimento da produção do conhecimento na área da educação profissional em saúde utilizando a Teoria da Complexidade (TC)

Dos dezoito artigos, seis reuniam conteúdos relativos à educação profissional na área da saúde. A contento, o leitor poderia neste momento perguntar: Por que surgiram artigos na área da saúde, sendo que o levantamento em bases de dados foi direcionado, especificamente, à Enfermagem?

Porque a TC prevê a interdisciplinaridade, a multidisplinaridade e não a atuação de profissões isoladas. Assim, quando o texto reportava à Enfermagem, esta se encontrava em interação com outras profissões na área da saúde.

Desta forma, os próprios autores dos artigos expõem a necessidade do pensamento complexo para entendimento da hipercomplexidade do real, sendo essencial religar os conhecimentos compartimentalizados pela formação cartesiana; contextualizar e tecer interações perdidas com a redução; considerar a não-linearidade, a incerteza, a desordem, a contradição, a sistematicidade e a multidimensionalidade dos fenômenos (FÁLCON; ERDMANN, 2006; SILVA; TERRA; 2006, SCHLINDWEIN, *et al.* 2006).

O pensamento cartesiano não se constitui num erro de trajeto, mas um passo necessário à evolução do pensamento humano. O Paradigma da Complexidade não se opõe ao reducionismo, mas o compreende na medida em que considera a singularidade das partes, refazendo o caminho para o entendimento do todo. Esse modelo teórico tem a compreensão de que a Terra não é apenas a adição do físico, do vital, do mental e do espiritual, mas, sim, todas essas dimensões concomitantemente, constituindo uma totalidade complexa e um sistema de inter-retro-conexões no interior dessa totalidade complexa (SILVA; TERRA, 2006).

Por meio da constatação da visão complexa da realidade do homem pós-moderno, fica evidente a urgência da reforma de pensamento atual, lembrando que a práxis é transformada com a modificação do pensamento e que isto se dá de forma recursiva.

A riqueza dos saberes capazes de reorientar nossa prática está nas instâncias em que são produzidos, pois as instâncias produtoras do conhecimento se coproduzem umas às outras (ERDMANN; SCHLINWEIN, 2006; SCHLINDWEIN, et al. 2006).

Para tanto, a TC foi escolhida como referencial teórico de um dos artigos, cuja reflexão é a *produção do conhecimento em saúde*, onde as autoras consideram a saúde um objeto complexo, multiangular; portanto, a integralidade deste objeto se dará mediante uma visão poliocular e múltipla. A pertinência do conhecimento é possível de ser alcançada ao conseguir situar toda a informação em seu contexto e no conjunto global no qual está inserida (ERDMANN, SCHLINWEIN, 2006).

Como a grande questão do pensamento complexo é combinar a simplicidade com a complexidade, praticando a contextualização (SILVA; CIAMPONE, 2002), explica-se a escolha de tal referencial.

Os autores ainda defendem que necessitamos pensar a partir de relações, inter-relações e interconexões, juntando os componentes da complexidade humana, culminando na concepção da integração dos diversos saberes (ERDMANN, SCHLINWEIN, 2006).

O entendimento de saúde e da complexidade elucida a ênfase na necessidade de a ciência resgatar sua capacidade de formular sínteses diante de

um sujeito fragmentado e dos desafios advindos do processo de especialização (SILVA, 2007).

A saúde enquanto produção social, como processo dinâmico em constante transformação, rompe com a setorialização da realidade e nos remete a inscrevê-la no campo do conhecimento, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na da intersetorialidade. Logo, a produção do conhecimento em saúde avança apoiada nas lentes da intersetorialidade, da interdisciplinaridade e da complexidade (ERDMANN; SCHLINWEIN, 2006).

Consideram esses autores que é cada vez mais ampla a inadequação entre a formação profissional e a realidade. Os saberes são transmitidos nas unidades formadoras (incluindo a universidade) de maneira desunida, dividida, compartimentalizada. Contudo, as realidades ou problemas tornam-se cada vez mais multidisciplinares, transversais, globais e planetários. O contexto, o global e o multidimensional tornam-se invisíveis nesta inadequação (FÁLCON; ERDMANN, 2006). Por isso, alguns autores (FÁLCON; ERDMANN, 2006; SILVA, 2007) utilizam-se da TC como referencial teórico para *Reflexão crítica da educação dos profissionais de saúde.* Para eles a escola reprodutiva concebe o conhecimento como um processo linear, apostando em sua simples transmissão, chegando, no máximo, ao domínio da reprodução do conteúdo, não permitindo a inovação, a criatividade, o cuidar, a comunicação dialógica. Complementam que a ligação e a síntese continuam subdesenvolvidas, porque se privilegiam a separação e a acumulação, sem ligar os conhecimentos, em detrimento da organização que os une (FÁLCON; ERDMANN, 2006).

Vale ressaltar que a incapacidade de reconhecer, tratar e pensar a complexidade advém do nosso sistema educativo, que ensina a validar toda percepção, descrição ou explicação sob a ótica da distinção. Com a TC busca-se compreender que há formas de ensino que reconhecem a não existência da sobreposição entre razão e emoção. Existe um eixo denominado “intelecto-afeto” que infere na capacidade de emocionar-se com o estabelecimento de comportamentos racionais. Objetiva-se uma intercomplementariedade entre aspectos emocionais e cognitivos, que não podem ser vistos de maneira isolada, mas com um estreito grau de interdependência (SILVA, 2007).

Há quem esclareça que o pensamento complexo é uma forma de compreender o mundo, com capacidade de integrar os elos que sustentam a coexistência entre os seres no universo (MORIN, 2000).

Em resposta à crítica feita aos sistemas educacionais, surgem dois artigos cujos autores utilizaram a TC para *Avaliação de estratégias de ensino* visando à reorganização dos currículos (SÁ; PALLHA, 1998; FAGUNDES; BURNHAM, 2005).

Um dos artigos destaca os principais problemas dos currículos de formação profissional na área da saúde: fragmentação; tecnicismo; separação da formação em "ciclo básico" e "ciclo profissionalizante"; ênfase na "transferência do conhecimento" do "teórico para o prático", o descompromisso com os serviços de saúde e com os usuários que utilizam esses serviços. Afirma ainda que o estabelecimento de um maior vínculo entre a universidade e os espaços da vida social poderia oportunizar o contexto necessário ao desenvolvimento de teorias com maior base prática, bem como de práticas com maior base teórica. A atual fragmentação do currículo e a quase ausência da discussão sobre interdisciplinaridade e intersetorialidade contribuem para a manutenção do modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com a rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos, sendo a TC um referencial teórico que subsidia a reflexão sobre o exercício de compartilhar experiências e saberes no trabalho cooperativo. O estudo revela aprendizagens significativas para os sujeitos e evidencia a questão de que não basta definir novos locais de ensino, é preciso reflexão sobre a prática, para que essa possa ser referência para interpelação e transformação das formas tradicionais de conceber o currículo. Constatei uma tendência prescritivista e autoritária dos representantes da universidade ao tomarem o "espaço-comunidade" como referência às suas práticas curriculares. Se tivermos como prática o costume de apenas nos instalarmos de forma segura em nossas teorias e idéias, que nem sempre nos possibilitam o acolher do novo, teremos dificuldade de aprender a enfrentar as incertezas do mundo. Repensar o currículo significa o desenvolvimento de uma nova relação com o saber, implicando mudanças nas relações entre a

universidade e os diversos saberes existentes e na valorização da aprendizagem (re)construída na experiência (FAGUNDES; BURNHAM, 2005).

No segundo artigo, os autores utilizam a TC como referencial teórico para melhor entendimento do processo saúde-doença, já que o consideram complexo e singular tanto nos grupos e classes, como em cada indivíduo inserido em grupos e/ou classes. Declaram que carecemos de um projeto pedagógico de saúde pública que responda à formação cartesiana. Usam a arte, mais especificamente a literatura brasileira, como instrumento capaz de reconstituir a sensibilidade, de ampliar a visão sobre a realidade, possibilitar e potencializar a capacidade do aluno quanto à produção de um saber não dissociado da realidade e da história. A literatura permitiu aos alunos a capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, reconstituir uma realidade complexa e não experimentável de forma direta (SÁ; PALLHA, 1998).

Por outro lado, há autores que se utilizam da TC efetivamente para *Reorganização Curricular,* mediante a Introdução da Educação Interprofissional (IPE). Para esses autores a necessidade atual de uma maior cooperação entre profissionais de saúde e do cuidado social mostra colaboração entre uma tendência de educação interprofissional tanto no nível técnico como no de profissionais de nível superior. Enquanto essas mudanças têm ocorrido fora das exigências de um "senso comum", tal sistema de educação de múltipla abordagem não se ajusta facilmente aos padrões tradicionais de educação e não há ainda nenhuma base teórica comprovada para guiar seu desenvolvimento. A avaliação da introdução da IPE mostra que aparentemente o número de horas de contato com o usuário do serviço de saúde está associado com o aumento da sensibilização que os pacientes promovem no grupo de cuidado interprofissional. A partir do 1º ano, os alunos começam a aprender e aplicar os princípios do trabalho em equipe nos campos de práticas e fazer conexões entre a teoria e a prática. O reconhecimento do conceito da não linearidade, trazido pela teoria da complexidade, no processo de educação interprofissional propicia o desenvolvimento de um ambiente que promove a criatividade nas práticas de trabalho, encoraja as interações, inovações e responsabilidade pessoal (COOPER, SPENCER-DAWE, 2006).

A racionalidade e a cientificidade das decisões humanas ordenam serem repensadas, redefinidas e elevadas ao nível da complexidade das ciências avançadas (BINDÉ, 2003). Uma reforma do pensamento é essencial pelo fato de que, atualmente, as questões da educação e das pesquisas são objetos de uma redução à lógica quantitativa. Sem dúvida, são necessários mais investimentos na educação. Contudo, a palavra de ordem do "sempre mais", reduzida a esse único pedido, mascara a dificuldade decisiva, que revela o fracasso de quase todas as reformas da educação. Trata-se do círculo vicioso da reforma, como afirmaram Pena-Veja e Almeida (1999), pois, não se pode reformar a instituição sem anteriormente ter reformado os espíritos, mas não se podem reformar os espíritos se anteriormente não tivermos reformado as instituições.

TEMA B. Movimento da produção do conhecimento na assistência em saúde utilizando a TC - Este tema agrupa o conhecimento produzido por sete artigos.

O primeiro artigo, de autoria de Mello e Erdmann (2007), aponta as características que conferem ao cuidado um caráter complexo, não linear, sendo elas: descontinuidades, instabilidades de sua produção dentro das organizações da saúde, plausibilidade substituindo a certeza, contornos não definidos, repetição regular de modelos irregulares. Logo, deve ser visto como processo de interações, relações, associações, retroações entre indivíduos em vários planos. Sendo o cuidado auto-organizador nas práticas e atitudes, organizador do sistema do qual faz parte, ainda coorganiza-se em simbiose com outros sistemas sociais. Sendo assim, utilizam a TC para *apresentar e discutir as contradições existentes no processo de cuidar da saúde bucal de idosos e indicar rumos para a superação.* As autoras colocam que os axiomas da lógica clássica, três princípios inseparáveis e solidários, assumiram um valor universal e impensável de ser transgredido nos sistemas racionais. São eles:

- **Princípio da identidade***:* axioma da lógica clássica, impossibilidade de algo existir e não existir ao mesmo tempo.
- **Princípio da não-contradição:** axioma da lógica clássica, impossibilidade de um mesmo atributo pertencer e não pertencer a algo/alguém.

– **Princípio do terceiro excluído***:* axioma da lógica clássica, toda proposição dotada de significado é verdadeira ou falsa.

Para essas autoras, a infalibilidade da lógica e a certeza científica são postas em xeque com o surgimento/reconhecimento da incerteza e da contradição percebidas na Física. Seu estudo constata a presença de conceitos contraditórios, ambivalentes e antagônicos convivendo em harmonia conflitiva e convergindo para determinar os processos e as estruturas componentes do cuidado à saúde bucal do idoso institucionalizado. A contradição pode aparecer como atentado ao bom senso (paradoxo), como conflito entre duas proposições igualmente demonstráveis (antinomia), como afrontamento entre duas soluções incompatíveis uma com a outra (aporia) e, mais amplamente, como emparelhamento de dois termos excludentes. A contradição torna-se um escândalo na lógica identitária, visto que induz a não identidade, a pertença e a não pertença de um atributo a um indivíduo, e estabelece uma relação de exclusão e inclusão de dois termos, violando o princípio do terceiro excluído.

Acrescentam que o reconhecimento da contradição na realidade revela os limites da lógica e a complexidade do real, configurando não uma falha ou derrota, mas o início de uma progressão para o saber, para a verdade. Segundo elas, as necessidades normativas e as sentidas são conceitos que normalmente estão em desarmonia e conflito entre profissionais da saúde e idosos. Ser/estar na condição de idoso institucionalizado revela a contradição da inclusão/exclusão dos idosos na sociedade. A inclusão do ser idoso no viver coletivo confere-lhe viver a ausência de uma família idealizada em seu imaginário. Pelo fato de as Instituições de Longa Permanência (ILP) ficarem à margem, também excluídas de políticas públicas e, principalmente, de saúde bucal, o idoso institucionalizado encontra-se adicionalmente excluído do acesso à atenção e assistência odontológicas públicas. Os participantes da pesquisa confirmam serem necessárias e indispensáveis as práticas de cuidado à saúde bucal de idosos institucionalizados. Todavia, estas práticas não ocupam lugar prioritário ou de destaque na pauta das atividades de higiene e conforto das instituições, da mesma forma que não é dada prioridade à resolução de problemas bucais até o momento em que aparecem sintomas e queixas pelo idoso. Colocam que o cuidado da saúde bucal em uma ILP ocorre entre

a ordem e a desordem. Programação e disciplina permitem aos cuidadores e demais empregados saber o que e quando fazer, facilitando o seu trabalho, tornando-o mais eficiente. Por outro lado, tolhem a flexibilidade e criatividade muitas vezes necessárias para que o cuidado, além de eficiente, se torne eficaz. Destacam ainda que a garantia de acesso ao pronto atendimento, ou seja, a prioridade dos idosos, fixada em lei esbarra na dificuldade real de atenção quando necessitam de cuidado integral à saúde bucal que contemple suas condições epidemiológicas. Essas restrições de atenção serão indutoras de uma constante demanda, cuja extração dentária é a única porta de saída. Para as autoras, a saúde e a saúde bucal circulam entre o todo e as partes, entre as partes e o todo, no fenômeno de cuidar na perspectiva do envelhecimento saudável. E, neste movimento circular, permeando as contradições, nenhuma é mais importante que a outra, mas estão intrinsecamente ligadas, estabelecendo relações mútuas e influências recíprocas (MELLO; ERDMANN, 2007).

Percebe-se a crise de conceitos fechados e claros (sendo que fechamento e clareza são complementares), isto é, a crise da clareza e da separação nas elucidações. Atualmente, vemos que as verdades aparecem nas ambiguidades e numa aparente confusão. A contradição pode ser ultrapassada graças à introdução de um metaponto de vista complexo, em que a certeza absoluta que se pressupõe trazer o silogismo seria substituída por uma plausibilidade ou probabilidade (MELLO; ERDMANN, 2007). A busca de melhores práticas como metaponto de vista a ser alcançado indica transformações em direção a um novo estágio.

Na busca de melhores práticas de saúde, considerando o enfermeiro agente do cuidado em saúde e com vistas a definir o seu fazer como uma ação com consistência significativa, o segundo artigo utiliza a TC para *compreender o ser e o fazer enfermeiro*. Para as autoras a essencialidade do fazer em enfermagem vem demonstrando fortalecimento de significação interna do cuidado profissional, com ações úteis prestadas à sociedade ao longo dos tempos. O fazer da enfermagem na prestação de bens de serviço de saúde apresenta o seu ser substanciado pela essencialidade das ações do cuidar explicado pela imagem cognitiva do ser enfermeiro criativo, ético, e pela sua sensibilidade humanística, motivadora da

autoestima do cliente e grupo comunitário. A temporalidade do ser diante do fazer da enfermagem demonstra a existência de constantes preocupações do ser enfermeiro envolvendo fazer e ser. Para as autoras (FORTE; PAGLIUCA, 2001), na prática, observam-se três unidades do pensar, ao assistir a criança por meio da consulta de enfermagem nas unidades ordem-desordem-organização: a consulta, o ambiente material e o profissional.

Durante a consulta, no primeiro pensar, que induz ao fazer ordem, ele interage com a desordem e parcialmente com o pensamento da organização, e assim realiza o processo de cuidar.

No segundo pensar, fazer com o material desordem observou-se uma prática que pode ocorrer com a interrupção parcial junto ao cliente por qualquer motivo, até mesmo por falta de recursos materiais no ambiente. Mesmo assim, o fazer da enfermagem no pensamento da desordem por falta de materiais segue determinada ordem pela sensibilidade e afetividade de solicitação ou reclamação da enfermeira ao exigir os recursos materiais, buscando uma ordem.

O terceiro pensar, fazer com o profissional, o pensamento do profissional no sentido da ordem faz suas intervenções com o espírito da ética. No pensamento da desordem, ele pode agir sem compromisso profissional, e no pensar de organização, ele faz cumprir sua missão social.

Observa-se no primeiro pensar do ser enfermeiro, na unidade ordem, a dimensão do concreto real no momento em que ele está assistindo a criança por meio de sua consulta. No pensar desordem do ser enfermeiro, observa-se a falta de reconhecimento social no contexto da significação externa no ambiente do sistema de saúde. No pensar organização, ainda no ser enfermeiro, a enfermeira demonstra uma solidariedade denominada sentimento cósmico, uma ação afetiva da abstração do conhecimento profissional.

No segundo pensar, ser com o material, a ordem é ter material, a desordem é não ter recursos para o cumprimento ético funcional, definindo-se a organização pela existência dessas partículas materiais.

No terceiro pensar, ser com o profissional, a ordem significa ser ético, a desordem é não ser ético. Nesse contexto, a organização ocorre pelo somatório da complexidade de fenômenos afetivos oriundos da sensibilidade básica

construída pelo enfermeiro no ambiente de trabalho junto ao cliente, numa dimensão de solidariedade cósmica e missão sócia.

Hoje em dia começamos a conceber uma enigmática relação complementar, embora logicamente antagonista entre as noções de ordem, de desordem e de organização. Conceituando desordem como a dispersão generalizada e ordem como uma coerção arbitrária imposta a essa diversidade. Ordem é tudo o que é repetição, constância, invariância, uma relação altamente provável sob a dependência legal. Desordem é tudo o que é irregular, aleatório, desvio, imprevisibilidade. Inexiste um universo, um fenômeno qualquer, de ordem ou desordem pura. O não equilíbrio é fonte de ordem, e ordem e desordem são necessárias à auto-organização (SILVA, 2007).

Tendo em vista as características complexas do processo cuidar, surge um terceiro artigo, cujos autores utilizaram a TC *para desenvolver um Modelo Conceitual de Parcerias entre a Saúde e o Serviço de Seguridade Social (IHSSP).* Butt, Markle-Reid e Browne (2008) consideram que as múltiplas e por vezes complexas necessidades da população afetada pelas doenças crônicas requerem aproximação abrangente entre saúde e serviço social e prolongamento para além da tradição repentina, episódica do cuidado em saúde e os serviços de alguma organização solitária. Requerem serviços integrados que atendam as demandas apresentadas por tal população. Para isso são propostas as IHSSP, definidas neste trabalho como estruturas virtuais interorganizacionais formadas em torno das necessidades dos clientes através de relações formais e/ou informais de linha de frente de saúde e prestadores de serviços sociais de várias organizações que colaboram para fornecer assistência global e integrada de cuidados e serviços de apoio a esses com condições crônicas. As IHSSP foram consideradas SDCA, sendo sistemas auto-organizativos e interorganizacionais, em que experiências são trocadas no grupo e são influenciadas, mas não controladas, por fatores externos ao grupo. Percebe-se que o aumento da informação circulada e laços de *feedback* precipitam em ajustamento mútuo de, por exemplo, procedimentos, crenças ou planos em resposta a mudanças de demanda. Ajustamentos mútuos ocorrem com aprendizado, permitindo criatividade, reflexão e avaliação. O novo modelo conceitual apresentado pressupõe inter-relação entre os atributos salientes do processo grupal,

a influência de fatores externos ao processo grupal e os resultados. Esse modelo apresenta limitações na eficácia das equipes de organização, pois o contexto organizacional no qual cada equipe opera raramente é considerado, embora o contexto influencie no sucesso da equipe. *The Partnership Self-Assessment Tool (PSAT)* e *The Team Climate Inventory (TCI)* são instrumentos validados para mensuração em pesquisas de processo de parceria, porém apresentam limites e resistências. Evidencia-se, dessa forma, a necessidade de estabelecer uma visão convergente do que é esse tipo de parceria (IHSSP) e como medi-la.

Existem diversos modelos de sistemas complexos, entre eles: complexidade algorítmica, percolação, dinâmica de populações, vidros de spin, caos determinístico, estruturas dissipativas, complexidade a partir do ruído (FIEDLER-FERRARA, 2002).

As IHSSP são definidas como estruturas dissipativas, cuja principal característica está no fato de os estados associados evoluírem para configurações estruturadas no tempo ou no espaço. São fenômenos que criam ordem a partir de estados distantes do equilíbrio em sistemas abertos não lineares. Esse processo de auto-organização é definido, sobretudo, a partir das propriedades do próprio meio, sendo independente ou pouco dependente das características das fontes de não equilíbrio e das condições iniciais. Esse sistema comporta-se como um todo, cada parte sua parece ser “informada” do estado global (FIEDLER-FERRARA, 2002).

São sistemas com muitas variáveis, por isso a necessidade, apontada pelos autores, da circulação da informação e da contextualização organizacional das equipes.

Auto-organização é a habilidade de aprender com os próprios erros, é corrigir-se perante o ruído e a prolixidade da vida. Quanto mais organizado interiormente um sistema for, maiores a criatividade e a adaptação às dificuldades evolutivas. Um sistema com baixo nível organizacional vive em constante conflito de relações em que situações recorrentes se repetem de maneira compulsiva e involuntária. À medida que o próprio sistema toma consciência desses padrões de repetição, há uma reorganização cognitiva irreversível e cumulativa, uma mudança progressiva em toda sua estrutura interna. Ser criativo neste contexto significa

encontrar respostas novas a essa tendência compulsiva do sistema à repetição (BOLSHAW, 2002).

Para se implementar posturas de melhores práticas exige-se controle, avaliação e reprogramação (MELLO; ERDMANN, 2007). Em outras palavras, necessita-se compreender o processo de mudança das práticas em saúde.

O quarto artigo apresenta um modelo teórico deduzido a partir da TC para compreender a mudança da prática. Os autores consideram os cuidados primários em saúde um SDCA; logo, utilizam a TC para *compreensão da organização da prática do cuidado primário em saúde.* Colocam que as práticas de cuidados primários em saúde são sistemas complexos adaptativos, consistindo de agentes, pacientes, equipe de trabalho e médicos, os quais ordenam e aprovam os modelos de geração de renda, cuidados com o paciente e operações organizacionais. Esses modelos internos interagem dinamicamente para criar cada prática única, a qual é determinada pelos objetivos primários. Para melhor entendimento apresentam os seguintes conceitos:

- **Não linearidade:** conceito usado para descrever todas aquelas situações que não podem ser adequadamente descritas por uma linha reta, que não configuram um relacionamento de causa e efeito.
- **Sistemas Dinâmicos Complexos Adaptativos:** são sistemas não lineares, capazes de auto-organização, significando esse modelo ou rede de relacionamentos com reproduções contínuas, e que se automantêm em face de novas energias ou na tentativa de mudar.
- **Modelos Internos:** são modelos voláteis ou diretrizes ou ações antecipadas e preditas. São nossas representações internas de como achamos que trabalha nossa prática cultural. Podem incluir práticas de processos, ou atividades que definam a filosofia clínica e representam o núcleo de funções de uma prática.

O modelo apresentado pelos autores sugere três estratégias para promover mudanças na prática e no comportamento do praticante: *joining, transforming e learning*.

- ***Joining*:** incrementando a existência do uso de atratores no conhecimento dos modelos internos. Reforça a existência de práticas que valorizam o sistema.

– ***Transforming*****:** mudando um atrator ou incrementando um novo. Existem três métodos de transformação – *Hammering*: é a mudança externa de um atrator completo com coerção intencional. - *Wedging:* refere-se ao empurrar as práticas de trabalho em direção à turbulência, estado também referido como "margem do caos", o espaço ou limite entre a ordem e a desordem. - *Shocking*: atualmente é mais uma descrição que um método, desde que se sucedam práticas com diversas direções.

– ***Learning*****:** refere-se à instrução direcionada à equipe médica, pacientes e equipe de trabalho referente às técnicas necessárias para incrementar suas percepções de modelos internos.

Os autores trazem o conceito de atratores estranhos, que precisa ser mais bem elucidado. Para tanto, há aquele que apresenta sua definição por meio de expressão gráfica de associações de elementos dos sistemas iterativos, sendo apropriado para a representação de relações não lineares no chamado "espaço-fase". Ademais, no espaço abstrato dos parâmetros necessários para representar completamente o sistema e sua evolução, a trajetória do sistema para tempos longos é representada por um objeto, atrator, de dimensão não inteira (fractual), que são denominados "atratores estranhos" quando relacionados às dinâmicas que apresentam dependência sensível às condições iniciais. Mediante a ajuda de atratores estranhos podemos fazer a distinção entre a mera aleatoriedade, ou ruído, e o caos. O comportamento caótico é determinista e padronizado, e os atratores estranhos permitem a transformação de dados aparentemente aleatórios em formas visíveis distintas (CAPRA, 1996b).

Outros autores nos mostram que as práticas são muito mais complexas do que as estratégias convencionais de mudança assumem (MILLER; CRABTREE, 1998). Um SDCA simultaneamente se adapta ou responde à mudança e contribui para que esta ocorra, equivalendo à idéia de circularidade, de um "looping autoprodutivo". Nesse caminho, apontam Spagnuolo e Guerrini (2005), somos ao mesmo tempo produtos e produtores num sistema e o efeito é simultaneamente uma causa.

No quinto artigo, os autores Erdek e Provonovost (2004) utilizam a TC no *controle da dor de pacientes internados em unidades de terapia intensiva,*

objetivando melhorar a assistência à dor em um centro médico acadêmico, seguindo os passos para mudança “plan-do-study-act” (PDSA) cycles: I. Qual é o seu objetivo? II. Como você saberá quando atingir seu objetivo? III. O que você vai fazer para alcançar seu objetivo? Assim controlando o processo de mudança, propõem as seguintes metas:

1. Melhorar a documentação da dor para 85% dos pacientes cuidados pela enfermagem num intervalo de quatro horas, mensurando a dor por meio da escala analógica visual modificada (EAVM);

2. Melhorar o gerenciamento da dor de forma que 85% dos pacientes cuidados pela enfermagem apresentem escore ≤ 3 na EAVM.

Este estudo possibilita a avaliação da porcentagem de pacientes cuidados pela enfermagem, documentando os escores de dor segundo a EAVM, permitindo intervenções junto aos pacientes com muita dor. Ao identificarem a porcentagem de pacientes que apresentaram escore ≤ 3 pós intervenção, num intervalo de 4h, monitoram o uso de naloxone como mensuração de eventos adversos relatados para o tratamento da dor (ERDEK; PROVONOVOST, 2004).

A linha de base para avaliação da dor é de 42% e a linha de base do tratamento, 59%. Depois de cinco semanas, a avaliação da dor melhora para 71% e o gerenciamento da dor melhora para 97%. Os resultados são compatíveis com a teoria dos sistemas adaptativos complexos descritos por Plsek e Greenhalgh, em que efeitos de melhorias que envolvem decisões complexas podem alcançar maior sucesso com a aplicação de apenas algumas regras, preferivelmente criando algoritmos complexos. O modelo de Stacey sugere diagrama certeza-concordância, com um degrau de concordância em um eixo e um degrau de certeza no outro. Simples emissões têm altos degraus de ambos, certeza e concordância. “Caóticas” emissões têm baixo degrau de certeza e concordância. O restante das edições caiu na chamada “zona de complexidade”. Para os autores, suas intervenções aumentaram significativamente a assistência à dor e o tratamento dos pacientes sem aumentar os eventos adversos relacionados à terapia, uma vez que o aumento dos efeitos para melhoria do gerenciamento da dor traz o risco de complicações por overdose de medicações analgésicas. As intervenções são relativamente simples e podem ser implantadas de uma forma ampla para outros locais, tendo provido

insights para a aplicação da teoria da complexidade nos esforços empregados (ERDEK; PROVONOVOST, 2004).

O processo criativo rumo a um objetivo difícil pode surgir a partir de algumas flexíveis e simples regras, ou o chamado mínimo de especificações. No entanto, o pensamento organizacional atual é baseado nos pressupostos de que os planos para o progresso devem fornecer o "melhor caminho", completamente especificados e consistentemente aplicados nesse mesmo nível de detalhe. Tal pensamento não consegue tirar proveito da criatividade natural da organização e não permite a imprevisibilidade inevitável dos acontecimentos. As especificações mínimas normalmente fornecem quatro coisas que criam um ambiente em que os inovadores, os comportamentos complexos, podem surgir: o direcionamento, fronteiras, recursos, permissões. O Pensamento Complexo sugere que as relações entre as partes são mais importantes do que as próprias partes, que as mínimas especificações acabam rendendo mais criatividade do que planos detalhados (PLSEK; WILSON, 2001).

No sexto artigo, os autores também utilizam a TC para *compreensão do processo de mudança na prática do cuidado em saúde* (REDFERN; CHRISTIAN, 2003). Este estudo avalia um programa de desenvolvimento de práticas, consistindo de nove projetos juntos conhecido como STEP (Projeto de Práticas Baseadas em Evidência do Sul do Tames). O objetivo do STEP é estabelecer e dar assessoria às práticas baseadas em evidência em enfermagem e em outros cuidados de saúde. Os autores realizam uma revisão de literatura sobre o processo de mudança, trazendo a distinção entre os diferentes tipos de mudança organizacional, segundo Iles & Sutherland (*apud* PLSEK; WILSON, 2001):

- **Planejada x mudança de emergência:** mudanças planejadas envolvem deliberações conscientes e raciocínio lógico, plano de ação linear. Mudanças emergenciais são espontâneas, sem planejamento, não lineares e muitas vezes incontroladas.
- **Episódicas x mudanças contínuas:** mudanças episódicas são ocasionais. Mudanças contínuas evoluem de forma incremental e cumulativa.
- **Desenvolvimento, transacional e mudança transformacional:** Mudança de desenvolvimento pode ser planejada ou

emergencial e pode desenvolver-se incrementando o trabalho. Mudança transacional tende a ser episódica, planejada e radical; ocorre quando um novo estado substitui um velho por um determinado período de tempo. Mudança transformacional é também radical, mas emergente em um novo estado tomando forma seguindo a caótica demissão de um velho e o período de tempo para a mudança é indeterminado.

Fundamentados na literatura, utilizam as seguintes medidas para mensurar o processo de mudança (PLSEK; WILSON, 2001):

- **Disseminação:** mede a percepção da equipe quanto ao projeto STEP e o envolvimento da equipe no mesmo.
- **Impacto na equipe:** mede a percepção da equipe acerca dos benefícios e perdas percebidas; mede também a percepção dos valores do projeto.
- **Aderência:** porcentagem de mudança de casos clínicos no recibo de mudanças práticas de linha de base e pós-intervenções (desenhado para a data de coleta em cada centro) e o líder do projeto em razão da aderência.

Os resultados me revelaram que a disseminação da informação para a equipe e a aderência da equipe às regras da nova prática são fatores importantes no processo de mudança. Os valores percebidos em todos os centros de saúde avaliados foram altos com aderência relativamente lenta, sugerindo que outros fatores impedem a alta aderência, tais como: sobrecarga de trabalho, pouco tempo para implementar mudanças. Fatores organizacionais têm um maior impacto no sucesso da mudança na prática. Foram discriminados fatores de sucesso da mudança: apoio da cultura organizacional e um modelo positivo de relações de gerenciamento e clínicas, bem como comitês organizacionais, ações de apoio para a mudança, reconhecimento da mudança por todos, creditar a mudança trabalhando face-a-face para encorajar o envolvimento entusiástico dos participantes. Em três centros o processo de mudança foi dinâmico e caótico. A implantação das diretrizes de mudança nestes três centros foi afetada pelas barreiras organizacionais (reestruturação organizacional, recursos insuficientes, inadequação da equipe, canais de comunicação inflexíveis e gerenciamento hierárquico) (PLSEK; WILSON, 2001).

O modelo linear de mudanças pode funcionar em estabelecimentos que trabalhem com alto grau de certezas, mas a teoria da complexidade tem mais chance de lidar melhor com processos de mudança em organizações caracterizadas pela incerteza (PLSEK; WILSON, 2001).

Os sistemas complexos caóticos apresentam elevada sensibilidade às condições iniciais [Caos determinístico]. O caos tem sido utilizado como instrumento de observação de fenômenos previamente mal compreendidos do ponto de vista determinístico, tais como fenômenos epidemiológicos, fluxo de calor, ritmos biológicos e movimentos populacionais, sociais e econômicos (PLSEK; WILSON, 2001).

No sétimo e último artigo pertencente ao tema, a autora utiliza a TC para *compreender as redes de conexão existente entre mudanças do meio ambiente, clima e saúde.* O trabalho faz um paralelo entre a destruição que Saddam Hussein provocou nos pântanos do sul do Iraque - com o grande impacto que isso causou no ecossistema da região, o meio ambiente em volta e seus habitantes - com a rede de conectividade que existe entre as mudanças no meio ambiente e clima e seus efeitos na saúde humana. A autora sustenta no artigo que a Ciência da Complexidade é aquela que consegue oferecer os fundamentos necessários para a compreensão dessas redes de ação e assim saber mais sobre como restaurar a saúde dos componentes envolvidos (MILLER; CRABTREE, 1998).

O conceito de um sistema complexo adaptativo pode ser aplicado para compreender o ecossistema dos pântanos do sul do Iraque. A complexidade agregada é construída sobre o cenário-chave de quatro conceitos inter-relacionados: relacionamentos entre componentes de um sistema, estrutura interna e ambiente ao redor, aprendizagem e procedimento emergente, e mudança e crescimento de um sistema (MILLER; CRABTREE, 1998).

A ênfase do primeiro conceito, relacionamentos, é que esses servem para definir o sistema complexo, mas só quando os elementos são separados. A lição a ser aprendida deste conceito é: para aqueles que querem o retorno do pântano para o estado de autoregulação, é necessário intervenção em todos os componentes do sistema (MILLER; CRABTREE, 1998).

O conceito de estrutura interna focaliza nos componentes de um sistema e seus relacionamentos, mas vai além, no reconhecimento de que esses componentes não são meramente um ajuntamento indiscriminado. No caso dos pântanos, as tribos, famílias, ou mesmo o rebanho de búfalos de água ou cardume de peixes podem ser subsistemas (MILLER; CRABTREE, 1998).

O ambiente ao redor: a existência de um sistema é baseada nos relacionamentos e nos acontecimentos externos. O sistema de pântanos foi inicialmente lançado fora do balanço pela esmagadora influência de fatores do ambiente externo (MILLER; CRABTREE, 1998).

O conceito de aprendizagem reflete a habilidade de um complexo adaptativo para formar, reagir e antecipar o acontecimento. No caso dos pântanos, cada componente do sistema definitivamente teve um relacionamento com o componente água. A análise das características de um componente interno de um sistema revelará qualidades emergentes de um sistema. Nenhuma mudança solitária para um ecossistema pode ter longo-alcance. O objetivo de Saddam Hussein, ao privar os pântanos de água, foi deslocar o Marsh Arabs. Em larga escala, os efeitos não podem ser aumentados. O sistema é descrito como dissipativo quando forças de acontecimentos internos ou externos perturbam a direção de um estado altamente desorganizado que, depois, de forma repentina, acaba se tornando mais organizado. As forças externas do regime de Saddam Hussein dirigiram os acontecimentos do sistema dos pântanos para uma alta dissipação. Complexos adaptativos podem envolver caminhos que são imprevisíveis quando estão no estado distante do equilíbrio. Existe o potencial para grande complexidade ou para grande desordem. Trabalhadores socorristas e pesquisadores interessados na situação ruim do Marsh Arab necessitam ser preparados e admitirem o tempo requerido para evolução deste sistema complexo adaptativo (NEWMAN, 2007).

Vale ressaltar que estruturas dissipativas que existem longe do equilíbrio exigem um formalismo matemático não linear com a capacidade de modelar múltiplos laços de realimentação interligados. Esses laços são catalíticos em organismos vivos, ou seja, irreversíveis, que levam à instabilidade através de realimentação de autoamplificação repetida. Quando a estrutura dissipativa atinge um determinado ponto de instabilidade, chamado ponto de bifurcação, um elemento

de indeterminação entra na teoria. No ponto de bifurcação, o comportamento do sistema torna-se imprevisível. Novas estruturas de ordem e complexidade mais altas podem surgir espontaneamente. Assim a auto-organização é resultado de efeitos combinados do não-equilíbrio, da irreversibilidade, dos laços de realimentação e da instabilidade (CAPRA, 1996c).

Verifiquei também que o emprego da TC tem embasado a compreensão do processo do cuidado em saúde, destacando o cuidador e suas práticas e o meio-ambiente.

A complexidade de tal processo esclarece a necessidade de mudanças das práticas de saúde e de uma consciência ecológica (CAPRA 1996a, 1996c). “O mundo que vemos fora de nós e o mundo que vemos dentro de nós estão convergindo. Essa convergência dos dois mundos é, talvez, um dos eventos culturais mais importantes de nossa era [...].” (CAPRA, 1996c, PRIGOGINE, 1996).

TEMA C. Movimento do conhecimento da TC na gestão em saúde - O conhecimento é essencial em termos de organização do trabalho e nos processos de gestão, pois proporciona unidade à divisão existente entre a concepção e a execução da tarefa. As organizações são dependentes do conhecimento e têm nele o seu maior valor; por isso o seu gerenciamento tem ganhado espaço na literatura e nas práticas organizacionais. Isso significa que as organizações necessitam investir em seus recursos de maior valia: pessoas qualificadas e com conhecimento. Devem proporcionar um ambiente no qual essas pessoas compartilhem o conhecimento, internalizem–no e apliquem–no para criação de novos conhecimentos, materializados em produtos, processos e serviços (ERDMANN; SCHLINWEIN, 2006; ERDMANN, *et al.* 2006). A despeito dessas questões, a dinâmica de sistemas, considerando a aprendizagem organizacional, não objetiva a simulação exata do comportamento dos sistemas organizacionais, pois não quer resolver os problemas por meio da modelagem, mas a possibilidade de avaliar os padrões comportamentais do sistema visando ao aprimoramento dos modelos mentais compartilhados das pessoas que têm o poder de tomar ações (ANDRADE, 1997).

Neste contexto, o tema reúne o conhecimento de quatro artigos (ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004; ANDERSON; ALLRED; SLOAN, 2003).

No primeiro, as autoras utilizam a TC para *explorar a conversão hospitalar e seus efeitos na tomada de decisão organizacional e nos serviços de coordenação.* Elas relatam que a propriedade de conversão dos hospitais, particularmente a partir de conversão de estatuto sem fins lucrativos (NP) para fins de lucro (PF), tem captado a atenção pública e despertado debate carregado de emoção para profissionais clínicos, políticos que tomam decisões, dirigentes e comunidade. Pesquisas sobre conversão hospitalar estão quase que exclusivamente centradas no porquê da ocorrência da conversão e no seu impacto em uma comunidade carente ativa e necessitada de cuidados. Colocam que a propriedade de conversão pode afetar a qualidade e o acesso ao cuidado. Duas teorias são colocadas em discussão para tentar explicar como a conversão pode interferir nas práticas de gerenciamento. Para as autoras, a participação na tomada de decisão (PDM) refere-se ao grau de envolvimento dos profissionais no processo de tomada de decisões. PDM e mecanismos de coordenação estão entre os caminhos pelos quais as pessoas relatam para cada outro e percebem eventos e podem ser influenciadas para uma mudança descontínua semelhante a uma conversão. A teoria rígida refere-se a quem dirige o comportamento de organizações quando estão enfrentando adversidade. A teoria da complexidade sugere que organizações como hospitais são sistemas complexos adaptativos, que, quando estão em face de mudanças descontínuas, movem-se para o limite do caos, quando então são mais capazes de mudar (ANDERSON; ALLRED; SLOAN, 2003).

Acrescentam que a propriedade de conversão transforma propriedades fundamentais do sistema (missões e metas; intervenientes dos quais o hospital é responsável, incentivos à eficiência, regras governamentais, as expectativas da comunidade, e legitimidade) e pode ser classificada como uma mudança descontínua. Mudanças descontínuas requerem continuamente reavaliação de rotinas organizacionais para reavaliação dos processos de tomada de decisão organizacional, bem como suposições subjacentes, mantendo o ritmo com o ambiente de negócios mudando dinamicamente. PDM e mecanismos de

coordenação são caminhos, relatados como maneiras pelas quais as pessoas se relacionam e dão sentido aos acontecimentos e, portanto, podem ser influenciadas por uma mudança descontínua como a conversão (ANDERSON; ALLRED; SLOAN, 2003).

A TC sugere que, quando um SDCA em face às mudanças descontínuas, como a conversão hospitalar, se move para o limite do caos onde é maior a capacidade de mudança. Os resultados dão suporte à Teoria da Complexidade e não à Teoria clássica rígida. Hospitais com propriedades convertidas movem-se para o limite do caos e experenciam alterações nos seus modelos de relacionamentos, em parte, para facilitar a tomada de percepção das pessoas inteiradas com grande intensidade para “fazer sentido” de diferente missão e metas, novas demandas de risco, diferentes níveis de eficiência e novas regulações e expectativas comunitárias (ANDERSON; ALLRED; SLOAN, 2003).

As explicações estruturais são fundamentalmente importantes devido ao fato de que elas são as únicas a afetarem as causas do comportamento num nível em que os padrões de comportamento podem ser modificados. A estrutura gera comportamento e, alterando a estrutura, podem-se gerar diferentes padrões de comportamento (ANDRADE, 1997).

No segundo artigo, os autores se utilizam da TC para *compreender a relação entre a participação dos enfermeiros nas decisões organizacionais em casas de repouso e melhorias implementadas no serviço de residência.* Percebem que as casas de repouso com melhorias implementadas no serviço apresentam uma participação mais intensa dos enfermeiros nas tomadas de decisão. Quando as *homes nursing* são compreendidas como sistemas complexos adaptativos, a participação na tomada de decisões é reconhecida como processo de sistemas que pode ser usado para manipular três parâmetros de controle: velocidade de circulação da informação, conectividade de agentes e diversidade dos modelos de informação. Organizações são Sistemas Dinâmicos Complexos Adaptativos (SDCA). SDCA podem existir em três estágios: estabilidade, instabilidade e caos. Sistemas estáveis estão no estado de equilíbrio, são resistentes à mudança e pequenas perturbações são debeladas rapidamente para manter o *status quo*. Sistemas instáveis estão no estado de desequilíbrio, são altamente sensíveis à mudança e

pequenas turbulências podem conduzi-los rapidamente à desintegração. Sistemas caóticos estão num estado longe do equilíbrio, são sensíveis a pequenas turbulências, são capazes, portanto, de promover mudanças rápidas (ANDERSON; MCDANIEL, 1999).

No entanto, ao contrário dos sistemas instáveis, sistemas caóticos podem atingir um ponto crítico em que se auto-organizam espontaneamente em uma nova estrutura de complexidade ou padrão de comportamento. Portanto, no estado de caos, pequenos efeitos são requeridos para mudar o sistema. SDCA pode mover-se de um estado para outro mediante a manipulação de seus parâmetros de controle. Participação na tomada de decisão (PDM) é uma estratégia gerencial para controlar os parâmetros de uma organização. Gerentes podem usar a PDM para aumentar a velocidade da informação circulada para aumentar o número de agentes envolvidos e para expandir o número de atividades de decisão em que os agentes estão envolvidos com mecanismos para interação informal e formal. PDM propôs um processo movimentando a organização para longe do equilíbrio, para uma posição que capacita para mudar mais prontamente em direções que são melhores para as necessidades presentes. A teoria da complexidade serve de base para o estudo, mostrando que as casas de repouso que querem melhorar a qualidade podem usar as participações dos enfermeiros, incorrendo em melhorias sem um aumento significante dos custos (ANDERSON; MCDANIEL, 1999).

Em complementação ao estudo anterior, no terceiro artigo, os autores utilizam a TC para *avaliar a participação dos gerenciadores de casos na tomada de decisão organizacional*, trazendo a descrição dos tipos de decisões (ISSEL; ANDERSON, 2001):

- **Decisões estratégicas operacionais:** relativas a quem deve providenciar os serviços.
- **Decisões estratégicas de marketing:** decisão de como fazer os serviços fornecidos pela sua organização, ampliando saber, apelo e utilidade.
- **Decisões de núcleo tático:** específico, decisões do dia-a-dia sobre casos essenciais de gerenciamento das atividades.

– **Decisões táticas funções de suporte:** específico, decisões do dia-a-dia sobre organização (por exemplo: suporte de equipe, protocolo de casos, equipamentos), dando suporte às pessoas que gerenciam o caso.

Os autores percebem, por meio de seu estudo, que a intensidade de participação do gerente de caso (CM) na tomada de decisão (PDM) na estratégia de *marketing* não é estatisticamente significativa quando comparada à intensidade de CM PDM na estratégia de decisões operacionais. A intensidade de CMPDM nas funções de decisão de núcleo tático é grande quando comparada com a intensidade de CM PDM nas decisões táticas de funções de suporte. A intensidade de CMPDM nas decisões táticas é maior quando comparadas com as CMPDM decisões estratégicas. Essas diferenças se devem a diversos fatores, que podem afetar a PDM de profissionais nas decisões organizacionais, entre eles: cultura organizacional e estrutura organizacional. Sugere-se a necessidade de investigar se os gerenciadores de casos são funções únicas entre profissionais da saúde, considerando o *marketing* e, além disso, se PDM são flexíveis, baseando-se nos valores e experiências de profissionais e no conteúdo da decisão (ISSEL; ANDERSON, 2001).

Para as decisões táticas, os gerenciadores de casos participaram mais com avaliação de alternativas do que com escolha de alternativas. As diferenças sobre os quatro mecanismos (estabelecimento de comissões, criação de comissões especiais, encontros informais com administrador e oportunidade de encontros com o administrador) não são estatisticamente significantes, sugerindo que os quatro mecanismos são usados de forma equiparada (ISSEL; ANDERSON, 2001).

Os gerenciadores de casos têm percebido grande influência de decisão de *marketing* quando envolvidos na avaliação de alternativas, enquanto tem menor influência nas funções táticas de suporte quando têm maior envolvimento na criação de alternativas. Os gerenciadores de casos têm grande influência quando envolvidos na escolha de alternativas quando há possibilidade de discutir conflitos com administradores (ISSEL; ANDERSON, 2001).

Por gerarem laços de realimentação, as redes de comunicação podem adquirir a capacidade de regularem a si mesmas. Considerando as

organizações como SDCA, capazes de auto-organizarem-se, ao se modificarem parâmetros de controle, a sua estrutura e padrões de relacionamentos também serão modificados (CAPRA, 1996d).

No quarto e último artigo relativo ao tema, os autores utilizam a TC para *explorar o relacionamento entre práticas gerenciais e a rotatividade do pessoal de enfermagem.* Como só foi possível classificar o clima organizacional de *Nursing Homes* em de recompensa e não se conseguiu outra do tipo *laissez-faire*, mas do tipo misto, os autores decidem avaliar as diferenças do *turnover* entre os membros da equipe de enfermagem no clima de recompensa e no misto (recompensa-*laissez-faire*). Os resultados demonstram que o tipo de clima organizacional não foi significativo para a rotatividade de *Registered Nurses (RNs)* e *Licensed Vocational Nurses (LVN)*, mas foi significativo com a *Certified Nurse Assistants (CNAs)*. Especificamente em *Nursing Homes,* com o clima de recompensa dominante, a rotatividade de *CNAs* foi mais alta do que nas que tinham um clima misto. Isto sugere que o clima de recompensa dominante cria grande rotatividade, porque a clareza de metas e os *feedbacks* são interpretados como um estilo de gerenciamento autoritário e a preocupação com o bem estar dos empregados culmina em permitir-lhes uma visão paternalista de sua profissão. As *CNAs* no clima misto têm uma concepção mais positiva da administração, porque têm permissão de trabalhar de maneira aparentemente improvisada.

Especificamente, nas *Nursing Homes* com clima de compensação dominante, comunicação eficiente e maior abertura revelam uma redução da rotatividade, quando comparada às que têm dominante o clima ambíguo. O estudo ainda mostra um aumento da rotatividade de *LVN*, relacionada à grande abertura, possível por um relacionamento de sinceridade, que pode tomar dois caminhos, o primeiro seria promover menos desentendimentos, o segundo, ser ofensivo e ocasionar mágoas. RNs supervisoras veem-se como parte da administração, de modo que não relatam práticas gerenciais como *LVN* e *CNA*.

Os resultados deste estudo sugerem que a prática de gerenciamento nas *Nursing Homes* não é um assunto simples. Nosso tradicional modo de pensar newtoniano sobre o gerenciamento conduz-nos a aguardar uma conexão entre causa e efeito, na qual pequenas causas conduzem a pequenos efeitos e grandes

causas, a grandes efeitos. Isso alimenta a crença de que podemos reduzir a situação às partes e estudar fatores isolados. Esta pesquisa demonstra que esse modelo de pensamento é ultrapassado. Causas e efeitos são relacionados de maneira complicada, com a interação de elementos existentes de particular importância (ANDERSON; CORAZZINI; MCDANIEL, 2004).

A maior parte das ações dos atores decorre dos seus modelos mentais. Portanto, uma nova forma de pensamento deveria ajudar a mapear, desafiar e melhorar os modelos mentais, objetivando ações mais efetivas na realidade organizacional (SENGE; STERMAN, 1994).

É um absurdo pretender entrar no século XXI acreditando poder resolver os problemas da paz e do desenvolvimento, do crescimento da população mundial, da proteção ao meio ambiente, da garantia de abastecimento alimentar, do acesso ao saber, da passagem da sociedade da informação para a sociedade do conhecimento, dos vínculos entre cultura e desenvolvimento, fundamentando-se apenas nos métodos da racionalidade técnico-científico-econômico-industrial-burocrática, ainda que amparado pelos artefatos da sociedade de informação ou, *a fortiori*, com uma confiança cega (ou interessada) unicamente nas políticas do *laissez-faire* (BINDÉ, 2003).

TEMA D. Movimento do conhecimento da TC na pesquisa em saúde. Este movimento apresenta a complexidade como um princípio que regula o pensamento, sem perder de vista a realidade do tecido fenomenal em que nos encontramos e que constitui o nosso mundo (MORIN, 2002).

Apresenta o conhecimento produzido por um único artigo encontrado, utilizando o referencial da TC (PALEY, 2007).

O autor conduz uma *reflexão crítica do uso da TC na literatura médica.* Considera que no sistema auto-organizativo não há nenhum agente, seja dentro ou fora do sistema, responsável pela estrutura/comportamento que emerge. O fato de um plano poder ser formulado por um grupo de pessoas trabalhando de forma colaborativa, ao invés de um executivo ou um gerente, é irrelevante. A simples estrutura auto-organizada emerge como resultado de cada um, fazendo suas próprias coisas de forma independente. Afirma ainda que atratores são puramente matemáticos, considerando difícil ver quando alguém os equipa à motivação interna,

ou ao conceito de propostas, direção ou visão de uma organização. Segundo o autor, essa associação é muito frequente e injustificada na literatura (PALEY, 2007).

Esclarece que, numa relação de não linearidade, efeitos complexos podem ser originados de causas simples. No geral, Sistemas Complexos Adaptativos (SCA) são não lineares. A auto-organização não impõe que o comportamento do SCA seja independente do meio ambiente. Na verdade, o sistema precisa do ambiente, pois as regras que os agentes seguem (entre outras coisas) são respostas aos estímulos ambientais. Por isso, modificar o ambiente é um caminho através do qual o comportamento do SCA pode ser mudado. Quando o meio ambiente inclui outro SCA, o resultado é a coevolução; com isso, cada sistema desenvolve uma reciprocidade dinâmica adaptativa. O conceito de controle hierárquico envolve o processo de causas descendentes ou arrastamento. Quando o SCA se auto-organiza, a estrutura emergente do sistema pode ser influenciada pelo comportamento das unidades que a compõem, isto é, uma vez organizados, os sistemas resultantes afetam os seus componentes. Conclui-se que sistemas complexos falam apenas de uma parte da TC, portanto devemos evitar seu uso exagerado, conhecendo melhor a complexidade antes de usá-la. Idéias complexas podem ser aplicadas nos serviços de saúde, bem como em outras organizações, mas apenas se nós pudermos superar o hábito e a equivocada crença de equiparar a teoria da complexidade a uma variedade de conceitos familiares e desatualizados (PALEY, 2007).

> Na própria idéia de complexidade que enuncio, anuncio ao mesmo tempo que ela contém em si a impossibilidade de unificar, a impossibilidade de acabamento, uma parte de indecibilidade e o reconhecimento do tête-à-tête final com o indivisível. No entanto, isso não quer dizer que a complexidade de que eu falo se confunda com o relativismo absoluto, o ceticismo do tipo Feyerabend (MORIN, 2005, p. 98).

Finalizando, este trabalho possibilitou uma melhor compreensão da produção do conhecimento em saúde e enfermagem tendo a TC como referencial teórico. Da síntese desse conhecimento emergiram movimentos distintos, que se imbricaram e interagiram, não apresentando um limite definido entre si. Apreendi da revisão que o cuidado é complexo e detém inúmeras interações entre indivíduos envolvidos no processo, meio ambiente e práxis. O gerenciamento das organizações de saúde afeta o ambiente interno, a autonomia/dependência dos profissionais e sua

prática, e tudo isso se dá de forma recursiva. Ainda, que a pesquisa em saúde resulta de nossos modelos mentais, necessita de fundamentação teórica e pode contribuir para transformação da formação profissional, através de sua formação e da problematização, componentes que afetarão a prática do cuidado.

Depreendi ainda a necessidade da utilização dos instrumentos conceituais da TC na dinâmica dos processos educativo-pedagógicos que objetivam transformar a educação tradicional, fragmentada, pautada na lógica cartesiana, cenário contraditório à possibilidade de reorientação do modelo assistencial. A TC auxilia na compreensão dos processos laborais que lidam com incertezas, ambigüidades, contradições e não linearidade, características do trabalho em saúde. Permitiu-me ainda refletir sobre a práxis dos profissionais de saúde, considerando-os parte integrante de um sistema dinâmico complexo adaptativo, capaz de auto-organização e evolução; logo, deve abrir-se para novas relações, interações, retroações.

Denotei como é nova a abordagem da hipercomplexidade do real. No Brasil, o uso dessa abordagem de maneira mais significativa se dá na educação de nível superior, sendo ainda insipiente na gestão e no cuidado e aparecendo como referencial teórico de análise dos dados apenas nas pesquisas qualitativas. Trata-se de um referencial que se mostra propício para análise de sistemas e redes complexas no campo da pesquisa qualitativa, cujo objeto é a assistência, o ensino e a gestão na área da saúde, possibilitando um caráter intervencionista.

Esta revisão apresentou-me a fundamentação teórica que auxiliou a análise do metamodelo.

Capítulo IV.
Propondo os Objetivos da Pesquisa

Verificando, por meio da revisão integrativa da literatura, a inexistência de estudos que exploram o objeto desta investigação e que utilizam os referenciais metodológicos e teórico, proponho os seguintes **objetivos:**

- **Compreender o processo de trabalho dos membros da equipe multiprofissional da ESF segundo a perspectiva dos mesmos;**
- **Propor modelos teóricos representativos de cada experiência;**
- **Elaborar uma metassíntese a partir dos modelos teóricos emersos das experiências, resultando em um metamodelo.**

Capítulo V. Abordando o Método

5.1 OPTANDO PELA PESQUISA QUALITATIVA

A opção pela metodologia qualitativa emergiu a partir de minha inquietação em compreender como os membros da equipe multiprofissional em saúde compreendem o processo de trabalho no modelo Saúde da Família numa visão sistêmica e complexa, acrescida da carência de estudos, neste ponto de vista, em domínio nacional.

O método qualitativo é recomendado quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, este tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto no qual o fenômeno ocorre seja considerado como parte do mesmo (FIELD; MORSE, 1985).

Para Field e Morse, as abordagens qualitativas são indutivas. Isto significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, quando o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotizadas do fenômeno e então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para este período de tempo e cenário.

Para desenvolver a investigação qualitativa, o pesquisador passa por três fases, denominadas por Lüdke e André (1986) de: exploração, decisão e descoberta. A fase de exploração envolve a seleção e definição do problema, a escolha do local onde será feito o estudo e o estabelecimento de contatos para a entrada no campo. Nessa etapa inicial, também se encontram as primeiras observações com a finalidade de conhecer melhor o fenômeno e selecionar os aspectos a serem investigados. Esses primeiros questionamentos orientarão a coleta de dados e na formulação de hipóteses, que poderão ser modificadas à medida que mais dados sejam coletados.

A segunda fase envolve a busca sistemática de dados selecionados como os mais importantes para compreender e interpretar o fenômeno estudado. Os tipos de dados coletados podem mudar durante a investigação, pois as informações colhidas e as teorias emergentes devem ser usadas para dirigir a coleta de dados.

A terceira fase consiste na exploração da realidade, ou seja, na *"tentativa de encontrar os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situar as várias descobertas num contexto mais amplo"* (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Os autores complementam, ainda, que os fatores não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador, não são passados a ele, e que nem o mesmo os enfrenta desarmado de todos os princípios e pressuposições, ou seja, desprovido de sua visão de mundo. Interrogando os dados, baseado no conhecimento que tem do assunto, vai se construindo o conhecimento sobre o fato pesquisado. Nessa fase, o pesquisador desenvolve teorias num processo indutivo de todo o estudo.

5.2 CENÁRIO E ATORES PARTICIPANTES

5.2.1 O Município de Botucatu e a Atenção à Saúde

Localizado na região centro-oeste do estado de São Paulo, Botucatu dista 240 km da capital, à qual está ligada pelas Rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon e pela linha férrea da antiga Fepasa.

O município tem uma extensão de 1.522 km2, com área urbana de 154 km2; as coordenadas da sede são: 22º 52' 20'' de latitude sul e 48º 26' 38'' de longitude oeste de Greenwich. A cidade é serrana, com clima subtropical úmido e invernos secos. Sua altitude média é de 711,5 metros do nível do mar, atingindo seu ponto mais alto aos 954 metros. As temperaturas variam entre as médias anuais de 25,6º C (máxima) e 15,4º C (mínima). A precipitação pluviométrica anual é de aproximadamente 1250 milímetros e os ventos dominantes são do sudoeste.

Na atividade econômica predomina o setor terciário (serviços), seguido pelo secundário (industrial) e, por último, o primário (agricultura).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é de 128. 397 habitantes em 2007, sendo sua densidade demográfica de 86,4 habitantes/km2.

Com relação às condições de vida, o índice de desenvolvimento humano (IDHM) e a renda per capita - 0,822 e 2,8 salários mínimos, respectivamente - são muito próximos daqueles apontados para o estado como um

todo: 0,814 e 2,92, respectivamente. A taxa de analfabetismo da população com idade igual ou superior a 15 anos é de 5,6% e 47,7% da população na faixa etária entre 18 e 24 anos tem ensino médio completo (SEADE, 2008).

A rede básica de saúde de Botucatu está constituída por 16 unidades de saúde, das quais duas compõem o Centro de Saúde Escola (CSE), gerenciado pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), sendo elas a Unidade da Vila Ferroviária e Unidade Vila dos Lavradores. Sob a gestão da Fundação Organização Social (UNI) estão oito Unidades de Saúde da Família (USF), compondo dez equipes, pois existem duas unidades que tem mais de uma equipe ligada a ela. São elas: Rubião Júnior (zona urbana e rural); Jardim Santa Elisa; Parque Marajoara; Jardim Aeroporto; César Neto; Jardim Peabiru I e II; Vitoriana e Jardim Iolanda. Consta ainda no plano municipal de saúde, gestão 2009-2012, a formação de mais três equipes de Saúde da Família em 2010. Sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde estão seis unidades, que trabalham de acordo com o modelo tradicional de atenção à saúde, sendo elas: Centro Municipal de Saúde (CMS) São Lúcio; COHAB I; Vila Jardim, Policlínica ACSI; Policlínica Jardim Cristina, Policlínica CECAP.

De forma geral, a rede básica está estruturada para prestar atendimento nas três áreas básicas, a saber: pediatria, clínica médica e gineco-obstetrícia, sendo complementada pela saúde bucal.

Os registros dos serviços de saúde estão informatizados e passam por processo de substituição do Sistema de Informação Municipal (SiMIS) para o Gerenciador de Informações Locais (GIL) do DATASUS, para melhor comunicação com os outros sistemas federais.

Além dos programas de saúde básicos (saúde da mulher, da criança, do adulto, assistência ao pré-natal, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes), estão em desenvolvimento os programas de saúde do adolescente, saúde bucal, saúde do escolar, saúde mental, saúde do idoso, saúde do trabalhador e o Programa Municipal de DST/HIV/AIDS.

Na composição do sistema de saúde, o município conta com quatro hospitais, que prestam assistência à população local e regional, desde a atenção secundária à terciária, a saber: Hospital das Clínicas da FMB – UNESP

(contemplando o pronto socorro), Hospital Misericórdia Botucatuense (atuando como pronto atendimento, não conveniado ao Sistema Único de Saúde), Hospital Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana (ABHS) – Hospital Regional (também atua com pronto atendimento) e o Hospital Psiquiátrico “Prof. Cantídio de Moura Campos”. Conta ainda com Ambulatório Regional de Especialidades (ARE), da DRS VI – Bauru, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), uma Oficina Terapêutica ligada ao “CAIS Cantídio de Moura Campos”, promovendo a desinstitucionalização dos pacientes internados, e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 2010, está prevista a reorientação da Rede de Serviços de Saúde através da ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 100% do município, a implantação do NASF (Núcleo de apoio a Estratégia Saúde da Família), a construção das linhas de cuidado, fortalecendo a mudança do modelo de atenção à saúde, a inauguração do Pronto Atendimento Municipal (UPA), a implantação de um Centro de Reabilitação, a implantação do ambulatório médico de especialidades (AME) e a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BOTUCATU, 2009).

Apresenta-se como condição facilitadora a Residência Multiprofissional em Saúde, oferecida pela Unesp-Botucatu (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”) (SPAGNUOLO, 2006).

5.2.2 Programa de Saúde da Família de Botucatu

5.2.2.1 Grupo de trabalho sobre PSF no município de Botucatu

Desde dezembro de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu vem discutindo a proposta de implantação do PSF, incluindo a participação de profissionais de saúde e de lideranças comunitárias. O objetivo inicial do grupo foi estabelecer áreas prioritárias para a implantação do Programa. Após alguns encontros, o objetivo foi ampliado para ações de divulgação do Programa Saúde da Família (PSF) junto às populações-alvo e definição das características necessárias aos agentes comunitários de saúde. Elaborou-se o perfil dos ACS pensando nas

atividades que a eles seriam atribuídas, reduzindo o foco àquelas consideradas “muito importantes” e, por consequência, as habilidades que seriam priorizadas nos critérios de seleção.

5.2.2.2 Interação com as comunidades

A partir do início do ano de 2002 lideranças comunitárias foram convidadas para discussões sobre o PSF/PACS, ficando definida a importância de sua implantação. Com o objetivo de esclarecer à comunidade sobre o PSF e debater as possíveis alterações a partir da implantação do novo modelo assistencial, foram realizadas reuniões com as comunidades de algumas áreas pré-selecionadas. A partir desses encontros, acordou-se a respeito dos editais e datas para o início do processo seletivo para contratação das equipes e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Prioridade na agenda de saúde, em maio de 2003 o PSF teve início efetivo no município de Botucatu, com as contratações e as composições das oito equipes planejadas numa primeira etapa, em regiões com dificuldade de acesso à rede municipal de saúde. Trata-se de bairros ainda não assistidos por outras unidades de saúde em virtude de constituírem áreas de expansão urbana e áreas rurais (BOTUCATU, 2004). Em 2006, tendo em vista o Projeto de Expansão do Programa Saúde da Família, o município amplia suas equipes para um total de dez, que se mantêm até o momento.

5.2.2.3 Atores

A partir do ano de 2006 até o ano de 2009, o município possui dez equipes do Programa Saúde da Família, compostas por um médico, uma enfermeira, quatro a seis auxiliares de enfermagem, seis a sete Agentes Comunitários de Saúde, um odontólogo e um auxiliar de cirurgião dentista.

Os atores participantes desta pesquisa foram reunidos em seis grupos amostrais: médicos, enfermeiras, cirurgiões dentistas, auxiliares de cirurgião dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que

compõem as equipes da ESF. Segue tabela 1, retratando a distribuição dos atores participantes do estudo no ano de 2009:

Tabela 1 – Distribuição dos atores, segundo categoria profissional, sexo, idade, tempo de formado e tempo de ESF. Botucatu, SP. Janeiro a dezembro de 2008

VARIÁVEL	FAIXA/TIPO	N	%
Categoria profissional	Médico	11	20,0
	Enfermeira	08	15,0
	Dentista	07	13,0
	Auxiliar C. Dentista	07	13,0
	Auxiliar de Enfermagem	11	20,0
	Agente Comunitário de Saúde	10	19,0
Sexo	Feminino	48	88,0
	Masculino	06	12,0
Idade	20 a 25 anos	04	7,0
	26 a 30 anos	24	45,0
	31 a 35 anos	12	22,0
	36 a 40 anos	08	15,0
	41 a 45 anos	03	5,5
	Acima de 45 anos	03	5,5
Tempo de Formado	1 a 3 anos	20	37,0
	4 a 5 anos	14	26,0
	6 a 10 anos	13	24,0
	Acima de 10 anos	07	13,0
Tempo de ESF	Até 1 ano	08	15,0
	1 a 2 anos	17	31,0
	3 a 5 anos	23	43,0
	5 a 10 anos	05	9,0
	Acima de 10 anos	01	2,0

5.3 ESTRATÉGIAS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Antes de inserir-me nas equipes multiprofissionais da ESF para dar início ao processo de coleta de dados propriamente dita, apresentei-me às equipes de todas as USF a fim de explicar a minha presença nesses locais e o estudo a ser realizado.

Inicialmente aproximei-me da Unidade que seria o ponto de partida, para localizar os atores da entrevista e para observar a dinâmica do trabalho em equipe. Essa aproximação do campo se deu em todas as Unidades de Saúde da Família (USF), isto é, em oito unidades. A observação foi, então, a etapa inicial da

coleta de dados, que se iniciou em fevereiro de 2008, utilizando como estratégia, além da observação, a entrevista, estendendo-se até março do mesmo ano.

A observação constitui-se efetivamente da entrada no campo e é uma estratégia exploratória que leva o pesquisador a se envolver com a situação estudada, permitindo que ele se aproxime das perspectivas dos atores, uma vez que acompanha seus movimentos, suas experiências, tentando apreender os significados que eles atribuem à realidade e a suas próprias ações (MINAYO, 2004).

Minayo ainda ressalta que a observação no campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, em que existe uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo, num processo mais amplo de construção do conhecimento.

A estratégia para coleta de dados foi realizada por meio de entrevista não estruturada, tendo como questão de partida: – **Conte-me qual é sua experiência de trabalho na equipe da Estratégia Saúde da Família?**

Minayo (2005, p.91) relata que as “entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização”. A premissa básica é de que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma ocasião de interação, na qual as informações dadas pelos atores podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o pesquisador.

A entrevista aberta ou em profundidade é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, 2005).

O objetivo de tais entrevistas não é o de identificar a verdade objetiva ou testar hipóteses de forma conclusiva, mas ajudar o pesquisador a compreender as experiências dos entrevistados e suas conclusões a partir deles. As principais vantagens das entrevistas qualitativas são a flexibilidade que oferecem e a riqueza dos dados detalhados que podem proporcionar (SOKLARIDIS, 2009).

Para a Soklaridis, apoiada em Fontana e Frey (1994), há duas principais desvantagens associadas com entrevistas qualitativas. Primeiro, a grande quantidade de tempo e esforço que implicam aos entrevistadores qualitativos, que

normalmente não podem estudar uma amostra muito grande de pessoas e, portanto, os achados não devem ser generalizados para outras populações semelhantes.

Em segundo lugar, uma vez que o pesquisador em uma entrevista qualitativa assume um papel muito ativo recolhendo os dados, há uma maior probabilidade de que haja um viés inadvertido nos resultados do estudo. (SOKLARIDIS, 2009).

Seguindo a abordagem qualitativa-interpretativa, a noção de que o pesquisador deve ser separado do sujeito da pesquisa não é desejável nem possível.

Durante a realização de cada entrevista, as narrativas foram gravadas por meio digital e transcritas literalmente após os encontros. As gravações digitais e seu conteúdo estão mantidos em sigilo e sob a guarda da pesquisadora e da orientadora e serão eliminadas após a conclusão do trabalho.

O processo de composição da amostra seguiu o preconizado no método da Teoria Fundamentada nos Dados, denominado assim de amostragem teórica, cujos participantes vão sendo progressivamente selecionados para integrarem a amostra, até que a saturação teórica seja alcançada. Nesta pesquisa, fui entrevistando cada categoria profissional, de equipe em equipe, até que alcançasse a saturação em cada grupo amostral. Apresento a seguir um quadro das entrevistas realizadas por grupo amostral:

Tabela 2 – Distribuição do grupo amostral dos profissionais entrevistados

Grupos Amostrais	*Nº*
ACD	**07**
Dentista	**07**
Enfermeiro	**08**
Médico	**11**
ACS	**10**
Auxiliar de Enfermagem	**11**
Total	**54**

Após percorrer todas as equipes da ESF em busca da saturação teórica com cada ator, finalizei as gravações digitais, dando seguimento ao processo

de transcrição literal de todas as narrativas e iniciar a categorização e codificação dos dados, ou seja, os códigos de mesmo significado foram sendo agrupados e desse agrupamento derivaram as categorias. A saturação teórica é obtida quando as narrativas tornam-se repetitivas e permitem a compreensão dos conceitos identificados pela profundidade e riqueza de seu conteúdo.

Vale lembrar que, no decorrer das entrevistas, conforme o conteúdo das respostas, fui incluindo perguntas circulares que me permitiram elucidar dúvidas, revelar os movimentos da equipe, como forma de entender melhor o significado do trabalho em equipe na ESF a partir da vivência desses atores.

As questões circulares são direcionadas às informações reveladas pelo próprio participante e auxiliam na obtenção de melhores esclarecimentos quanto à compreensão dos significados e vivências dos atores participantes acerca do trabalho em equipe. Neste tipo de entrevista, as perguntas realizadas pelo próprio pesquisador baseiam-se em informações fornecidas pelos atores, gerando novas perguntas, estabelecendo um movimento circular (WRIGHT; LEAHEY, 2009).

5.3.1 Considerações Éticas

A coleta de dados foi realizada mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número 023/08 **(Anexos 1 e 2),** conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As entrevistas foram agendadas previamente com cada participante dos grupos amostrais de acordo com suas disponibilidades individuais de tempo.

Ao final de cada entrevista, os participantes puderam ouvir seus relatos, alterar conteúdo que julgasse necessário, o que não foi de interesse de nenhum deles.

Antes da realização das entrevistas, esclareci o caráter confidencial e anônimo da pesquisa, os objetivos da mesma, colocando-me à disposição para esclarecimento de dúvidas. Após os devidos esclarecimentos, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que, depois de lido, foi devidamente assinado por todos os participantes, não havendo nenhuma recusa. (anexo 3).

5.4 DISCUSSÃO DOS DADOS À LUZ DA TEORIA DA COMPLEXIDADE (TC)

A fundamentação teórica acerca da Teoria da Complexidade, lançando luz à análise desse trabalho, está sustentada pelos seguintes autores: Wheatley (1992, 2005), Briggs e Peat (2000) e Prigogine (1996).

Posso começar perguntando a um coordenador de equipe de trabalho qual a sua concepção de uma unidade/organização ideal. É comum ouvir como resposta: limites precisos, estruturas definidas, organogramas verticalizados, estabilidade, ordem, uniformidade e equilíbrio buscado por meio do controle das partes que compõem o trabalho nessas organizações.

É claro que, se for feita a mesma pergunta a coordenadores diferentes, serão obtidas respostas e nuances diferentes. O que seguramente seria improvável é encontrar alguém cujo ideal de trabalho seria: limites borrosos e flexíveis, estruturas em movimento e contínua reconfiguração, subsistemas estritamente vinculados em rede, aceitação e aproveitamento da desordem, a instabilidade, a diversidade, o desequilíbrio e o estabelecimento de mecanismos de controle centralizados em apenas uma pessoa, configurada como hierarquicamente superior.

Os primeiros desenhos do trabalho em uma organização estão associados ao que conhecemos, à compreensão da organização como uma máquina, frente a sua compreensão como ser vivo, mais coerente com aquelas imagens que entendemos ser mais escassas entre os membros de nossas organizações e espaços de trabalho.

Qual desses modelos nos permitirá avançar em nossas metas organizacionais, de equipe ou individuais?

Não pretendo fazer um julgamento de valor acerca de qual modelo seria mais adequado, mas apenas fundamentar que estamos há muito tempo olhando o mundo e as organizações de trabalho de maneira simples e não complexa, fruto de nossos modelos mentais, de nossa maneira de observar a realidade e atuar sobre ela, e que podem nos levar por um ou outro caminho.

Utilizar a Teoria da Complexidade como referencial teórico nesse tipo de estudo é um grande desafio à mudança de nossos modelos mentais, às maneiras conhecidas e tradicionais pelos quais temos interpretado e atuado no mundo.

Nosso pensamento está modulado por um modelo mecânico de mundo em que nos movemos, que também se reflete em nossa compreensão das ciências clássicas. Tomamos decisões constantemente, sem estarmos conscientes do reflexo nos outros e das interações que estamos produzindo.

É necessário criar condições nos processos de trabalho para novos e melhores caminhos nas relações humanas, para a aceitação de novas variáveis, e dos processos envolvidos, independente do que possamos perceber e controlar.

A aceitação da importância das interações e a constante modificação entre os atores e situações nos impulsionam cada vez mais a adquirir capacidade para atuar em condições de complexidade, isto é, capacidade de nos desestruturarmos, de sairmos de condutas predeterminadas e olharmos a rede formada. A situação corrente mostra nossa própria rigidez em relação à atuação com uma maior flexibilização e maior aceitação do outro como um sujeito que interage conosco, seja individual ou em equipe.

5.4.1 Compreensão do Trabalho em Equipe Multiprofissional e a Complexidade

O pensamento da organização e de suas equipes de trabalho do ponto de vista de Sistemas Complexos também requer contínuos movimentos nas representações do todo e de suas partes. Podemos contextualizar o trabalho em equipe como uma parte desse todo. Também podemos considerar a equipe como o todo e seus membros como as partes desse todo. As partes e o todo não se excluem, se relacionam todo o tempo.

A Teoria da Complexidade propõe uma visão da relação “todo-partes”, em que a organização do todo pode ser diferente da soma das partes e constitui um processo em que aparecem propriedades emergentes (novas, não contidas na história das partes) surgidas especificamente da organização do todo,

com capacidade para retroatuar sobre as partes, configurando um processo de retroalimentação do sistema (MORIN, 1996).

Como o *todo* pode ser também menor que a soma das partes, isto é, pode ter qualidades inibidas na formação da totalidade, pode haver exigências a serem implantadas em circunstancias que exigem uma mudança nas rotinas preestabelecidas na formação do todo. Por sua vez, o todo também está contido em cada parte, concentrado e particularizado como se fosse um código que garantisse que cada uma das partes exista, se comporte e se articule com as demais como elemento de constituição da totalidade. Este fato é chamado de "princípio hologramático", estudado por Edgar Morin (1996), uma das grandes referências na complexidade.

Contextualizado para o trabalho em equipe, isso significaria considerar que existem atuações ou propriedades da equipe que não podem ser reduzidas nem compreendidas através da atuação de suas partes, isto é, dos membros que a compõem simplesmente. Cria-se uma rede a partir da relação entre esses trabalhadores que gera uma dinâmica impossível de desmembrar, propriedades que não podem ser reduzidas a suas partes individualmente e identificadas nelas.

Portanto, essa dinâmica é algo que emerge, que nasce como uma construção nova, a partir da articulação de suas partes e de suas relações, tornando a organização viva.

Por sua vez, este movimento que se dá no nível de equipe como um todo exerce uma influência sobre as partes (seus membros) que o integram. Estamos nos referindo aqui ao efeito retroativo do todo sobre suas partes. É nesse momento que se veem as individualidades em relação, dando continuidade à dinâmica na equipe como um todo. Portanto, essa mesma dinâmica atua na individualidade, isto é, retroage sobre ela.

Com isto estamos dizendo que nossa atuação em uma equipe também afeta seu comportamento como uma totalidade, ou seja, vamos nos influenciando como pessoas e alterando o todo.

5.4.2 A Equipe Como Objeto de Mudança Organizacional

Utilizar essa teoria e seus conceitos em um estudo investigativo dessa natureza não é convencional. Para tanto, a estratégia será a de agregar o referencial teórico-filosófico e epistemológico da Complexidade na compreensão do funcionamento do trabalho em equipe multiprofissional de saúde, analisando-a como um Sistema Dinâmico Complexo e Adaptativo (SDCA), a partir do entendimento de que o homem é um ser multidimensional e traz em si a complexidade. A complexidade nesse ponto de vista implica a interação entre ser humano e o mundo em que vive. Esse tipo de sistema interage internamente e com o meio ambiente, configurando-se em padrões dinâmicos fundamentados nos novos paradigmas da Complexidade.

Com a finalidade de se entender melhor a abordagem complexa a partir dos sistemas, faremos um breve mergulho na história do pensamento sistêmico, que se inicia por volta de 1925 com Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972), que, não satisfeito com a abordagem mecanicista da biologia, desenvolve a “Teoria Geral dos Sistemas”. Essa teoria é fundamentada em três premissas básicas: os sistemas existem dentro de sistemas, os sistemas são abertos, e as funções de um sistema dependem de sua estrutura (BERTALANFFY, 1975).

Para o autor, sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas, que se caracteriza pela proposição de objetivos, globalismo ou totalidade do sistema, entropia e homeostasia. Dessa forma, os objetivos conduzem o arranjo das partes do sistema para que eles não ocorram ao acaso, isto é, o sistema reage quando uma das partes é estimulada.

Um sistema aberto está sempre em movimento, tanto internamente quanto em seu entorno, continuamente importando, transformando e exportando os diferentes *inputs.* O sistema é dinâmico, não obstante se consigam os equilíbrios em determinadas intervalos de tempo, favorecendo o cumprimento de seus objetivos principais. Portanto, o sistema se encontra em equilíbrio dinâmico, porque vai assimilando e adequando as mudanças continuamente.

Por sua vez, em seu interior e em sua interação com o meio externo, podem acumular-se ou ocorrer perturbações, mudanças múltiplas de maior ou

menor tamanho e diversidade, que surgem de dentro ou de fora do sistema e constituem processos de mudança para um determinado tempo e espaço. Construir uma organização bem sucedida implica a possibilidade e a necessidade de compreender esses processos.

É importante lembrar que todo sistema natural, aberto e dinâmico, é sujeito ao chamado Efeito Borboleta, ou seja, o sistema fica extremamente sensível às condições iniciais, externas ou internas. O sistema meteorológico é um ótimo exemplo, em que foi identificado pela primeira vez esse tipo de efeito na década de 1960. No caso de uma organização, a grande sensibilidade a essas condições é um termômetro para saber se o sistema está realmente aberto e dinâmico como se deseja. Nessas situações, esse sistema também pode ser olhado como uma pilha de areia, ou seja, há sempre uma grande instabilidade na busca do equilíbrio dinâmico, que sempre se altera na direção de novos pontos ou regiões, sempre evoluindo. O modelo de pilha de areia (BAK, 1996) mostra que a natureza é sempre instável e não comporta controles externos, mas busca sempre novos equilíbrios dinâmicos usando a criatividade.

Em termos de equipe de trabalho em saúde, a entrada e saída de novos membros na equipe, a introdução de novas tecnologias, processos de trabalho e as novas demandas do território são alguns dos muitos processos e formas de mudanças que constantemente estão sendo produzidos e vão determinando e conformando novas práticas e novos saberes em seu cotidiano. Nesse sentido, a mudança de gestores, isto é, a entrada e saída dos mesmos, produzem mudanças que também interferem e afetam os processos de trabalho.

Conforme foi visto acima, o enfoque da Teoria da Complexidade na análise teórica a respeito do trabalho em equipe multiprofissional me convida a compreender como a ampliação de uma perturbação, qualquer que seja, pode causar uma transformação nas práticas em saúde (BRIGGS; PEAT, 2000). Por exemplo, o processo de ampliação de uma perturbação, que pode ser uma proposta, uma idéia nova, uma mudança na coordenação, um estresse ante uma tarefa nova, etc., nem sempre pode ser gerenciado por quem trabalha nessa perspectiva. Tampouco é possível administrar os simples efeitos de nossas ações; tampouco podemos estar seguros que os efeitos ocorrem da mesma maneira como pensamos.

Isso é o Efeito Borboleta em ação. É importante notar o caráter não linear desse efeito, ou seja, como uma minúscula ação pode causar algo grande na equipe ou na organização maior a médio e longo prazo. Assim, a não linearidade exprime a impossibilidade de observar a realidade direta das relações de causa-efeito, por exemplo, se A causa B, 10 A não necessariamente causa 10 B. Precisamos, portanto, de um pensamento que possa representar melhor este mundo natural e sutil onde existem os Efeitos Borboleta (BRIGGS; PEAT, 2000).

Concluo que abrir espaços onde possam ocorrer maiores interações, melhorando a capacidade de comunicação, desenvolvendo confiança para melhorar as condições de trabalho, independentemente de se saber exatamente o que acontecerá, me convida a pensar numa equipe própria, natural e sempre renovada, reflexo de sua verdadeira potencialidade e possibilidade do sistema.

5.4.3 Ordem-desordem e Auto-organização no Trabalho em Equipe

Finalmente, posso dizer que a Teoria da Complexidade também contempla as premissas da ordem, da desordem e a relação entre elas. Tradicionalmente, do ponto de vista clássico, buscamos em tudo que fazemos conseguir a ordem, ou seja, considera-se um maior desenvolvimento quando se alcança os mais altos níveis de ordem. Nessa ótica, a ordem se relaciona com o equilíbrio e a busca da estabilidade e todo um conjunto de ações são encaminhados à manutenção desse equilíbrio.

Para entendermos melhor, recorro à Segunda Lei da Termodinâmica, que trata da “entropia” dos sistemas, ou seja, da sua medida de desordem. Essa lei diz que o grau de entropia dos sistemas fechados sempre aumenta e, nas trocas internas de energia, o sistema vai diminuindo a sua capacidade de realizar trabalhos até chegar a uma situação final chamada de “morte térmica”, onde não há mais energia disponível. Quando o sistema se abre, ele pode renovar sua energia através das trocas e aí surge a reorganização, que trabalha com a criatividade e os Efeitos Borboleta como já foi citado.

Assim, a propriedade dos sistemas abertos contribui para chamar a atenção sobre o papel do entorno e também sobre as novidades que surgem do seu

interior, para continuamente provocar novos níveis de ordem/desordem nos sistemas e, portanto, a continuação da vida definida por essa dinâmica. Ilya Prigogine (1984) descobriu que a energia dissipada pelos sistemas em suas trocas com o ambiente externo, longe das condições de equilíbrio, contribuía para o aparecimento de novos sistemas, mais desenvolvidos. Em função dessa descoberta, o autor refere que essa energia dissipada seria chamada de “estrutura dissipativa”, porque dissipam as energias a fim de recriarem-se a si mesmas como novas formas de organização. Assim, na maioria das vezes, o sistema tem condições de reconfigurar-se num nível superior de complexidade, num nível mais bem capacitado para lidar com um novo ambiente. Por essa razão são chamados de sistemas auto-organizativos e autor renovantes.

Para Margareth Wheatley (2005, p. 34):

> Os sistemas auto-organizadores têm a capacidade de criar para si mesmos os aspectos da organização que os líderes deveriam supostamente fornecer. Os sistemas auto-organizadores criam estruturas e caminhos, redes de comunicação, valores e significados, comportamentos e normas, fazem por si mesmos quase tudo o que era supostamente necessário fazer por eles.

Para essa autora, os sistemas vivos dão forma à organização e desenvolvem essas formas transformando-as em outras formas, graças à capacidade de criar significado comum, comunicar e perceber o que ocorre no momento por meio de suas interações e sua criatividade. São essas competências que dão a qualquer organização e suas equipes seu verdadeiro vigor e que sustentam a auto-organização.

Tendo em vista a fundamentação apresentada e que a fragmentação na formação dos profissionais de saúde, traduzida em ações também fragmentadas no interior da equipe, pode comprometer o desempenho da ESF como proposta do SUS, apresentamos a Teoria da Complexidade para lançar novas luzes sobre a prática do trabalho em equipe, que tem sido concebida como mecanicista, em que o corpo humano é visto como uma máquina composta por partes inter-relacionadas, deixando à margem os aspectos subjetivos, relacionais e os significados desse trabalho.

O Ministério da Saúde (MS), por sua vez, vem apresentando novas portarias que incorporam a subjetividade e o trabalho em rede para aplicação prática

no processo saúde-doença, o que corrobora com o trabalho na visão complexa (BRASIL, 2007).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS À LUZ DA TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS (*GROUNDED THEORY*)

Tendo definido o referencial conceitual, faz-se necessário encontrar uma diretriz metodológica coerente com o mesmo, capaz de indicar os caminhos a serem percorridos pelo investigador, principalmente na organização, coleta e posterior análise de dados coletados.

Segundo os idealizadores da Teoria Fundamentada em Dados (TFD), também conhecida por *Grounded Theory*, Glaser e Strauss (1967), essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Para eles, a teoria significa "[...] uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar."

Eles apresentam um método de análise comparativa constante, no qual o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados.

Este é um processo que Glaser e Strauss (1967) descrevem como amostragem teórica, em que o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Neste sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de atores ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados, e os depoimentos respondam aos objetivos do trabalho.

Na Teoria Fundamentada nos Dados, os dados podem ser originados de entrevistas, observações, documentos, publicações, ou da

combinação dessas técnicas, e a análise ocorre concomitantemente à coleta, pelo método comparativo e constante. Constitui-se em uma constante interação entre o investigador e os dados, que exigem fundamentação de conceitos nos dados e criatividade como elementos essenciais. A criatividade se manifesta na capacidade do pesquisador competentemente nomear categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo Strauss e Corbin, embora fundamentar os conceitos em dados seja a principal característica deste método, a criatividade dos pesquisadores também é um ingrediente essencial. Para eles, "[...] análise é a interação entre os pesquisadores e os dados [...].". É ciência. "É ciência no sentido de manter certo grau de rigor e por basear a análise em dados [...]." (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 25).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Sequencialmente realizei a análise dos dados segundo o método da **Teoria Fundamentada em Dados à luz do paradigma proposto por Strauss e Corbin** (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Esta análise consiste em uma série de procedimentos, detalhados, sistematizados de comparação, entre os dados primeiramente, entre as categorias e depois entre os fenômenos descobertos. Fazer comparações é uma característica desta metodologia. Os procedimentos de codificação são apresentados em três etapas que se complementam: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

A **codificação aberta** é a parte da análise por meio da qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos *dados,* isto é, para revelar, nomear e desenvolver conceitos devemos abrir o texto e expor pensamentos, idéias e significados que ele contém. Sem esse primeiro passo analítico, o restante da análise pode ficar prejudicado ou não ocorrer.

Quando os autores dizem "dados", querem dizer os relatos das narrativas, ações reais lembradas, observações, reunidos pelo pesquisador, e as interpretações de observadores desses fatos, acontecimentos e ações que fazem interações entre esses dados e o pesquisador.

Esta etapa consiste em quebrar cada entrevista em pequenos trechos, detalhadamente, linha por linha (microanálise), os quais vão sendo examinados e questionados quanto ao que representam isto é o que significam. Dessa forma, cada trecho vai permitindo a identificação das primeiras propriedades da experiência, que recebe o nome de código e tem um significado, como pode ser visto no exemplo a seguir, apresentado no quadro 1:

Trecho da Entrevista	Códigos
Olha a experiência de trabalho aqui na Saúde da Família, prá mim tem sido *muito boa*, porque, em primeiro lugar eu *acredito no SUS* e eu vejo na estratégia de Saúde da Família uma possibilidade de traduzir na prática, de *contextualizar mesmo as propostas do SUS* embora esteja às unidades da estratégia de Saúde *esteja bastante aquém da proposta completa*. Mas eu *acredito* que nós estamos *rumo* a essa proposta.	Considerando a experiência de trabalho na Saúde da Família muito boa Acreditando no SUS Possibilidade de traduzir o SUS na prática Contextualizando as propostas do SUS As unidades estão longe da proposta Acreditando na proposta do SUS No caminho da proposta do SUS

Quadro 1- Exemplo de codificação aberta dos dados.

Dessa forma, essa etapa foi realizada com todos os dados de maneira dinâmica e flexível, me permitindo voltar aos dados tantas vezes quantas foram necessárias para apreender os significados dos códigos.

É nesse momento que os dados são separados e comparados, em busca de similaridades e de diferenças, e vão sendo agrupados sob conceitos (representação abstrata de um fato, um objeto ou de uma ação) mais abstratos, chamados “categorias”. Categorias são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da Teoria Fundamentada em Dados.

A seguir apresento o quadro 2, com um exemplo de categorização:

Códigos	Categorias
O trabalho em equipe é muito importante O trabalho solitário não alcança objetivos O trabalho em equipe é bom e importante Considerando o trabalho em equipe espaço de trocas O trabalho em equipe é importante para continuidade do trabalho A parceria dos membros da equipe melhora o desempenho da unidade Vivenciando troca de experiências com os demais membros da equipe A equipe deve ser entrosada Respeitando as diferenças individuais no trabalho em equipe	**Desfrutando do sentimento de pertença no processo de trocas de saberes no trabalho em equipe.**

Quadro 2 - Exemplo de categorização dos dados.

Isto posto, passamos para o outro passo, chamado **codificação axial**, que é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Recebe esse nome (axial), porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões.

Seu objetivo é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta e envolve: a *causa* desencadeadora do fenômeno, o *contexto* em que o mesmo está inserido, as *condições intervenientes*, as *estratégias de ação* sobre o fenômeno e suas *consequências.*

A partir da identificação das categorias foi possível realizar a **codificação seletiva,** que é o processo de integrar e de refinar a teoria por meio da saturação teórica, ou seja, o ponto em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise. Esse processo deu origem ao fenômeno ou categoria central. É nessa fase que relacionei sistematicamente todos os conceitos e categorias à categoria central, para, a partir desse momento, analisar suas relações.

Observar a teoria se desenvolvendo foi uma vivência incrível para mim enquanto pesquisadora qualitativa. É um processo que não ocorre da noite para o dia; ao contrário, é um processo contínuo de ir e vir, imergindo nos dados e interagindo com eles. É um trabalho árduo de evolução do pensamento analítico-

indutivo em que as relações com os conceitos só surgem depois que são reconhecidas como tal.

A construção da teoria é a meta, e após ter seguido todas as etapas da Teoria Fundamentada nos Dados, desenvolvi um modelo teórico que representa a experiência dos membros da equipe multiprofissional acerca no trabalho na ESF em Botucatu, estado de São Paulo.

Compreender a construção da Teoria também é um processo árduo e longo e, eu diria, complexo. Para tanto, compreender a diferença entre *descrição*, *ordenamento conceitual* e *teorização* foi fundamental na caminhada. Segundo Strauss e Corbin (2008, p.37), *descrever* é "[...] representar, contar uma história, algumas vezes uma história muito gráfica e detalhada, sem retroceder para interpretar os fatos ou explicar por que certos fatos ocorreram e outros não [...].". Já *ordenamento conceitual* é "[...] classificar fatos e objetos ao longo de várias dimensões explicitamente declaradas, sem necessariamente relacionar as classificações umas às outras para formar um esquema explanatório global [...].", isto é, foi necessário organizar todo material segundo cada tipo de ator participante e observar por que esses tipos surgiram e qual sua relação com o fenômeno estudado em questão.

Compreender que a *teorização* é uma etapa complexa que precisa ser construída a partir dos dados, e que todo o tempo se interage sistematicamente entre os conceitos foi uma tarefa que exigiu muito esforço e dedicação, pois ela foi desvelando para mim um novo campo do conhecimento. Dessa forma a teoria foi se construindo e permitindo explicar os fatos, fornecendo diretrizes para as ações futuras.

Finalizando, após emergir as seis categorias centrais com seus respectivos modelos teóricos, realizei o chamado "metaestudo", isto é, a síntese de todos os modelos, denominado de "metassíntese", de onde emergiu o metamodelo que representa a experiência da equipe multiprofissional da ESF.

A metassíntese consistiu em analisar os seis modelos teóricos, codificá-los e agrupá-los novamente em códigos de mesmo significado, comparando-os e analisando-os para apreender novas dimensões e propriedades de suas categorias e observar a interação entre as mesmas.

Dessa nova análise, que foi realizada passo a passo fundamentada no referencial metodológico da TFD, emergiu uma nova categoria central, agora denominada de metamodelo. A seguir, apresento uma descrição do que seja um metaestudo.

5.7 METAESTUDO

A abordagem do metaestudo foi utilizada como estratégia para a obtenção da metassíntese dos seis modelos descobertos. Por se tratar de um método pouco utilizado em nosso meio, proponho a discorrê-lo.

Poderíamos começar perguntando: O que é um metaestudo?

Metaestudo é uma abordagem de pesquisa envolvendo análises de teorias, métodos e resultados de pesquisas qualitativas e a síntese desses *insights* em novas maneiras de pensar sobre o fenômeno. Sua origem é das ciências sociais nas quais uma geração anterior de acadêmicos pós-positivistas expressou considerável interesse em sintetizar diversas teorias dentro de uma grande teoria (PATERSON *et. al.,* 2001).

O termo “meta análise qualitativa” foi usado pela primeira vez por Stern e Harris (1985) apud Paterson, *et. al.* (2001) em referência a um grupo de sínteses de achados de pesquisa qualitativa dentro de uma teoria explicativa, modelos ou descrições. Essas autoras acreditam que os resultados, métodos e teorias relativos à pesquisa qualitativa devam ser analisados antes de uma síntese de pesquisa, de forma a gerar novas e mais completas compreensões do fenômeno estudado.

A importância de examinar as experiências de vida da perspectiva do informante, isto é, a pessoa que está vivendo a experiência – tem sido cada vez mais reconhecida há mais de duas décadas. Tem contribuído para gerar uma quantidade considerável de trabalhos qualitativos descrevendo experiências de saúde e doença na perspectiva do sujeito, proporcionando assim um retrato rico e, muitas vezes, revelador de reações e respostas.

5.7.1 Componentes do Metaestudo

O metaestudo implica sempre análises seguidas da síntese. A análise precede o metaestudo e envolve três componentes: análise de metadados, metamétodo e metateoria. Esses componentes não se apresentam necessariamente na sequência e são frequentemente conduzidos concorrentemente.

Metassíntese é derivada dos resultados dos componentes da analise.

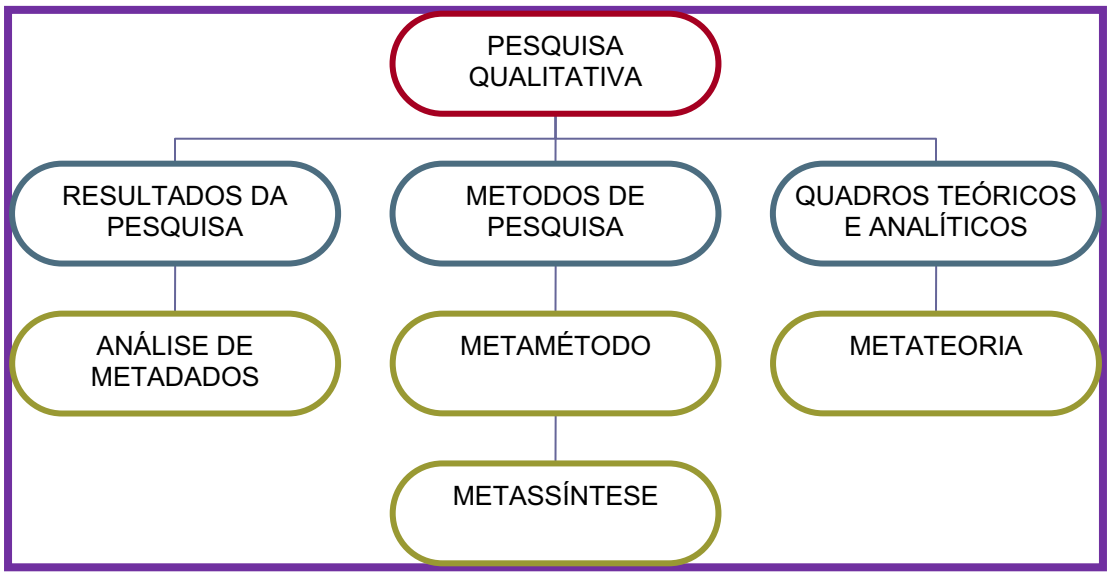

Figura 1. Componentes do Metaestudo.
Fonte: Adaptado de Barbara L. Parson et. al. (2001).

Analise de Metadados: é o estudo das descobertas das pesquisas relatadas numa área específica de investigação por meio do processamento dos dados já processados (ZAO, 1991 apud PATERSON et. al, 2001). É uma análise das análises, disponível a partir de relatos da pesquisa qualitativa inicial.

Metamétodo: é o estudo do rigor e da epistemologia dos métodos de pesquisa utilizados. O metamétodo contribui para o desenvolvimento da teoria e cria uma estratégia consciente para futuros movimentos.

Metateoria: envolve a análise de estruturas subjacentes nas quais a pesquisa é fundamentada. Ela pode produzir compreensões novas e ampliadas acerca da aplicação da teoria numa área específica. Em enfermagem e em pesquisas relacionadas à saúde, ela pode contribuir significativamente para ampliar

as teorias e atingir o potencial de estudos individuais para descrever e explicar aspectos contextuais e experimentais da saúde e da doença.

Metassíntese: traz de volta aquelas ideias que foram separadas ou desconstruídas nos três processos analíticos do metaestudo. Representa a criação de uma nova interpretação de um fenômeno responsável pelos dados, métodos e teorias por meio dos quais o fenômeno foi estudado. Fazendo isso, cria a possibilidade da articulação de teorias que dão conta das contradições e das complexidades dentro da área de estudo. Além disso, ela cria uma fundamentação a partir da qual os *insights* podem ser expressos em relação às implicações dos vários aspectos teóricos, metodológicos e estruturais do passado, presente e futuro da pesquisa em relação fenômeno.

5.7.2 Resultados e Limitações do Metaestudo

O objetivo do metaestudo é desenvolver uma teoria de médio porte que diz respeito a um corpo de pesquisa qualitativa. Pode também gerar novos ou ampliados quadros teóricos no campo da saúde ou políticas sociais. Ela pode suportar as interpretações dos resultados de pesquisa qualitativa e esse conhecimento pode ser incorporado na prática.

O metaestudo envolve duas limitações importantes: primeira, ele descontextualiza dados, removendo-os do contexto emocional e físico no qual eles foram originalmente construídos. Para tanto, os pesquisadores do metaestudo dependem do pesquisador original para clarificar os contextos que surgem no relatório de sua pesquisa. Segunda, a qualidade do metaestudo é em grande parte dependente da habilidade do pesquisador original em articular o desenho da pesquisa e as suas descobertas de tal forma que o pesquisador do metaestudo possa seguir as decisões dos pesquisadores originais.

Capítulo VI. Apresentando os Resultados: Experiências, Modelos Teóricos e Metassíntese

RESULTADOS DAS EXPERIÊNCIAS DOS MEMBROS DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA

Ao finalizar o processo de análise, emergiram seis experiências referentes aos grupos amostrais: médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de cirurgião dentista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Foram coletadas, transcritas e codificadas 54 entrevistas, sendo 11 médicos, oito enfermeiras, sete cirurgiões dentistas, sete auxiliares de dentista, 11 auxiliares de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde, conforme apresentado na tabela 1 anteriormente.

A contento, passo a apresentar os fenômenos, em forma de diagramas e quadros, descrevendo os conceitos que emergiram das experiências, segundo os elementos que compõem os processos.

Os componentes (fenômenos, temas, categorias, subcategorias e elementos) provenientes desses fenômenos foram re-alinhados, possibilitando analisar a interação entre os mesmos, de forma a configurar a categoria central, unidade que abarcará todos os outros componentes de forma representativa da experiência do trabalho dos membros que compões a equipe da ESF, em consonância com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados.

Ressalto que os quadros estão contidos nos Apêndices A, B, C, D, E e F. Para facilitar a localização de cada um deles, recomendo que consulte a lista dos mesmos, no início deste.

Quanto aos códigos alfanuméricos, leia-se conforme figura 2, a seguir:

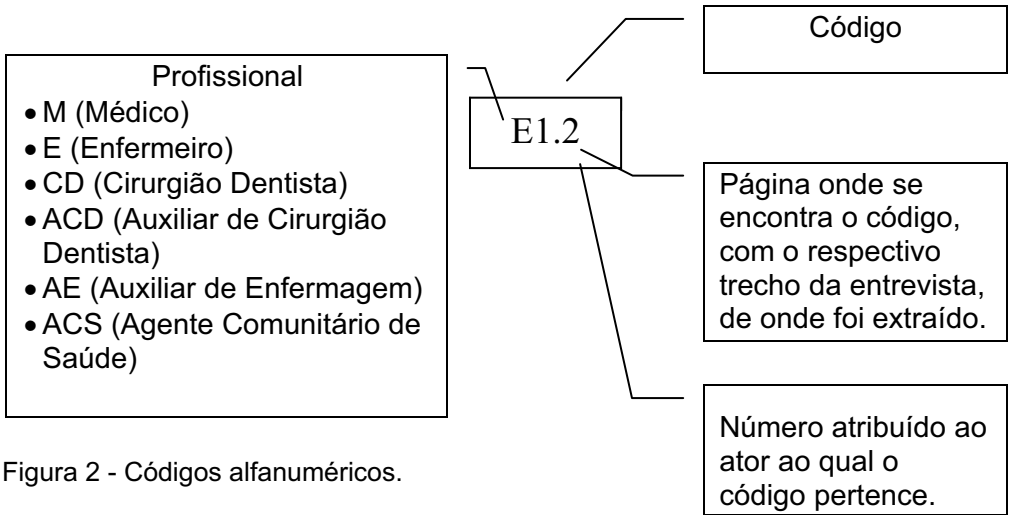

Figura 2 - Códigos alfanuméricos.

6.1 A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO MÉDICO NA ESF

6.1.1 Fenômenos Identificados

Fenômeno A1 - Sendo uma experiência difícil

Significa a avaliação que o médico tem de sua vivência desafiadora em vir a ser médico junto à ESF (Quadro 1).

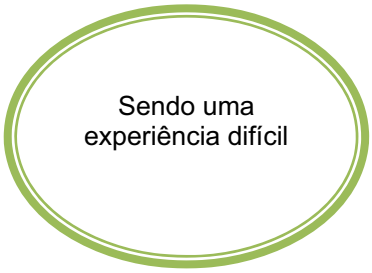

Diagrama 1 - Fenômeno A1. Sendo uma experiência difícil.

> [...] Eu acho que ... é uma coisa super ... complexa ... (M2.2)
>
> [...] no PSF, foi um desafio, há muito tempo que eu trabalhava com um modelo, é muito difícil a gente mudar, quando você já trabalha muito tempo é difícil você mudar a ideia. (M3.12)
>
> [...] Prá mim é um grande desafio. Eu recém formada... entrando num mercado com profissionais já há algum tempo exercendo as ... suas profissões, suas atividades, ainda mais como médica volante então... cada pouco estou num lugar, tem as minúcias do trabalho de cada unidade, a personalidade de cada população atendida, então a cada rodízio de unidade é um novo desafio... a gente tem as nossas... limitações... de... serviços a serem oferecidos, de tempo hábil pra serem feitas as coisas... então é aquela coisa, tem que... dar conta de tudo.(M8.22)

Fenômeno A2 - Sentindo-se acolhido pela equipe, no desafio de vir a ser médico de família, desprovido de capacitação formal

Este fenômeno retrata que a escassez de processos de formação introdutória ou continuada para capacitar o médico com formação centrada em cenários hospitalares a desempenhar o papel de generalista na ESF faz com que o mesmo se movimente para a busca de apoio junto à equipe. Fato reconhecido, inicialmente, como um dificultador, porém considerado superado, quando consegue sentir prazer decorrente do estabelecimento de um relacionamento terapêutico de reciprocidade, mediante as trocas de vivências médico-equipe. Este fenômeno reúne

quatro temas: vindo de uma formação centrada no cenário hospitalar, não contando com processos formais de capacitação na ESF para o exercício médico, aprendendo aprender a ser médico de família com a equipe - construindo o processo ensino-aprendizagem por meio da reciprocidade, reconstruindo competências de um generalista (Diagrama 2).

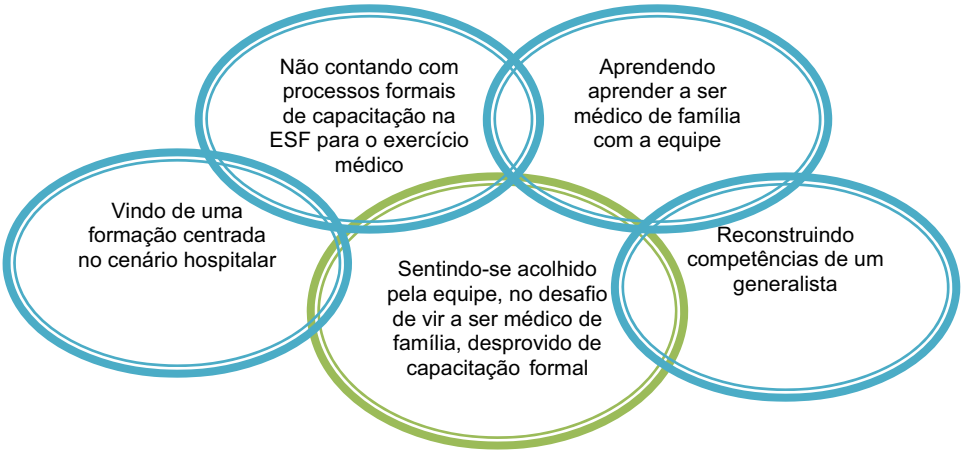

Diagrama 2 - Fenômeno A2. Sentindo-se acolhido pela equipe, no desafio de vir a ser médico de família, desprovido de capacitação formal.

Tema A2.1 - Vindo de uma formação centrada no cenário hospitalar

Trata-se de um dificultador da inserção do médico na ESF, pelo fato de os projetos pedagógicos de formação do profissional privilegiar a formação no cenário hospitalar. A supervalorização de médicos especialistas centrados no cenário hospitalar em detrimento de profissionais de formação geral, aptos a atuar em unidades básicas de saúde/saúde da família, é dificultador para o trabalho em equipe multidisciplinar e enfraquece a relação entre médico, paciente e demais membros dessa equipe (Quadro 2).

> Foi difícil porque minha visão era totalmente ... voltada para a parte médica, sempre dentro do hospital. Então, tive que reaprender ... a mexer com atenção básica. Coisa que minha faculdade não deu muito bem... (M1.1).

Tema A2.2 - Não contando com processos formais de capacitação na ESF para o exercício médico

Trata-se do segundo dificultador no processo de inserção do médico na ESF, pois a insuficiência ou inexistência de capacitação formal não tem se materializado na construção das competências do médico de família (Quadro 3).

> [...] Sempre a gente é voltada para dentro do hospital.. Então fui tateando, fui descobrindo. Não tive nenhuma orientação, nem nada... Cheguei lá e oh: — Você vai ser o médico de tal lugar, vai trabalhar com tal enfermeiro, com tal equipe, e vai ser como um clínico geral, vai pegar tudo...[...]. (M1.1).

> [...] trabalhar no Programa Saúde da Família... no começo foi... um total desconhecimento [...]. (M11.11).

Tema A2.3 - Aprendendo-aprender a ser médico de família com a equipe

Significa o momento da experiência do médico em que o mesmo passa a reconhecer a importância do conhecimento de outros membros da equipe na construção de sua práxis na ESF, até então não vivenciada na graduação e na experiência hospitalar. Neste processo, constata a importância das trocas desse conhecimento, sinalizando o papel do enfermeiro como o ator importante nessa construção. Este tema abarca duas categorias: construindo o processo ensino-aprendizagem por meio da reciprocidade, passando a valorizar o conhecimento dos outros membros da equipe. (Quadro 4)

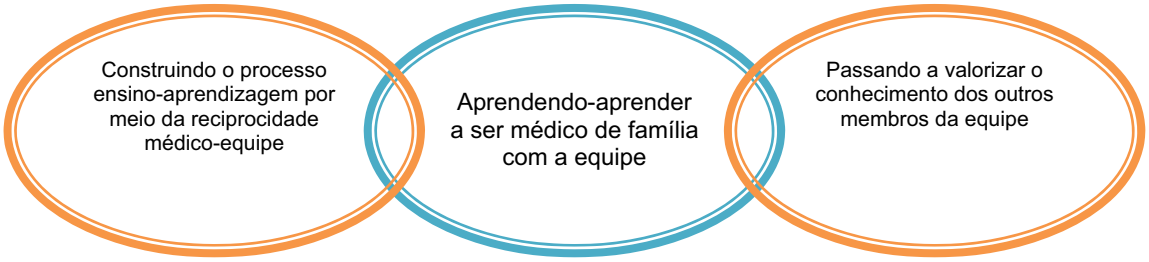

Diagrama 3 - Tema A2.3. Aprendendo-aprender a ser médico de família com a equipe: categorias.

Categoria A2.3.1 - Construindo o processo ensino-aprendizagem por meio da reciprocidade médico-equipe

Significa o movimento de trocas de conhecimentos entre os membros da equipe com o médico, cujo atributo é a reciprocidade, ou seja, desperta

o sentimento prazeroso naquele que busca o conhecimento e naquele que compartilha as suas vivências. Existe o exercício da mutualidade e o fortalecimento do trabalho em equipe. (Quadro 4)

> [...] Eu acho que, tendo um agente comunitário que possa estar vendo tudo que acontece lá fora, ter uma enfermeira que possa estar vendo um aspecto global, diferente da sua visão enquanto médico, ter um auxiliar de enfermagem que possa contribuir com toda ... a bagagem que ela tem... Crescer junto com isso, acho que traz uma vivência diferente da medicina [...]. (M2.4).

> [...] Trabalho em equipe é muito interessante. Eu gosto muito. Acho que...bem conduzido dá certo. É muito importante para todos se sentirem parte de uma equipe... Saber que são ouvidos, que as opiniões são importantes desde o médico até o auxiliar de serviços gerais. Todos ouvem, todos participam [...]. (M9.25).

Categoria A2.3.2 - Passando a valorizar o conhecimento dos outros membros da equipe

Significa o momento da experiência do médico, em que o mesmo passa a reconhecer a importância do conhecimento de outros membros da equipe na construção de sua práxis na ESF, até então não vivenciada na graduação e na experiência hospitalar. Neste processo constata a importância das trocas desse conhecimento, sinalizando o papel do enfermeiro como o ator importante nessa construção. (Quadro 4)

> [...] Trabalhar em equipe multiprofissional é muito... gostoso. É muito bom poder contar com a formação do outro profissional. A minha formação é em medicina, mas o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro, o dentista, todo mundo que trabalha ali com a gente contribui na sua área de uma maneira diferente da minha. Quer dizer, eu não sei tudo de todas as áreas. Não estou apta a fazer tudo que os outros fazem. Então, a gente precisa muito um do outro e é muito legal a gente poder contar com os outros profissionais na equipe [...]. (M9.24).

> [...] Eu gosto de estar em contato com a enfermeira, com o agente comunitário, com os auxiliares de enfermagem. Relaciono-me muito bem com todo mundo e tenho prazer daquilo que eu faço. É muito gratificante para mim [...]. (M10.10).

Tema A2.4 - Reconstruindo competências de um médico generalista

Significa o movimento empreendido pelo médico com formação hospitalocêntrica, especializada, sem contar com a educação continuada, tendo que reaprender o trabalho de um generalista, correspondendo ao que é “esperado” pelos gestores e profissionais de saúde. (Quadro 5)

> [...] tive que relembrar muito da parte clínica. Da parte de pré-natal me dei bem por causa da experiência anterior. Tive que rever dados de criança ... [...]. (M.1.1).

> [...] Eu era pediatra e trabalhava na Unidade Básica de Saúde. Fiquei dois anos assim. Depois passei a atender não só pacientes pediátricos. Passei a atender clínica, ginecologia, fui me empolgando cada vez mais na unidade Básica. Nesse tempo, eu comecei a ouvir falar em P.S.F. [...]. (M4.4).

Fenômeno A3 - Vivenciando encontros e desencontros com a práxis médica na ESF

Este fenômeno mostra o movimento do médico entre o encontro e o desencontro com a ESF. A permanência ou não do profissional junto à estratégia irá depender de quanto pesa para ele a relação entre os sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho, decorrentes da percepção ou não do impacto de suas ações junto à saúde da comunidade, bem como de se ver reconhecido por esta. Caso não consiga perceber, deixará de legitimar a sua prática junto ao novo modelo, tornando-se, portanto, mais suscetível a empreender esforços para o encontro de outra possibilidade. Neste processo os impeditivos da práxis médica têm sido as redes secundárias e sociais pouco resolutivas. Este fenômeno agrupa dois temas: encontrando-se como médico de família, não se encontrando como médico de família.

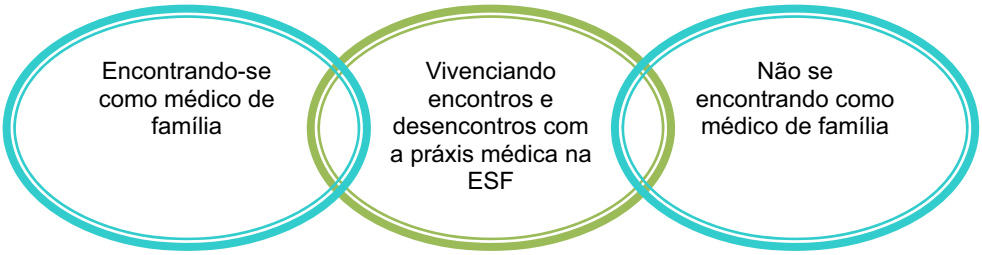

Diagrama 4 - Fenômeno A3. Vivenciando encontros e desencontros com a práxis médica na ESF: temas.

Tema A3.1 - Encontrando-se como médico de família

É o médico que consegue encontrar prazer na ESF, ao perceber o reconhecimento de seu trabalho pela comunidade e equipe, ao empreender um movimento de enfrentamento às adversidades do sistema formador e do sistema de saúde, possibilitando-o resignificar a sua prática ao construir novas competências de um generalista, fundamentada no próprio conhecimento clínico acumulado pela profissão, bem como no conhecimento da equipe multiprofissional. Este tema agrupa três categorias: motivando-se junto à ESF mediante estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade-equipe, resignificando a prática médica na ESF, fortalecendo vínculo com a comunidade (Diagrama 5). (Quadro 6)

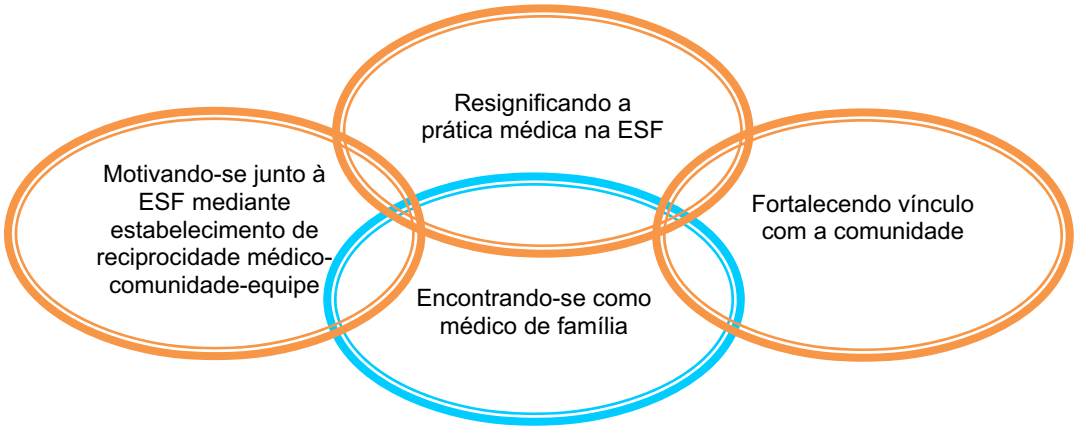

Diagrama 5 - Tema A3.1. Encontrando-se como médico de família: categorias.

Categoria A3.1.1 - Motivando-se junto à ESF mediante estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade-equipe

Significa que o fato de se perceber reconhecida a práxis médica pela comunidade e equipe gera motivação no médico para continuar perseverante na ESF. Representa a validação de seu trabalho. Esta categoria agrega duas subcategorias: percebendo resultados favoráveis à saúde do usuário, sentindo prazer ao ver reconhecido o seu trabalho pela comunidade e equipe. (Quadro 6) (Diagrama 6)

Diagrama 6 - Categoria A3.1.1. Motivando-se junto à ESF, mediante estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade: subcategorias.

Subcategoria A3.1.1.1. Percebendo resultados favoráveis à saúde da comunidade

Retrata a oportunidade que o trabalho no modelo da ESF apresenta de crescimento profissional fundamentado no *feedback* dos pacientes, aliado à satisfação e ao aprendizado que o mesmo proporciona. (Quadro 6)

> [...] Essa experiência para mim é positiva, no seguinte sentido: foi a única vez que eu trabalhei no serviço público e consegui ter um retorno [...]. (M3.3).

> [...] Você vê que conseguiu tocar a pessoa de uma certa maneira, chegou no problema. Você não curou a dor crônica no joelho, mas abriu um espaço para que ele conversasse, se abrisse, conseguisse expor outras coisas que muitas vezes estão por trás daquela dor no joelho. Isso é muito bom. Gratificante quando se percebe que descobriu a causa do problema e com poucos recursos disponíveis se conseguiu resolver, conseguiu encaminhar [...]. (M7.7).

Subcategoria A3.1.1.2 - Sentindo prazer ao ver reconhecido o seu trabalho pelo usuário e equipe

O reconhecimento no trabalho, especialmente, realizado pelo paciente e por seus pares na equipe multiprofissional é sentido pelo médico como algo que lhe traz satisfação. (Quadro 6)

> [...] É gratificante quando você vê seu trabalho reconhecido, quando os pacientes dizem: Fulana está no posto hoje? — Eu queria conversar com ela um minutinho. Isso é legal! Considero engrandecedor [...]. (M7.7)

> [...] você pode estar dividindo mais, entrando profissionais da área de saúde, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, psicólogo, nutricionista, acho que isso vai mesmo efetivar alguns princípios do SUS. Você vai poder corresponsabilizar o cuidado da saúde com várias equipes, com vários profissionais. Na verdade, acho que é isso. [...]. (M2.2)

Categoria A3.1.2 - Resignificando a prática médica na ESF

Decorre da compreensão da existência de uma nova maneira de exercer o cuidado como integral pela equipe multiprofissional, proporcionando o desabrochar das potencialidades e da autonomia, isto é, a capacidade de realização daquilo que ainda não foi posto em prática, permitindo novas realizações de cada membro. (Quadro 6)

> [...] Eu acho que vem ao encontro da minha luta em acreditar, em fazer acontecer os princípios do SUS. As questões de integralidade, de equidade, de humanização, de descentralização, então assim, estar podendo dividir essa responsabilidade de cuidar, de tratar, de avaliar o paciente como um todo e dividir essa responsabilidade com uma equipe, ainda que seja mínima, que é o P.S.F. Acho que isso faz com que a gente possa dar uma outra dimensão, uma outra visão e um outro cuidado para o paciente [...]. (M1.1).

> [...] O fato de estar o dia inteiro lá, pela manhã com alunos da Medicina, da Enfermagem, possibilita-me uma troca enorme. Eu adoro isso! Essa troca que tenho com eles, de me perguntarem e eu não saber responder e ir procurar para poder responder no dia seguinte é o fato que me liga à faculdade, a um serviço, a um hospital escola. Essa rotatividade de alunos lá, também, é uma coisa que me agrada muito. Eu gosto bastante desse tipo de serviço [...]. (M3.3).

Categoria A3.1.3 - Fortalecendo vínculo com o paciente a partir da visão integral

Decorre do estabelecimento de um relacionamento de interdependência médico-comunidade que encoraja o profissional a enfrentar os desafios no processo de trabalho na ESF, tendo como princípio a perspectiva de ver o ser humano como integral. A partir desse novo paradigma, consegue evidenciar resultados de sucesso no tratamento e, consequentemente diminuição da demanda pela unidade. (Quadro 6)

> [...] Eu acho que o que me atraiu no P.S.F. foi ter um contato muito próximo da população. É muito diferente daquela coisa de hospital, que o paciente vem todo segmentado. Lá no P.S.F. não [...]. (M7.7).

> [...] É uma experiência gratificante, pois a gente consegue se aproximar do paciente. Passa a vê-lo como um todo, não o fracionado como um especialista ou como uma unidade básica, ou só criança ou só adulto. Você vê o contexto familiar desse paciente, na integralidade, como um todo, não só por partes [...]. (M5.5).

Tema A3.2 - Não se encontrando como médico de família

Este tema retrata o movimento de afastamento do médico junto à ESF, como mecanismo de enfrentamento do seu sofrimento, ao se deparar com a sua práxis comprometida, mediante a escassez de apoio de uma rede secundária pouco resolutiva, associada a uma rede social que não favorece suas decisões junto à saúde da comunidade. Para ele, não tem mais sentindo continuar como ator num modelo que ainda se configura como conflituoso com o tradicional, comprometendo sua práxis de produzir saúde, tanto na sua visão, quanto da comunidade. Para tanto, decide que não quer continuar como ator desse processo de fazer saúde. Este tema agrega duas categorias: sofrendo por não perceber resultados sobre a saúde da população com a ESF, rompendo o vínculo com a ESF. (Quadro 7) (Diagrama 7).

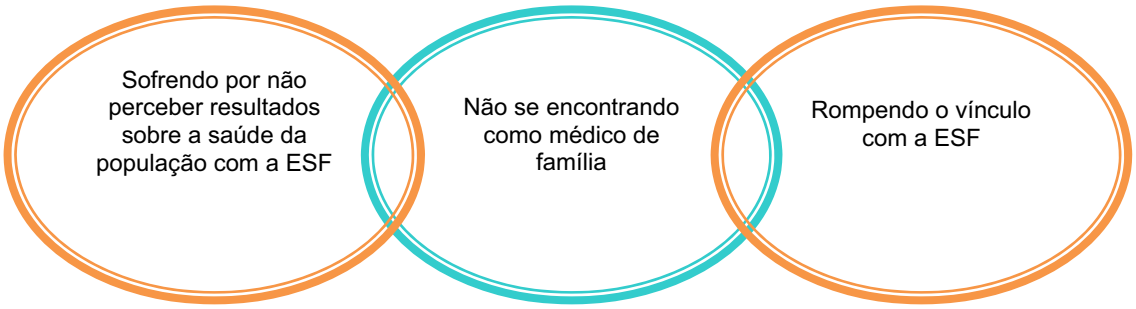

Diagrama 7 - Tema A3.2. Não se encontrando como médico de família: categorias.

Categoria A3.2.1. Sofrendo por não perceber resultados sobre a saúde da população com a ESF

Significa os sentimentos de sofrimento, verbalizados, como angústia, opressão, frustração, impotência, decorrentes da interação do médico com o processo de trabalho atravancado por uma série de dificuldades impostas pelos próprios Determinantes Sociais em Saúde, que limitam o exercício profissional, impedindo-o de vivenciar o sentimento de prazer, ao se deparar com a falta de resolutividade do Sistema. Não conseguindo intervir no processo saúde-doença da comunidade, passa a desacreditar na ESF e empreender um movimento de desvinculação do modelo. Esta categoria agrega cinco subcategorias: deparando-se com a falta de resolutividade da rede secundária de atenção à saúde, limitando o trabalho médico; observando o agravamento de problemas de saúde da

comunidade, decorrentes dos determinantes sociais; percebendo o modelo tradicional de saúde sobrepondo a ESF, tanto na visão médica quanto da comunidade; percebendo a qualidade da assistência médica comprometida; vivenciando sofrimento psíquico. (Quadro 7). (Diagrama 8).

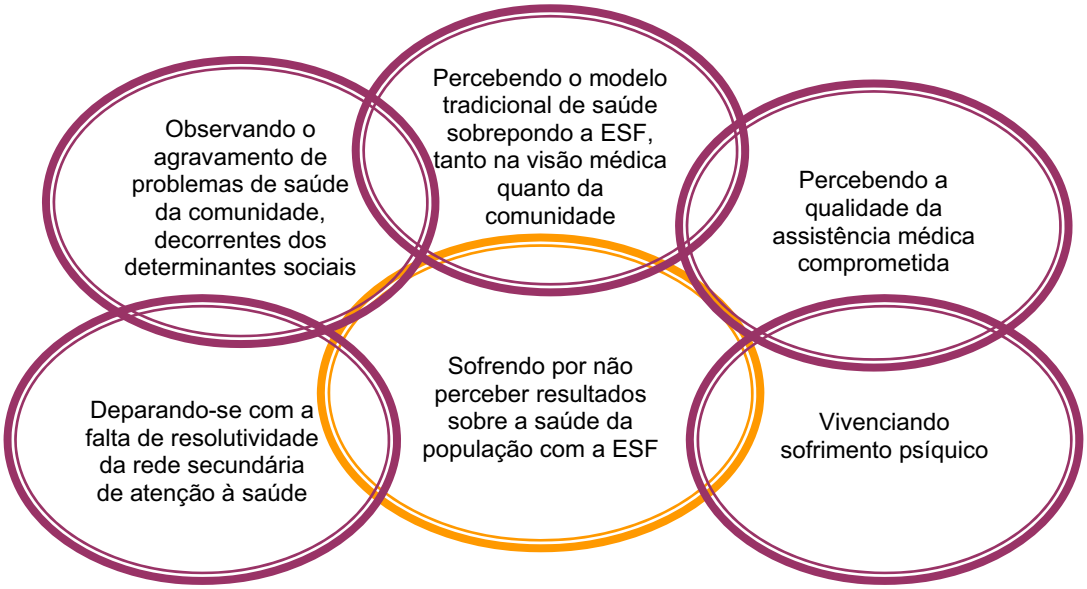

Diagrama 8. Categoria A3.2.1. Sofrendo por não perceber resultados sobre a saúde da população com a ESF: subcategorias.

Subcategoria A3.2.1.1 - Deparando-se com a falta de resolutividade da rede secundária de atenção à saúde

Significa um dos desafios de trabalhar com a ineficiência de uma rede secundária de atenção que não oferece apoio ao médico, principalmente, na formalização do diagnóstico do indivíduo, interferindo nas ações de tratamento na comunidade. A interação com a dificuldade de encaminhar e de ter retorno dessa rede limita a sua práxis. (Quadro 7)

> [...] Há o excesso de demanda. Outra coisa negativa que eu acho, às vezes, são os nossos limites. Não conseguir dar vazão para um encaminhamento, um exame de [...]. (M9.9)

> [...] e as dificuldades são não ter recursos. Não ter uma referência... não ter como ajudar o paciente. Você vê que ele realmente está sofrendo com aquilo e não tem como encaminhar e resolver o problema dele. Muitas vezes o que ele precisa é uma cirurgia, é alguma coisa mais complexa que a gente não pode resolver e vive junto com ele esse problema. (pausa) Eu acho que a maior dificuldade, o mais angustiante, é o fato de não ter uma referência [...]. (M11.11).

Subcategoria A3.2.1.2 - Observando o agravamento de problemas de saúde da comunidade, decorrentes dos determinantes sociais

Significa o sentimento de impotência do médico ao se deparar com problemas de saúde que, para a sua resolução, são interdependentes do aparelho social, em que a escassez de recursos biopsicosociais da comunidade foge à sua governabilidade. (Quadro 7)

> [...] Eu me deparei nessa carência. Não é só uma carência financeira, é uma carência global. Uma carência é de cultura, de afeto, de tudo. Então me assustei [...] Então, a gente ainda tem essa dificuldade, de fazer a população querer melhorar. Lá no bairro em que eu trabalho funciona assim: é um bairro de passagem (riso). As pessoas parecem que não vão para ficar. Não querem que aquilo desenvolva, cresça. Parece que é assim: — Ah! : — Não tenho onde ficar. — Não tenho para onde ir: — Estou aqui provisório [...]. (M4.4).

> [...] Continua tudo igual (sorriso). Eu vejo adolescentes com dezesseis, quinze anos. Outro dia, nasceu um bebezinho de uma adolescente que eu fiz o pré-natal. Ela tem dezesseis anos e é o seu segundo filho dela. Então, não tem como resolver muitas coisas que a gente acaba pegando. Não tem uma resolutividade [...]. (M11.11).

Subcategoria A3.2.1.3 - Percebendo que o modelo tradicional de saúde ainda se sobrepõe à ESF, tanto na visão médica quanto da comunidade

Representa um dos dificultadores para se operacionalizar, integralmente, o modelo ESF, centrado no modelo de trabalho em equipe, quando ainda tanto a comunidade quanto o médico encontram-se atrelados ao modelo tradicional. Este fato se configura em um dos conflitos vivenciados pelo médico em sua práxis. Esta subcategoria reúne dois elementos: reconhecendo o desafio de lidar com a mudança de modelo de saúde, percebendo a dificuldade da comunidade em reconhecer o novo modelo. (Quadro 7)

> [...] Eles estão acostumados com aquela hierarquia, o médico vem em primeiro lugar. Só com o tempo a gente aprende que não é bem assim [...]. (M3.3).

Subcategoria A3.2.1.4. Percebendo a qualidade da assistência médica comprometida

É a percepção do comprometimento da qualidade da assistência médica, decorrente de uma série de dificultadores impostos pelo Sistema, que vêm interferindo no exercício profissional pleno do médico junto à comunidade. (Quadro 7)

> [...] Às vezes, as coisas ficam centralizando demais nos médicos. Coisas que dariam para ser resolvidas por outras pessoas, por exemplo, pela enfermeira ou mesmo pela auxiliar...[...]. (M3.3).

> [...] Os atendimentos eventuais acabam sobrecarregando um pouco e diminuindo a qualidade do atendimento. Se tiver quinze eventuais para atender, terei menos tempo para os que estavam agendados. Com isso, eu diminuo a qualidade [...] (M9.9).

Subcategoria A.3.2.1.5. Vivenciando sofrimento psíquico

Decorre de estados de sofrimento relatados, como frustração, angústia, opressão, impotência, confusão e desgaste, em virtude da carência de apoio do Sistema à prática médica voltada para a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, potencializados pela carência psicossocial. (Quadro 7)

> [...] Trabalhar no P.S.F., digo assim: é colher flores todos os dias com seus espinhos, porque tem um paciente que vem bonito, mas para chegar a essa pessoa bonita, você camelou um bom tempo por um jardim cheio de espinhos, como uma coroa-de-cristo.[...]. (M5.5).

> [...] Uma paciente sequelada de AVC estava com uma lesão na axila, que qualquer antimicótico resolveria. Só que tínhamos que ficar fazendo visitas repetidas para cobrar os cuidados da família da vovozinha e não tinha ninguém que pudesse fazer isso. Ela não tomava banho e não conseguia se cuidar. Era visita médica, visita minha, visita do interno para cobrar da família o banho da mulher e passar pomada direitinho. Também, as inúmeras cartas de perícia que chegam e o paciente chora na sua frente, falando: — Ah! — Eu tenho três filhos, não tenho como alimentá-lo, não estou em condições de movimentar o meu braço. Então é uma carga, muita coisa. Às vezes não tem muito que fazer. Isso dá super angústia, te dá muita angústia [...]. (M7.7).

Categoria A3.2.2 - Rompendo o vínculo com a ESF

É o momento em que o médico começa a empreender o movimento de afastamento de sua intencionalidade de continuar ligado à ESF. Decide que esta estratégia já não faz mais parte de seu plano de vida profissional, passando-a a

provisória até o surgimento de oportunidade em outra área de interesse, quando a sua saída se materializará. (Quadro 7)

> [...] Nunca foi a minha pretensão ficar o resto da minha vida no P.S.F., mas eu sabia que queria pelo menos alguns anos de experiência [...]. (M10.10)
>
> [...] Eu pretendo prestar residência em cirurgia [...]. (M7.7).
>
> [...] Na verdade, eu não sabia se iria trabalha nisso (P.S.F.). Foi uma curiosidade [...]. (M4.4).

6.1.2 Descobrindo a Categoria Central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os três fenômenos: sendo uma experiência difícil; sentindo-se acolhido pela equipe, no desafio de vir a ser médico de família, desprovido de capacitação formal; vivenciando encontros e desencontros com a práxis médica na ESF, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias, subcategorias e elementos). Esta estratégia nos permitiu identificar as categorias e subcategorias chave, que evidenciassem o movimento do médico na experiência.

A contento, o processo que leva o médico a estreitar o seu vínculo com a comunidade e equipe, fortalecendo-o no enfrentamento das adversidades impostas junto à ESF, é alimentado pelo estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade, decorrente da percepção do reconhecimento de seu trabalho pelo usuário. Fatos que levam o profissional a resignificar sua práxis, fundamentada na integralidade como um novo paradigma de fazer saúde. Entretanto, quando o médico passa a vivenciar sofrimento psíquico, ao perceber a qualidade de sua assistência comprometida, pela falta de resolutividade da rede secundária de atenção à saúde e da rede social, fica evidente o seu descontentamento em continuar exercendo sua profissão junto à ESF, suscetibilizando-o ao abandono. Para tanto, intitulamos a categoria central, como: **ENTRE O DECLÍNIO E O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO MÉDICO-ESF: A RECIPROCIDADE MÉDICO-EQUIPE-COMUNIDADE COMO COMPONENTE INTERVENIENTE NA RESIGNIFICAÇÃO DA PRÁXIS**.

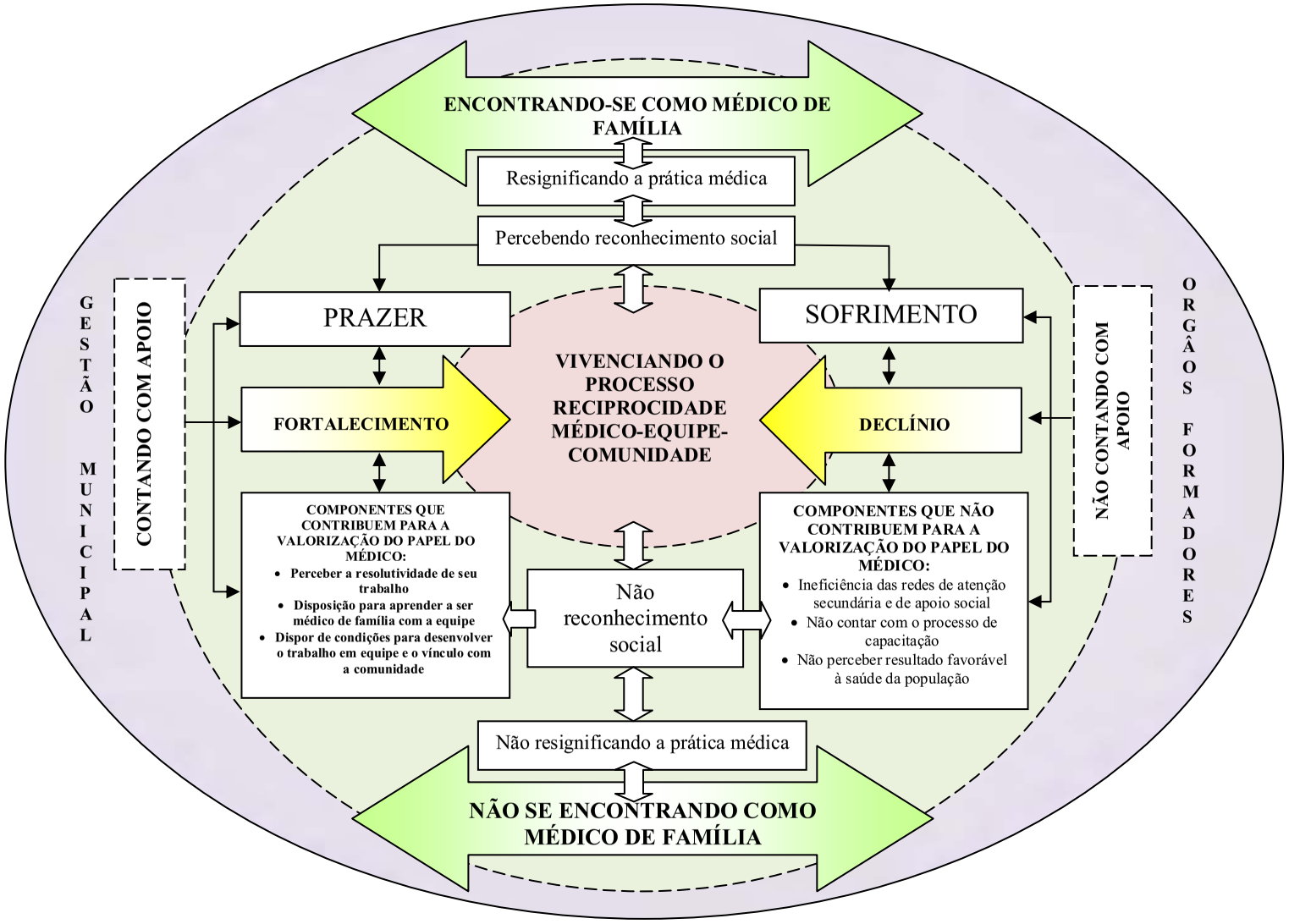

Figura 3 - Categoria central M. Entre o declínio e o fortalecimento do vínculo médico-ESF: a reciprocidade médico-comunidade como componente interveniente na resignificação da práxis.

6.2 EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO NO TRABALHO NA ESF

6.2.1 Fenômenos Identificados

Fenômeno B1 - Entusiasmando-se pela ESF como oportunidade de tornar reconhecido o exercício profissional do enfermeiro, na operacionalização do cuidado integral

Significa o momento em que o enfermeiro realiza a escolha da ESF como campo de exercício da profissão, mediante a possibilidade de oferecer uma assistência integral ao ser humano e do exercício da autonomia profissional. Este fenômeno compreende cinco temas: percebendo a ESF como uma oportunidade de oferecer cuidado integral à família, reconhecendo a ESF como possibilidade real de exercer a profissão com autonomia, compreendendo o modelo ESF como oportunidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade, optando pelo exercício profissional da Enfermagem na ESF ao invés do cenário hospitalar, mantendo-se motivando com o exercício da enfermagem na ESF mediante reconhecimento na comunidade (Diagrama 9).

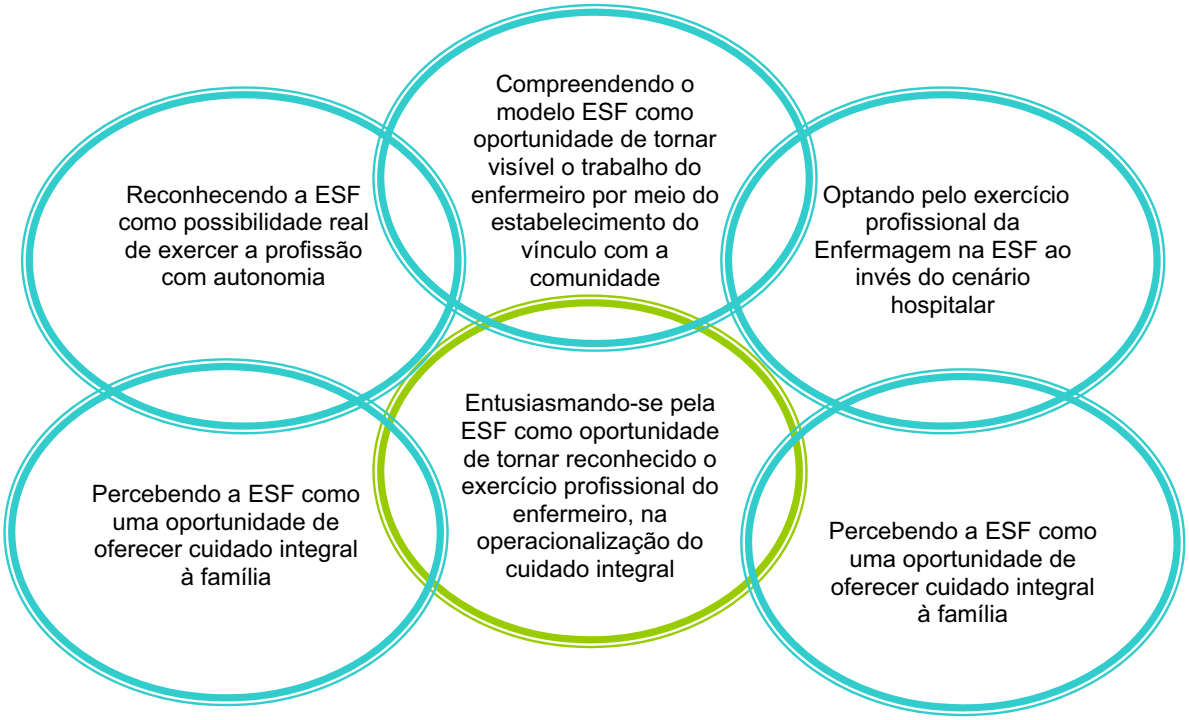

Diagrama 9 – Fenômeno B1. Entusiasmando-se pela ESF como oportunidade de tornar reconhecido o exercício profissional do enfermeiro, na operacionalização do cuidado integral: temas.

Tema B1.1 - Percebendo a ESF como uma oportunidade de oferecer cuidado integral à família

Retrata o momento em que o enfermeiro descobre na ESF uma oportunidade de operacionalizar em sua práxis o cuidado integral à família, materializado na consulta de enfermagem, possibilitando ao mesmo aprofundar sua compreensão acerca do indivíduo e sua família, dando um melhor direcionamento na resolução de seus problemas, de caráter preventivo ou não, traduzindo nessa prática os princípios do SUS (Quadro 8).

> [...] Olha, a experiência de trabalho na Saúde da Família para mim tem sido muito boa, porque, em primeiro lugar, eu acredito no SUS. Eu vejo na Estratégia de Saúde da Família uma possibilidade de traduzir na prática, de contextualizar as propostas do SUS [...]. (E1.1).

> [...] Além de estar fazendo as consultas, orientando, ajudando as pessoas naqueles problemas atuais que elas têm, a gente pode estar ajudando a prevenir, como é ter saúde, é... como organizar melhor a sua vida, a gente tem a oportunidade de estar lidando com a família [...].(E3.11).

Tema B1.2 - Reconhecendo a ESF como possibilidade real de exercer a profissão com autonomia

Significa o reconhecimento do trabalho do enfermeiro na ESF como legítima oportunidade para o exercício da autonomia profissional, quando comparado ao hospital, que não tem favorecido essa prática (Quadro 9).

> [...] De uma forma geral o que é bom é que a gente tem bastante governabilidade dentro da Unidade da Saúde da Família. Diferente de um hospital que trabalhei [...]. No hospital você tem regras estabelecidas, que você tem que trabalhar isso em conjunto pra mudar as regras, e numa dimensão muito grande que, às vezes, o processo de trabalho seja um pouco mais lento, em longo prazo. E então, eu, enquanto enfermeira consigo gerenciar isso na minha equipe, embora a gente tenha algumas propostas da Secretaria, como a forma de trabalhar, a maneira como a gente vai ofertar nosso serviço depende muito da equipe e eu consigo gerenciar isso [...]. (E1.4).

> [...] Tudo aquilo que a gente vê na graduação, é bastante teórico, em alguns locais a gente não consegue desenvolver totalmente o potencial de enfermeira. No Programa de Saúde da Família a gente consegue tá desenvolvendo tudo isso.[...]. (E3.10)

Tema B1.3 - Reconhecendo o modelo ESF como oportunidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade

Permite o estabelecimento de um relacionamento comunidade-enfermeiro próximo, de compromissos, responsabilidades, e tornando visível a atuação do enfermeiro junto à comunidade (Quadro 10).

> [...] Eu que já estou aqui nesta cidade há quatro anos, acabo conhecendo o tio, primo, cunhado, irmão e é quando você tem um vínculo muito grande por essa família. [...]. (E4.12)

> [...] Foi gratificante poder atender a população e porque P.S.F de lá era bem estruturado. Não que aqui não seja. Aqui eu tenho só dois meses de experiência, mas lá o P.S.F. era muito bem estruturado, as pessoas tinham consciência de cada atendimento, sabia o que era passar por enfermeira, a importância do meu trabalho [...]. (E8.24)

Tema B1.4 - Optando pelo exercício profissional da Enfermagem na ESF ao invés do cenário hospitalar

Significa a razão da escolha da ESF como campo de trabalho, vislumbrando a oportunidade de exercer sua profissão norteada no trabalho em equipe, em que o processo decisório é compartilhado com o médico e não centralizado na figura do mesmo, como acontece no cenário hospitalar (Quadro 11).

> [...] Bom, eu estou no Programa de Saúde da Família por opção. Então, significa pra mim uma atitude profissional da minha parte. Eu trabalhei por muito tempo na área hospitalar, daí, eu conheci o PSF numa primeira experiência que eu tive num município menor, e foi lá que eu me apaixonei pela proposta. Esse envolvimento, essa articulação, esse envolvimento do enfermeiro com o médico, isso me cativou profundamente, porque a experiência que eu tinha anteriormente era assim de um profissional enfermeiro que só respondia ao que lhe era questionado e o profissional médico que, sem envolvimento com o paciente, onde as coisas eram de forma de cima prá baixo, digamos assim, e nesse programa não, eu percebo assim que tem um envolvimento de ambos os profissionais e que tem que existir uma cooperação [...]. (E6.19)

> [...] Foi tudo muito novo naquele momento, aquelas descobertas, a montagem do posto, desde: essa sala vai ser coleta, essa sala vai ser vacina, aqui vai uma mesa, aqui vai uma cadeira, então, assim, foi um momento de muito crescimento. E uma coisa assim, muito legal mesmo, aquele começo né! E aí você vai atendendo, tendo contatos com a comunidade, a gente vê o quanto que isso é rico. [...]. (E5.14)

Tema B1.5 – Mantendo-se motivado com o exercício da enfermagem na ESF mediante reconhecimento da comunidade

Significa o processo que desperta e mantém o enfermeiro entusiasmado com seu exercício profissional junto à Estratégia Saúde da Família, materializado na realização da consulta de enfermagem e atividades preventivas com a população, validando a razão de ser, tanto da Estratégia, quanto do seu exercício profissional. Isto é a capacidade (potência) de intervir no processo saúde-doença, tanto individualmente quanto coletivamente, com autonomia e resolutividade, condição que contribui para a sua valorização social, melhorando a sua autoestima. Este tema reúne duas categorias: sentindo satisfação ao ver reconhecido o papel do enfermeiro pela comunidade, mantendo-se entusiasmado com o exercício da Enfermagem na ESF. (Diagrama 10) (Quadro 12)

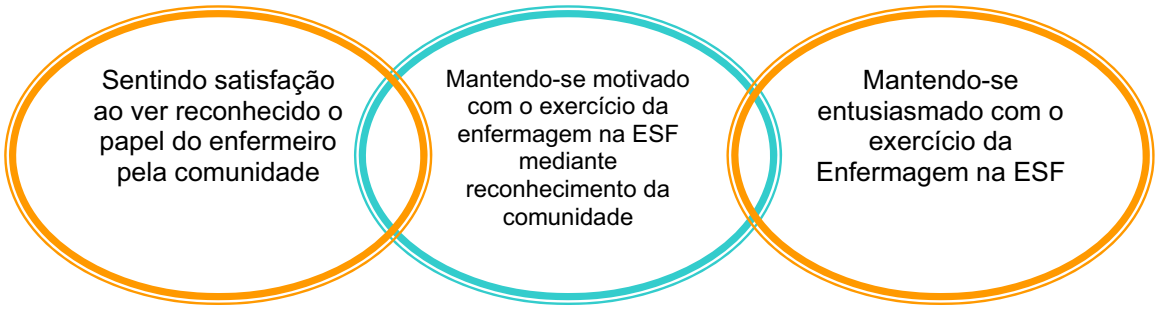

Diagrama 10 – Tema B1.5. Mantendo-se motivado com o exercício da enfermagem na ESF mediante reconhecimento da comunidade: categorias.

Categoria B1.5.1 - Sentindo satisfação ao ver reconhecido o papel do enfermeiro pela comunidade

É o prazer advindo da realização de ver reconhecido o seu trabalho pela comunidade, mediante o retorno positivo do impacto de suas intervenções. (Quadro 12).

> [...] As pessoas tinham consciência de cada atendimento, sabiam o que era passar por enfermeira. O meu trabalho lá era muito valorizado em relação a isso, como enfermeira. As pessoas pediam para passar comigo, a coleta de papa, assim, eu aprendi muito em relação a isso [...]. (E8.24).

> [...] então, muitas vezes, a gente vê as pessoas voltarem e darem o retorno e falando: ah! - nossa!, aquilo que você falou pro meu filho foi tão bom, deu certo. Eu acho que a gente tem essa oportunidade de estar entrando realmente na família, no desenrolar da situação familiar e estar procurando

> ajudar na medida do possível, e com isso a gente sempre tem um retorno, geralmente é bom! [...]. (E3. 11).

Categoria B1.5.2 - Mantendo-se entusiasmado mediante reconhecimento social acerca do exercício da Enfermagem na ESF

Significa o catalisador representado pelo reconhecimento da comunidade do exercício do papel do enfermeiro, que potencializa e o mantém em movimento no processo de (re)construção do modelo ESF (Quadro 12).

> [...] Eu me sinto bastante realizada, porque além de fazer as consultas e orientações, estou ajudando as pessoas naqueles problemas atuais que elas têm. A gente pode ajudar a prevenir, a ter saúde [...]. A gente tem a oportunidade de lidar com a família, atuando não só no indivíduo, como na família. Então, eu acho que a gente tem essa oportunidade de estar entrando, realmente, na família, no desenrolar da situação familiar e ajudando na medida do possível. Com isso a gente sempre tem um retorno, que geralmente é bom. Quando a pessoa se abre realmente [...] e busca [...] uma ajuda e conseguimos dar um apoio, eu acho que isso [...] valoriza [...]. É por tudo isso que eu me sinto muito realizada no Programa Saúde da Família [...]. (E3-10)

> [...] Foi gratificante poder atender a população e porque lá o PSF era bem estruturado [...] as pessoas tinham consciência de cada atendimento, sabia o que era passar por enfermeira [...]. (E8.24)

Fenômeno B2 - Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF que não promove reconhecimento do exercício profissional e social do enfermeiro diante da falta de apoio da gestão

Trata-se de um sentimento que desestimula o enfermeiro na construção de um novo modelo de trabalho que não promove reconhecimento frente à equipe e comunidade, corroborado mediante a falta de reconhecimento do exercício profissional e social por parte do gestor**.** Este fenômeno agrupa cinco temas: sendo um desafio difícil a construção do modelo ESF, não contanto com o apoio do gestor ao exercício do papel do enfermeiro coordenador da equipe da ESF, sentindo-se limitado em coordenar a equipe multiprofissional e assistir à comunidade, defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade no modelo ESF, entrando em processo de sofrimento psíquico. (Diagrama 11)

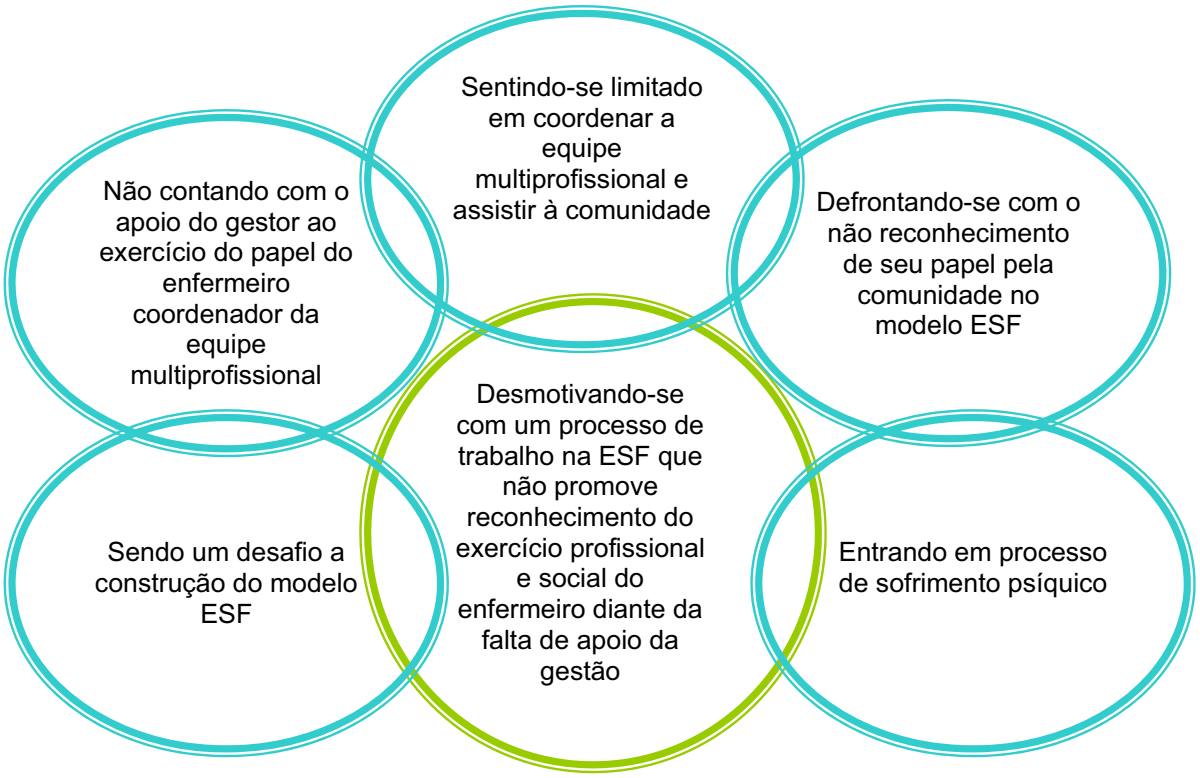

Diagrama 11 – Fenômeno B2 - Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF que não promove reconhecimento do exercício profissional e social do enfermeiro diante da falta de apoio da gestão: temas.

Tema B2.1 - Sendo um desafio a construção do modelo ESF

Trata-se dos desafios enfrentados pelo enfermeiro da ESF em seu processo de trabalho mediante cenários dificultadores que são apreendidos apenas no decorrer da vivência do seu cotidiano, considerando-os complicado, exigindo a interface de múltiplas relações entre a equipe e a comunidade (Quadro 13).

> [...] Eu acho que minha equipe não é Saúde da Família. Uma das equipes resolveu que o atendimento eventual tem que ser feito numa folhinha, atendido rapidinho, na salinha de acolhimento. Então parece um pronto socorro, a pessoa chega, pega uma folhinha, vai lá e é atendido rapidamente na sua queixa e então eu acho que isso tá descaracterizando Saúde da Família. Então, um atende adulto, outro médico atende crianças e a enfermeira atende gineco. Eu então to vendo assim, estou tentando enxergar qual que esta sendo a diferença de uma UBS? Porque a pessoa chega e: − ah! Quero passar por um gineco, é com a enfermeira, ah! Não sei o que, é Criança, é o médico tal... ah! Não, é adulto... Ah é adulto, é criança? Então, não é comigo, é com ele. Então... eu acho que esta muito descaracterizado. [...]. (E5.14)

> [...] Trabalho há um ano e meio na Saúde da Família. Já fiz residência, entrei em contato com a Saúde da Família logo que eu me formei. Para mim é um trabalho difícil, trabalhar com uma equipe multiprofissional, complexo. São ações complexas interagir com outro, respeitar o limite do outro é difícil,

> não é um difícil que seja ruim né, mas complexo. Trabalhar com paciente, com cidadão, também é difícil. [...]. (E2.6)

Tema B2.2 – Percebendo a invisibilidade do exercício profissional do enfermeiro relacionada ao desconhecimento do trabalho e a falta de apoio pelo nível central

Trata-se da compreensão pelo enfermeiro da invisibilidade de seu exercício profissional mediante a atitude opressora e não apoiadora acerca do processo avaliativo instituído pelo nível central da ESF, que desconsidera a dimensão qualitativa peculiar ao seu trabalho (Quadro 14).

> [...] Assim, é...faltam alguns recursos, às vezes falta apoio da Secretaria pra muitas coisas que a gente precisa estar fazendo. É, são muitas coisas assim, que no dia-a-dia, a gente acaba enfrentando. Até problema com paciente. [...]. (E7.22)

> [...] Às vezes eu me sinto impotente pelo tempo, o processo de medicações que ficam, às vezes, atrasado, porque eu não tive tempo de dar andamento na parte gerencial administrativa. Às vezes, a cobrança por parte da Secretaria de Saúde vem numa forma um pouco hostil, eu acredito que eles desconhecem mesmo o processo de trabalho diário nas unidades [...]. (E1.5)

> [...] A gente tá tão massificado, tá tão massante, tão sendo cobrado, querem números, números e números, produção, não vê a qualidade do nosso serviço, toda abordagem que a gente faz, não importa se eu atendi um paciente, se eu demorei duas horas e eu fiz todo um trabalho de abordagem, eu trabalhei relações familiares sociais, ou se eu atendi vinte na mesma manhã, e se não teve abordagem assim, que não foi ter resolutividade, foi imediatista e, então, eu acho que falta muito ver a qualidade do nosso serviço, eu sinto [...]. (E2.9).

Tema B2.3 - Sentindo-se limitado em coordenar a equipe multiprofissional e assistir à comunidade

Trata-se de um sentimento que emerge das limitações impostas ao enfermeiro, decorrrentes da sobrecarga atribuída pelo processo de trabalho da ESF frente a sua equipe e à comunidade e das dificuldades encontradas diante da falta de uma rede de apoio diagnóstica e social. Este tema abraça duas categorias: sentindo-se impotente em coordenar a equipe multiprofissional da ESF, sentindo-se impotente na resolução de problemas da comunidade diante da ineficiência das redes de apoio secundária e social. (Diagrama 12) (Quadro 15).

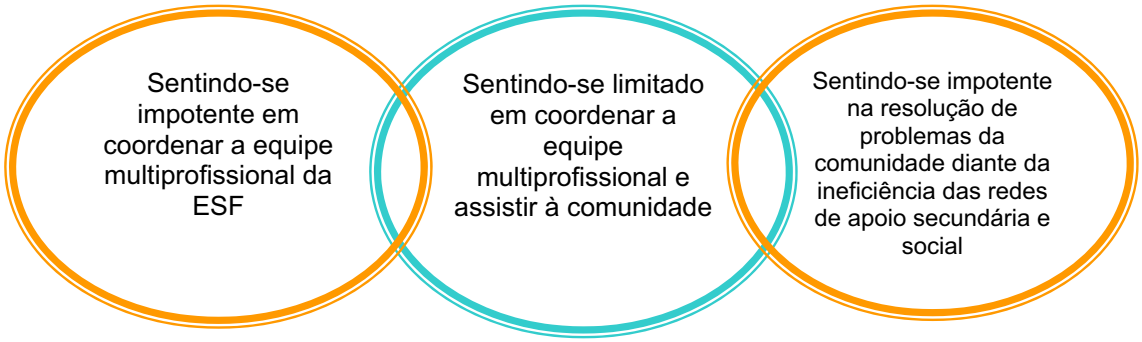

Diagrama 12 – Tema B2.3 - Sentindo-se limitado em coordenar a equipe multiprofissional e assistir à comunidade: categorias. Q.16.

Categoria B2.3.1 - Sentindo-se impotente em coordenar a equipe multiprofissional da ESF

Sentimento emerso da impossibilidade de operacionalizar a coordenação da Unidade Saúde da Família (USF) como uma estratégia motivadora da equipe da ESF, em face de um processo de trabalho sobrecarregado, que não proporciona espaços formais para que os membros da equipe possam construir seu trabalho. Esta categoria agrupa duas subcategorias: sendo um desafio construir a partir da práxis uma modalidade de assistência baseada no trabalho em equipe, sentindo-se impotente em construir o trabalho em equipe por meio da gestão participativa mediante a sobrecarga gerada por uma práxis centrado no enfermeiro. (Quadro 15) (Diagrama 13).

Diagrama 13 – Categoria B2.3.1 - Sentindo-se impotente em coordenar a equipe multiprofissional da ESF:subcategorias.

Subcategoria B2.3.1.1 - Sendo um desafio construir a partir da práxis uma modalidade de assistência baseada no trabalho em equipe

Expressa a tarefa difícil de construir a ESF, tendo como pressuposto o trabalho em equipe, uma vez que essa competência se constitui no próprio campo da práxis, ao longo dos tempos. Modalidade esta que envolve não só os membros da equipe, mas a comunidade (Quadro 15).

> [...] Trabalhar em equipe é difícil, é muito difícil. Aliás, ultimamente estou achando que é uma coisa quase impossível [...]. (E2.8).

> Quando estão as duas equipes, são muitas cabeças. Então é muito difícil chegar num consenso e as pessoas têm opiniões pessoais e o outro grupo chegou em outra. Então, quer pular fora, ela não quer respeitar a posição do grupo [...]. (E4.16).

Subcategoria B2.3.1.2 - Sentindo-se impotente em construir o trabalho em equipe, por meio da gestão participativa, diante da sobrecarga gerada por uma práxis centrada no enfermeiro

Sentimento emerso da impossibilidade de operacionalizar a gestão participativa como uma estratégia motivadora da equipe da ESF, em face de um processo de trabalho sobrecarregado, que não proporciona espaços formais para que os membros da equipe possam construir seu trabalho (Quadro 15).

> [...] eu procuro trabalhar com toda a equipe numa forma bem aberta, participativa. [...] Nós trabalhamos com uma equipe mínima, que tem que fazer todo o processo de provisão de material, de dispensação, de alimentação de sistemas de informação [...] A gente nunca tem um tempo que não tem nada o que fazer, sempre tem alguma coisa da parte assistencial, terminou agenda ou você tem que tá vendo todo mundo da equipe. A gente faz bastante a parte administrativa também [...]. O desafio é mantê-los motivados. [...]. (E1.1)

> [...] acaba que a gente divide a demanda com os médicos, e a gente, enquanto enfermeira de uma unidade da Saúde da Família tem a parte assistencial e também a administrativa. Aí a gente fica no fogo cruzado porque a unidade que eu administro tem três mil quinhentos pessoas, cem por cento SUS dependente. [...]. (E1.2)

Categoria B2.3.2 - Sentindo-se impotente na resolução de problemas da comunidade diante da ineficiência das redes de apoio secundária e social

É o sentimento decorrente da falta de uma rede secundária de apoio diagnóstico e de apoio social organizada no município que atenda as necessidades sociais e de encaminhamentos da comunidade, gerando uma demanda de problemas ao enfermeiro. Esta categoria compreende duas subcategorias: defrontando-se com a não resolutividade da rede secundária de atenção à saúde, despertando sentimento de impotência na ausência de uma rede de apoio social organizada no município. (Quadro 15) (Diagrama 14)

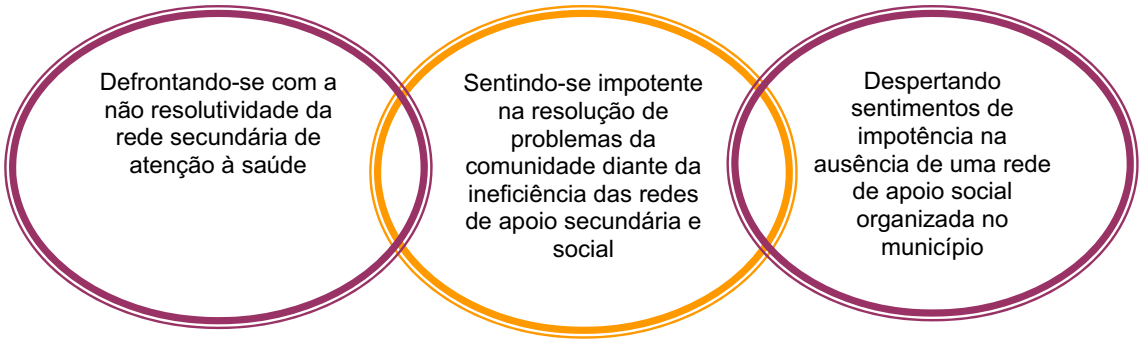

Diagrama 14 – Categoria B2.3.2 - Sentindo-se impotente na resolução de problemas da comunidade diante da ineficiência das redes de apoio secundária e social: subcategorias.

.

Subcategoria B2.3.2.1 - Defrontando-se com a não resolutividade da rede secundária de atenção à saúde

Significa um componente desestimulador no processo de trabalho do enfermeiro, ao se perceber impotente perante as dificuldades de resolutividade do problema de saúde do indivíduo mediante encaminhamento para outros níveis de atenção (Quadro 15).

> [...] eu acho que a gente ainda não [...] conseguiu atingir a meta de 80% de resolutividade [...]. Nós somos a porta de entrada do Serviço [...], mas passamos por dificuldades em encaminhar a outros níveis de atenção, como o secundário. Nós não temos um serviço secundário, então muitas das coisas acabam ficando sem resolução na esfera da atenção primária, que somos nós. Eu acredito que [...] tenho uma equipe que é bastante capaz e competente. [...]. (E1.1).

Subcategoria B2.3.2.2. Despertando sentimentos de impotência na ausência de uma rede de apoio social organizada no município

Sentimento que emerge da impossibilidade de resolver problemas de ordem social, cultural, educacional, econômica que interferem no processo saúde-doença por falta de uma rede de apoio social no município (Quadro 15).

> [...] Olha, eu acho que dificuldade é que muitas vezes a gente quer ajudar a família e a gente entra num contexto que foge ao que a gente pode estar fazendo, principalmente em relação ao contexto social. São coisas que aí a gente esbarra porque a rede não é interligada. Então a saúde é muito difícil porque não se interliga com o Serviço Social, com outras partes da rede, então, eu acho que isso dificulta bastante e deixa a gente bastante triste [...]. (E3.11).

> [...] são ações complexas interagir com outro, respeitar o limite do outro é difícil. Não é um difícil que seja ruim né, mas complexo. Trabalhar com paciente, com cidadão também é difícil [...]. (E2.7).

Tema B2.4 – Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade

Significa o processo com que o enfermeiro da ESF se defronta em seu exercício profissional junto à comunidade, materializado no não reconhecimento da consulta de enfermagem e atividades preventivas. Ademais, sente-se desgastado ao ter que gerir conflitos junto à mesma e sua equipe, bem como se sente confuso frente a tantos papéis que o modelo ESF impõe, condição que contribui para não valorização social de seu trabalho. Este tema abarca quatro categorias: lidando com a insatisfação da comunidade mediante transição de modelo assistencial, defrontando-se com o não reconhecimento da comunidade da consulta de enfermagem, sentindo-se desgastado ao ter que gerir conflitos comunidade-equipe relativos à demora no atendimento da demanda; sentindo-se confuso acerca do exercício de seu papel mediante as diversas frentes de ação. (Quadro 16). (Diagrama 15)

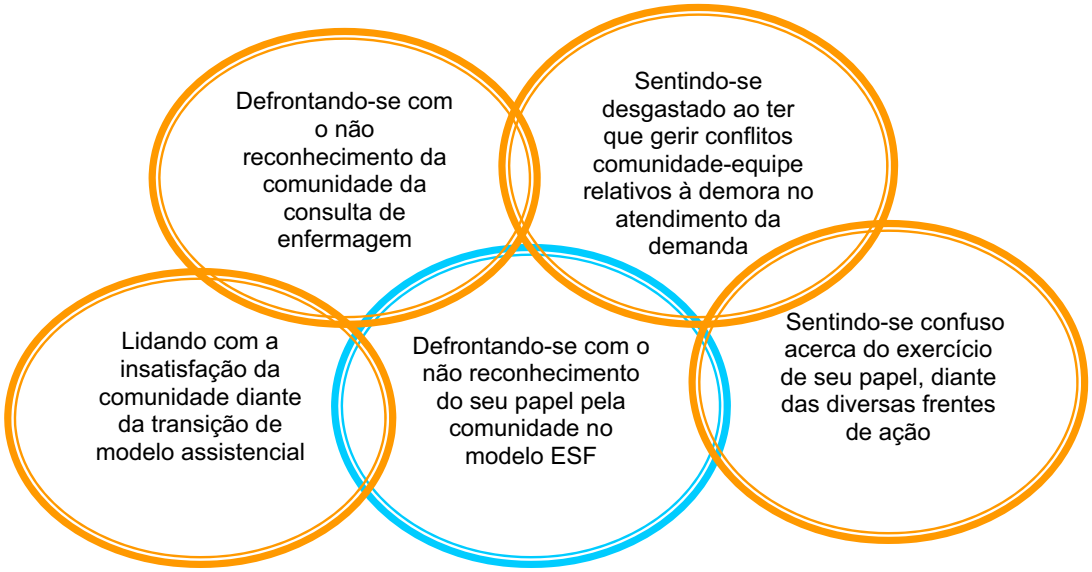

Diagrama 15 – Tema B2.4 - Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade no modelo ESF: categorias.

Categoria B2.4.1 - Lidando com a insatisfação da comunidade diante da transição de modelo assistencial

Trata-se do descontentamento da comunidade decorrente da falta de orientação em relação à mudança do modelo assistencial em saúde, em que o modelo ESF trabalha com uma equipe mínima, diferente do modelo tradicional que contempla uma equipe de trabalho maior. Dessa forma, ressente-se da falta de médicos e precisa de tempo para compreender o modelo ESF. (Quadro 16)

> [...] Por exemplo, eu trabalho numa unidade que era uma UBS e que depois de um ano ela volta totalmente diferente, então com profissionais diferentes, com um modelo de assistência diferente, com tudo diferente. Então, a população tava acostumada com aquele jeito de assistência. Com médico pediatra, com ginecologista, com todo aquele aparato de profissionais e chega lá e só tem um médico e uma enfermeira [...]. (E7.22)

> [...] Nós trabalhamos com uma equipe mínima e que tem que fazer todo o processo de provisão de material, de dispensação, de alimentação de sistemas de informação e todo mundo fica sobrecarregado. Principalmente em tempos em que o nível de satisfação da população cai. [...] Troca um médico da unidade a população já fica mais receosa, não aceita o agente comunitário, então, a gente tem que trabalhar em todos os níveis né! [...]. (E1.4)

Categoria B2.4.2 – Defrontando-se com o não reconhecimento da comunidade da consulta de enfermagem

Significa que a população desconhece a consulta de enfermagem, gerando dificuldades em sua práxis, pois historicamente a enfermeira não é reconhecida realizando consultas de enfermagem. (Quadro 16)

> [...] Por exemplo, eu trabalho numa unidade que era uma UBS e que ela ficou fechada um ano. Depois de um ano ela volta totalmente diferente, então com profissionais diferentes, com [...] modelo de assistência diferente, com aquele aparato de profissionais. Chega lá, tem um médico e uma enfermeira: a enfermeira atendendo! Que é Isso? Que negócio estranho é esse? E é isso que a gente é até hoje, é uma coisa que a gente enfrenta que é muito difícil lá na minha unidade. Então a gente escuta: antes tinha médico, agora tem enfermeira! Ah! Quero agendar consulta!. A gente conta a história para a pessoa. Paciente consulta com enfermeira, Ah! Com enfermeira eu não quero, a enfermeira não é médico! Que ela vai me resolve?!. Ela não vai resolver minha situação!. Então, são coisas que você se depara todo dia [...]. (E7.22)

> [...] Então, ao mesmo tempo em que tinha que estar segura pra treinar, eu também, no fundo, tinha muitas inseguranças [...]. A elaboração do protocolo, nunca tinha sido uma enfermeira atendente prescritora, então, foi assim, tudo muito novo naquele momento. [...]. (E5.14)

Categoria B2.4. 3 - Sentindo-se desgastado ao ter que gerir conflitos comunidade-equipe relativos à demora no atendimento da demanda

Trata-se de um sentimento que enfraquece o enfermeiro da ESF ao defrontar-se com um processo de trabalho conflituoso entre a equipe multiprofissional e a comunidade em decorrência de atrasos no atendimento da demanda, que ainda não compreende esse novo modelo (Quadro 16).

> [...] a gente procura atender os agendados nos horários, mas tem até os eventuais e a gente procura fazer assim: das sete e meia às nove atendemos as consultas extras, os eventuais, as pessoas que tem alguma dor, alguma necessidade urgente. A partir disso, a consulta agendada. Então, se o número de eventuais acaba sendo bastante grande ou uma demanda que precisa de maior atenção acaba atrasando as consultas agendadas, e isso às vezes gera, na maioria das vezes, conflito. [...]. (E1.4)

> [...] Tem a equipe de enfermagem pra gente atender e acaba que, eu e o médico ficamos trancados no consultório atendendo, e a gente tem que gerenciar os conflitos com a população também, ficando a espera de mais de uma hora pra atender cada cliente que chega. [...]. (E1.4)

Categoria B2.4.4 - Sentindo-se confuso acerca do exercício de seu papel, mediante as diversas frentes de ação

Decorre da sobrecarga imposta pelo trabalho, gerando perda da clareza de seu papel junto a ESF, perante a multiplicidade de ações realizadas concomitantemente, sendo muitas delas não pertencentes ao seu escopo profissional, a exemplo do psicólogo, assistente social, entre outros. (Quadro 16)

> [...] Mesmo não só do meu lado, mas meu lado de psicólogo, etc. Você acaba sendo um pouquinho de cada coisa. Mas esse é o lado frustrante, eu acho que é isso [...]. (E4.12)

> Eu já fui muito apaixonada por Saúde da Família e hoje eu tenho mais o pé no chão, pra não me frustrar eu acho que eu dou uma desacelerada, assim, não tenho aquela angústia de ter que resolver os problemas do mundo, mas aí eu me pergunto que eu também não posso perder isso, porque senão, que profissional que eu vou ser? [...]. (E2.10)

Tema B2.5 – Sofrendo a desilusão com o processo de trabalho empreendido na ESF no município

Significa o sofrimento moral e a amargura externada mediante a perda da esperança e descrença na possibilidade de operacionalizar um sonho idealizado: o cuidado integral na ESF. Este se transforma em ilusão, imbuindo o profissional de angústia com um processo de trabalho que não se materializa na prática. Este tema agrupa duas categorias: sentindo-se frustrado ao descobrir que o ideal de cuidado integral se tornou uma ilusão na ESF, entrando em processo de sofrimento psíquico. (Quadro 17) (Diagrama 16)

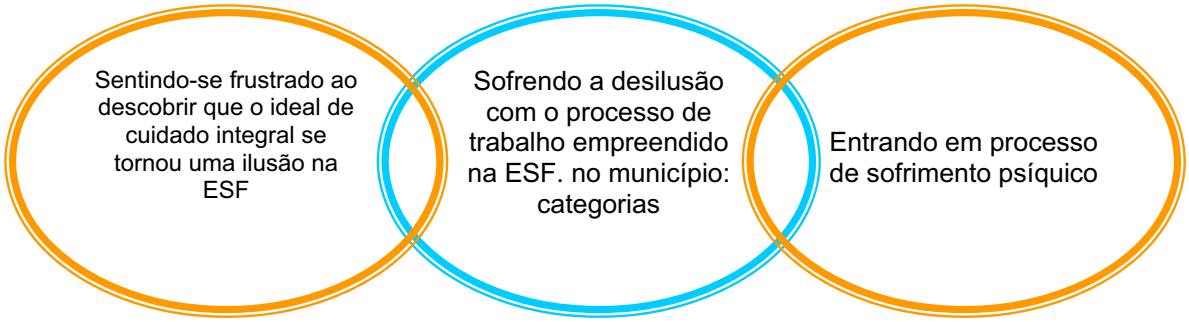

Diagrama 16 – Tema B2.5 - Sofrendo a desilusão com o processo de trabalho empreendido na ESF. no município: categorias.

Categoria B2.5.1 - Sentindo-se frustrado ao descobrir que o ideal de cuidado integral se tornou uma ilusão na ESF

Sentimento desperto mediante a percepção de que o modelo idealizado da ESF não se configura na prática, desvelando ao enfermeiro que a motivação que o mobilizou para a escolha desse campo de exercício profissional amparado no princípio do cuidado integral do ser humano não se materializou (Quadro 17).

> [...] às vezes eu me sinto impotente pelo tempo e o processo de medicações que ficam, às vezes, atrasados, porque eu não tive tempo de dar andamento na parte gerencial administrativa [...]. (E1.5)

> [...] Você acaba se frustrando quando você não aborda só a doença né? Quando você aborda o ser todo, a totalidade do ser humano [...]. (E2.8)

Categoria B2.5.2 - Entrando em processo de sofrimento psíquico

Configura a dor moral mediante a decepção e a desilusão com a construção do modelo da ESF, verbalizada em: tristeza, angústia e sofrimento com o processo de trabalho. (Quadro 17)

> [...] tive dificuldades no caminho, isto é, depois que tava solidificada numa equipe, ser transferida prá outra equipe, pegar uma realidade só rural, com conflitos em relação a uma unidade urbana. Foi um momento assim, muito pesado na minha vida, de vontade de desistir. Realmente era essa a vontade que eu tinha, de desistir, porque eu não conseguia interagir com a equipe, por mais que a gente tentasse, faltavam recursos, inclusive pra atendimento na zona rural. [...]. (E5.15)

> [...] Como é que você atende sem água, sem banheiro. Então, além desse conflito da falta de recursos, o conflito pessoal mesmo, na unidade. Foram momentos assim de sofrimento pra mim [...]. (E5.15)

6.2.2 Descobrindo a Categoria Central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: entusiasmando-se pela ESF como oportunidade de se tornar reconhecido o exercício profissional do enfermeiro na operacionalização do cuidado integral; desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF que não promove reconhecimento do exercício profissional e social do enfermeiro, mediante falta de apoio da gestão, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias e

subcategorias). Esta estratégia nos permitiu identificar as categorias e subcategorias chave que evidenciassem o movimento do enfermeiro na experiência de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O processo que leva o enfermeiro a entusiasmar-se pelo trabalho na ESF é a possibilidade de operacionalizar a consulta de enfermagem materializada no cuidado integral à comunidade como forma de tornar reconhecido seu exercício profissional. Para tanto, abandona a prática hospitalar e reconhece na ESF o modelo possível para tornar-se visível por meio do estabelecimento de vínculos com a equipe e comunidade. Entretanto, quando passa a vivenciar o novo modelo, sente-se limitada ao perceber o desafio de (re)construí-lo, ao deparar-se com a falta de apoio e reconhecimento do gestor em relação à qualidade de sua práxis, com o não reconhecimento da comunidade em relação à consulta de enfermagem e com a sobrecarga de trabalho aliada à falta de tempo para coordenar o processo de trabalho. Perante tantos desafios e dificuldades sente-se frustrado, entrando em sofrimento psíquico, ao descobrir que o ideal do cuidado integral tornou-se uma ilusão, tornando-se, dessa forma, invisível para comunidade-equipe-gestor.

Para tanto, intitulamos a categoria central, como: **DO ENTUSIASMO À DESMOTIVAÇÃO: O APOIO DA GESTÃO MUNICIPAL NA MATERIALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DA VISIBILIDADE DO ENFERMEIRO**.

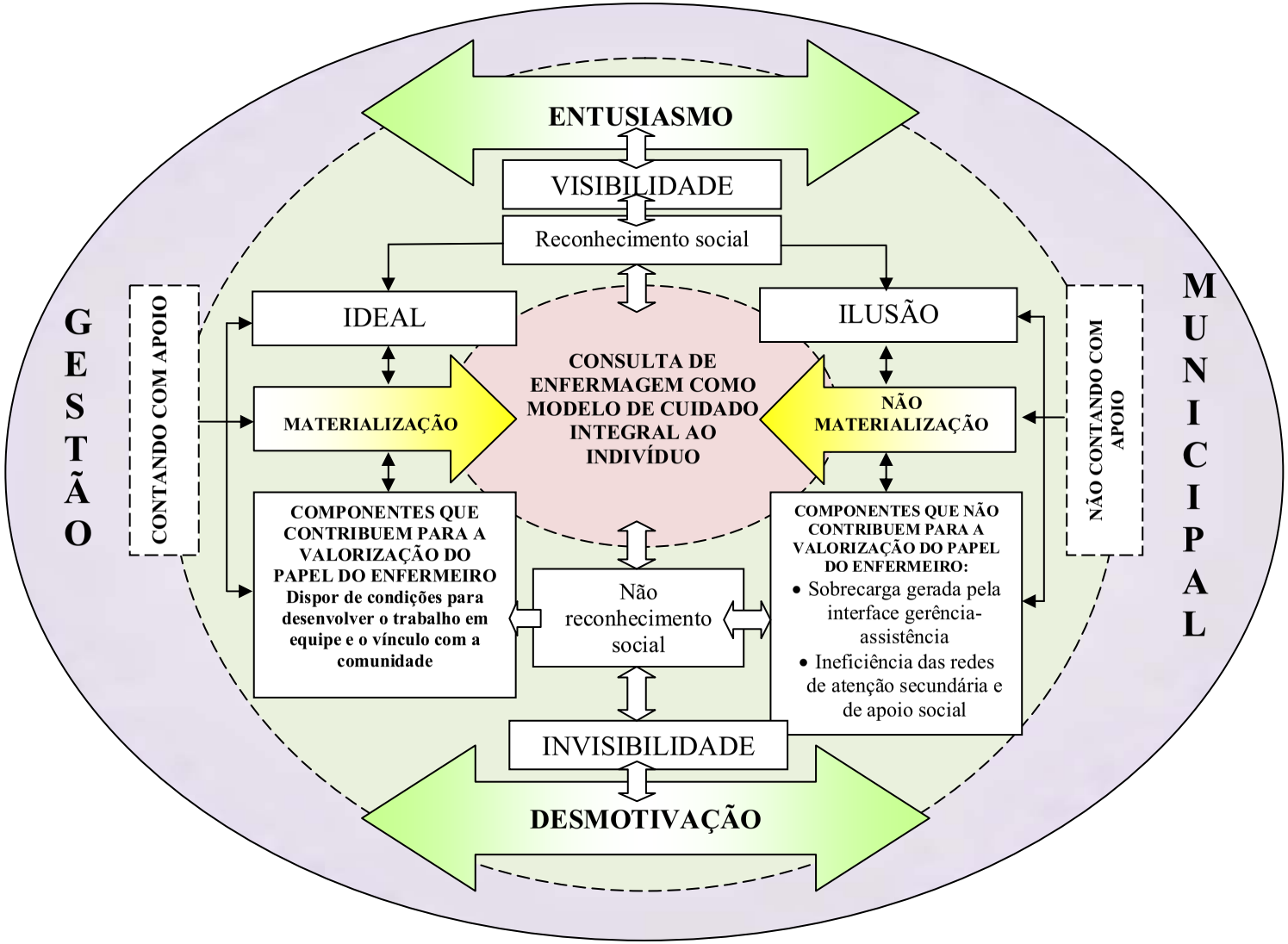

Figura 4 - Categoria central E. Do entusiasmo à desmotivação: o apoio da gestão municipal na materialização da consulta de enfermagem como instrumento da visibilidade do enfermeiro.

6.3 EXPERIÊNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NO TRABALHO DA ESF

6.3.1 Fenômenos Identificados

Fenômeno C. Superando o desafio do reconhecimento social na ESF, mediante práxis odontológica centrada na atenção materno-infantil

Retrata o movimento empreendido pelo CD que, ao se deparar com um campo de trabalho novo, vindo de uma práxis historicamente construída em consultório, se insere no modelo Saúde da Família mediante a possibilidade do reconhecimento de sua práxis social no interior da equipe multiprofissional, bem como na comunidade, buscando potencializar esse reconhecimento em ações no âmbito materno-infantil. Este fenômeno compreende dois temas: sofrendo com o processo de aprender-aprender a ser dentista de família com a equipe, superando o desafio do reconhecimento social no exercício de uma práxis preventiva materno-infantil (Diagrama 17)

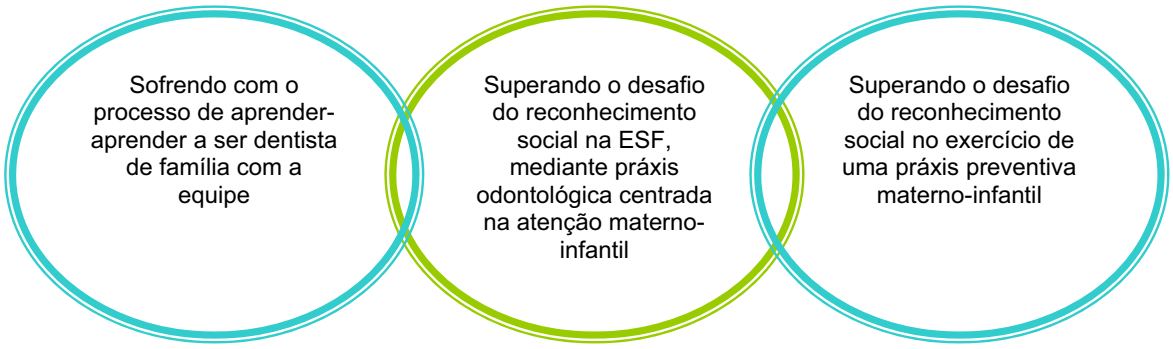

Diagrama 17 – Fenômeno C. Superando o desafio do reconhecimento social na ESF, mediante práxis odontológica centrada na atenção materno-infantil: temas.

Tema C1 - Sofrendo com o processo de aprender-aprender a ser dentista de família com a equipe

Significa o momento da experiência do CD, em que o mesmo passa a reconhecer a importância do conhecimento de outros membros da equipe na construção de sua práxis na ESF, até então não vivenciada na prática individual do consultório. Este tema agrupa três categorias: vindo de uma experiência de

consultório para o trabalho em equipe na ESF, reconhecendo o trabalho em equipe como potencializador dos profissionais à assistência a comunidade, deparando-se com sofrimento psíquico ao se inserir na ESF (Quadro 18).

> [...] pra mim foi muito bom né! Eu gostei muito porque a gente tem a possibilidade de trocar experiências, idéias, diagnósticos com médico e enfermeiro. Às vezes você tem dúvida em alguma coisa e pede um apoio, às vezes ele tem dúvida em alguma coisa pede o apoio pra você e você acaba aprendendo muito, acaba ampliando seus conhecimentos e melhorando o atendimento ao paciente [...]. (D4.9).

> Acho que antigamente os dentistas não tinham isso [...], essa integração, essa interação, essa troca de conhecimento. E aqui nesse posto, eu tenho uma troca de conhecimento muito grande com toda equipe [...]. (D1.1).

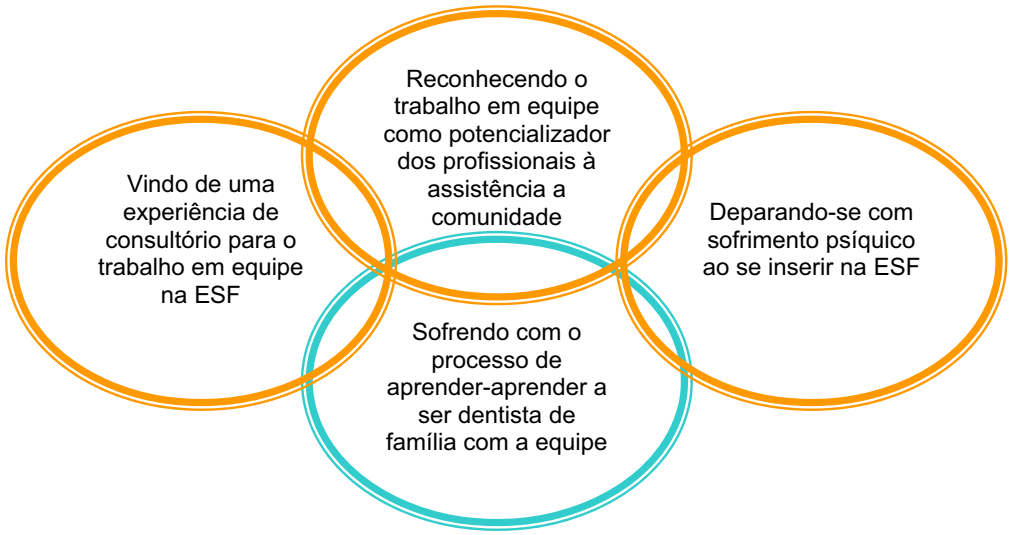

Diagrama 18 – TemaC1. Sofrendo com o processo de aprender-aprender a ser dentista de família com a equipe: categorias.

Categoria C1.1. Vindo de uma experiência de consultório para o trabalho em equipe na ESF

É o movimento do cirurgião dentista (CD), partindo de um campo de prática centrada no gerenciamento de casos, predominantemente exercida em consultórios, para uma nova práxis odontológica na ESF, norteada pelo trabalho em equipe, como uma nova modalidade de assistência para o profissional (Quadro 18).

> [...] Acho que antigamente os dentistas não tinham isso, eles ficavam parados dentro das suas salas e não tinham essa integração. [...]. (D1.1)

> [...] eu tive um consultório particular na realidade e, então, eu estava acostumada no meu canto sozinha. De repente entrei numa equipe, pra mim tá sendo melhor do que trabalhar isolado, trabalhando sozinha. [...]. (D7.15)

Categoria C1.2. Reconhecendo o trabalho em equipe como potencializador dos profissionais à assistência a comunidade

É avaliação do CD acerca da operacionalização da modalidade assistencial do trabalho em equipe na ESF, como responsável pela agregação de potencialidades individuais, conduzindo o grupo ao sucesso coletivo mediante decisões compartilhadas, que repercutirão na qualidade da assistência à comunidade, fato esse não vivenciado no consultório (Quadro 18).

> [...] Pra começar, eu acho que o trabalho em equipe é uma união das potencialidades individuais com sucesso coletivo. Eu acho que nosso trabalho, ele melhora a qualidade de vida dos pacientes, porque eu não fico só do meu ponto de vista. [...]. (D1.1)

> A parte boa do trabalho em equipe é essa, de tomar as decisões junto da gente, sempre pesar junto as coisas, medir consequência juntos, nada é feito isoladamente, a gente participa de tudo, essa é a parte boa [...]. (D3.8)

Categoria C1.3. Deparando-se com sofrimento psíquico ao se inserir na ESF

Trata de sentimentos que geram medo e angústia decorrentes do desconhecimento do processo de trabalho em equipe da ESF e da realidade social do território em que atua, considerando-os componentes dificultadores ao trabalho. (Quadro 18)

> [...] no começo foi um pouquinho difícil porque eu nunca tinha trabalhado com os profissionais. Eu tive um consultório particular, e então eu estava acostumada no meu canto sozinha [...]. (D7.15)

> [...] no começo, quando eu entrei, fiquei com medo. Eu estava trabalhando e fiquei com medo por ser uma dentista e não conseguir entrar na equipe [...]. (D1.1)

> [...] Eu sinto uma angústia, a história da desigualdade social que a gente vive hoje. São barreiras que atrapalham muito nosso serviço. [...]. (D5.12)

Tema C2. Superando o desafio do reconhecimento social no exercício de uma práxis preventiva materno-infantil

Significa a luta empreendida pelo CD para tornar visível sua práxis social no processo de trabalho da ESF perante a equipe multiprofissional e a comunidade, materializando um ideal profissional desde a graduação. Para tanto, prioriza ações preventivas no campo materno-infantil. Este tema reúne duas categorias: lutando pela conquista do reconhecimento social do exercício de sua profissão perante a equipe e comunidade materno-infantil, entusiasmando-se perante a materialização da assistência odontológica na ESF como um ideal de trabalho. (Quadro 19) (Diagrama 19)

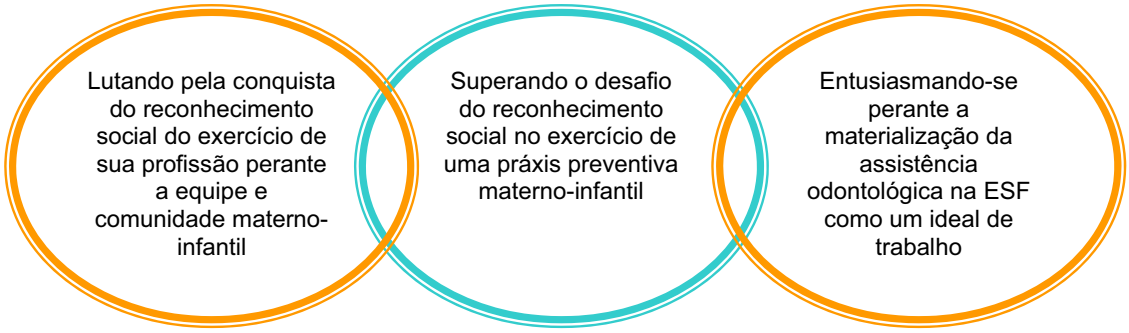

Diagrama 19 - Tema C2.Superando o desafio do reconhecimento social no exercício de uma práxis preventiva materno-infantil: categorias.

Categoria C2.2. Lutando pela conquista do reconhecimento social do exercício de sua profissão perante a equipe e comunidade materno-infantil

É o movimento empreendido pelo CD para ver reconhecido o seu trabalho pela equipe e consequentemente pela comunidade. Para tanto, precisa do apoio dos demais membros da equipe no encaminhamento de pessoas para sua avaliação e intervenção. Só assim, conquistará o reconhecimento social de seu trabalho. Esta categoria abarca duas subcategorias: considerando a interação CD-equipe-paciente mais efetiva na ESF que na UBS, fortalecendo vínculo com a comunidade na interface das atividades de promoção e prevenção materno-infantil (Quadro 19)

> [...] é um trabalho que a gente tem que desenvolver dia a dia dentro da unidade pra gente se mostrar presente, porque a saúde bucal nem sempre é valorizada dentro da própria equipe. Então a gente também briga por espaço né!. [...]. (D2.5)

> [...] teve a campanha do idoso e a gente montou a nossa barraquinha perto da campanha. Quem era vacinado passava pela gente e víamos se tinha lesão ou alguma coisa assim. Só que depois que passou a campanha, eu pedi para as auxiliares de enfermagem encaminhar qualquer paciente que fosse vacinar. Daí elas se esqueciam durante a semana da campanha, que ainda não acabou. Então, às vezes, sabe, parece que você não tem valor na equipe. Às vezes eu sinto isso [...]. (D5.20)

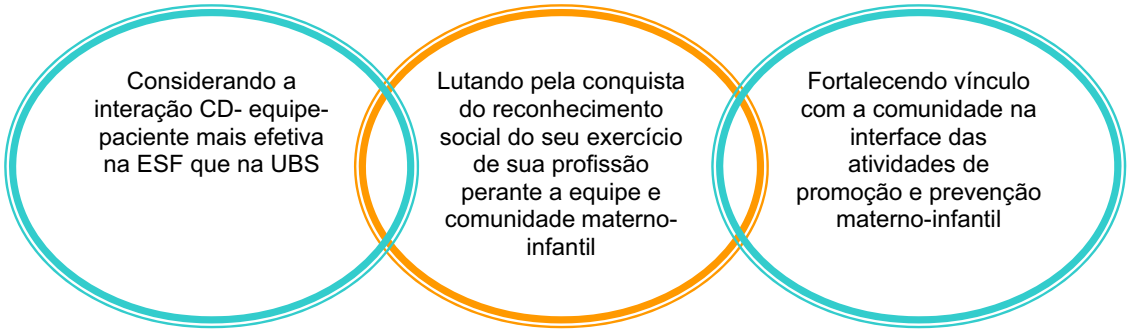

Diagrama 20 – Categoria C2.2. Lutando pela conquista do reconhecimento social do seu exercício de sua profissão perante a equipe e comunidade materno-infantil:subcategorias.

Subcategoria C2.2.1 - Considerando a interação CD- equipe-paciente mais efetiva na ESF que na UBS

Trata-se de um componente interveniente no processo de trabalho, denominado interação CD-equipe-paciente, que contribui para o entusiasmo do profissional. Esta condição só é possível quando o CD tem a oportunidade de vivenciar a reciprocidade com a equipe, favorecendo o exercício de sua profissão junto à comunidade na ESF, quando comparada a sua experiência anterior na UBS, que não se configurou positivamente (Quadro 19).

> [...] eu comecei a trabalhar há três anos nessa equipe. Eu vim da Unidade Básica de Saúde, eu trabalhei dezesseis anos em UBS. A diferença que mais eu percebo é o dentista estar mais integrado à equipe [...]. O trabalho em si é o mesmo, o nosso trabalho técnico, isso não tem diferença [...]. O que eu achei mais diferente foram as relações interpessoais, eu achei assim que a gente é mais integrado na equipe. As decisões são tomadas mais em equipe, não é tão individualizado que nem na Unidade Básica [...]. (D3.7)

> [...] eu acho que é muito importante o trabalho que a gente desenvolve. Eu acho que essa formulação do PSF é mais próxima assim da ideal. É lógico que tem muitas coisas ainda pra mudar, mas eu já tenho uma experiência. Já trabalhei no estilo tradicional de UBS, e eu vejo uma maior integração entre os profissionais, agora. Ainda tem muitos avanços a serem feitos

> ainda. Mas essa integração dos profissionais, esse contato com os pacientes está sendo melhor [...]. (D5.11)

Subcategoria C2.2.2. Fortalecendo vínculo com a comunidade na interface das atividades de promoção e prevenção materno-infantil

Decorre do estabelecimento de laços de relacionamento CD - comunidade a partir da criação de espaços para a operacionalização de ações de promoção de prevenção no campo da saúde bucal, tendo como perspectiva o acesso às escolas, às creches, à visita domiciliar, possibilitando a compreensão dessa realidade. (Quadro 19)

> O trabalho que eu estava fazendo com criança, é justamente implantar o Programa do Bebê, pra tentar mudar a realidade [...]. talvez se eu conseguir atuar na criança com a mãe, na gestação, tudo, eu consiga mudar essa realidade daqui a um bom tempo. Eu já passei por várias coisas e eu acho então com essa experiência é muito vantajosa, muito legal [...]. (D1.1)

> [...] o que é bom é que a gente não fica só naquela salinha atendendo, a gente tem espaço pra prevenção, pra fazer campanha [...] a gente tem espaço pra promoção de saúde [...]. O acesso às escolas que a gente tem pra poder ir fazer prevenção que é o mais importante mesmo [...]. Com isto você cria vínculos com os professores, a diretora, então você consegue mover muito mais pessoas dentro do programa Você consegue chegar às pessoas com os grupos que a gente faz, com as visitas, então a gente consegue também ver o outro lado, ver a realidade [...]. (D2.5)

Categoria C2.3. Entusiasmando-se perante a materialização da assistência odontológica na ESF como um ideal de trabalho

É o componente que entusiasma o CD pela ESF, mediante a satisfação de conseguir concretizar uma prática odontológica idealizada no trabalho em equipe e de acesso às populações carentes de sua assistência. (Quadro 19)

> [...] Olha! eu me apaixonei pelo Programa Saúde da Família desde a faculdade. Amei o projeto, sempre quis saúde pública, era o meu sonho como profissional e hoje eu vejo esse sonho realizado [...]. (D2.4).

> [...]. Eu optei pelo PSF, porque eu já gostava do programa, de saber que eu ia cuidar só de uma população, sabe, é ... carente. Isso eu gostei! [...]. (D5.13)

6.3.1 Descobrindo a Categoria Central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar o único fenômeno identificado: superando o desafio do reconhecimento social na ESF, mediante práxis odontológica centrada na atenção materno-infantil, com os dois temas: sofrendo com o processo de aprender-aprender a ser dentista de família com a equipe, superando o desafio do reconhecimento social no exercício de uma práxis preventiva materno-infantil, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias e subcategorias). Esta estratégia nos permitiu identificar as categorias e subcategorias chave, que evidenciassem o movimento do Cirurgião Dentista (CD) na experiência de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

O processo de trabalho do CD vem sendo historicamente construído a partir de uma prática individual, centrada no consultório e em ações isoladas. No entanto, ao deparar-se, desde a graduação, com a possibilidade de atuação em novo campo de práxis, sente que esse é um ideal de trabalho e também um desafio, pois se descortina um novo cenário de atuação, até então desconhecido, centrado no trabalho em equipe e em ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. Assim sendo, abandona a prática de consultório e reconhece na ESF o modelo possível para realizar um ideal e tornar-se visível por meio do estabelecimento de vínculos com a equipe e comunidade. Entretanto, ao vivenciar o novo modelo, percebe que seu papel não é reconhecido pelos membros da equipe e pela comunidade, passando a empreender um movimento de ações de promoção e prevenção no campo materno-infantil, como caminho para a valorização social de sua práxis para a equipe e comunidade. Diante desse movimento intitulamos a categoria central como: **DO IDEAL À MATERIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PREVENTIVA JUNTO À ESF.**

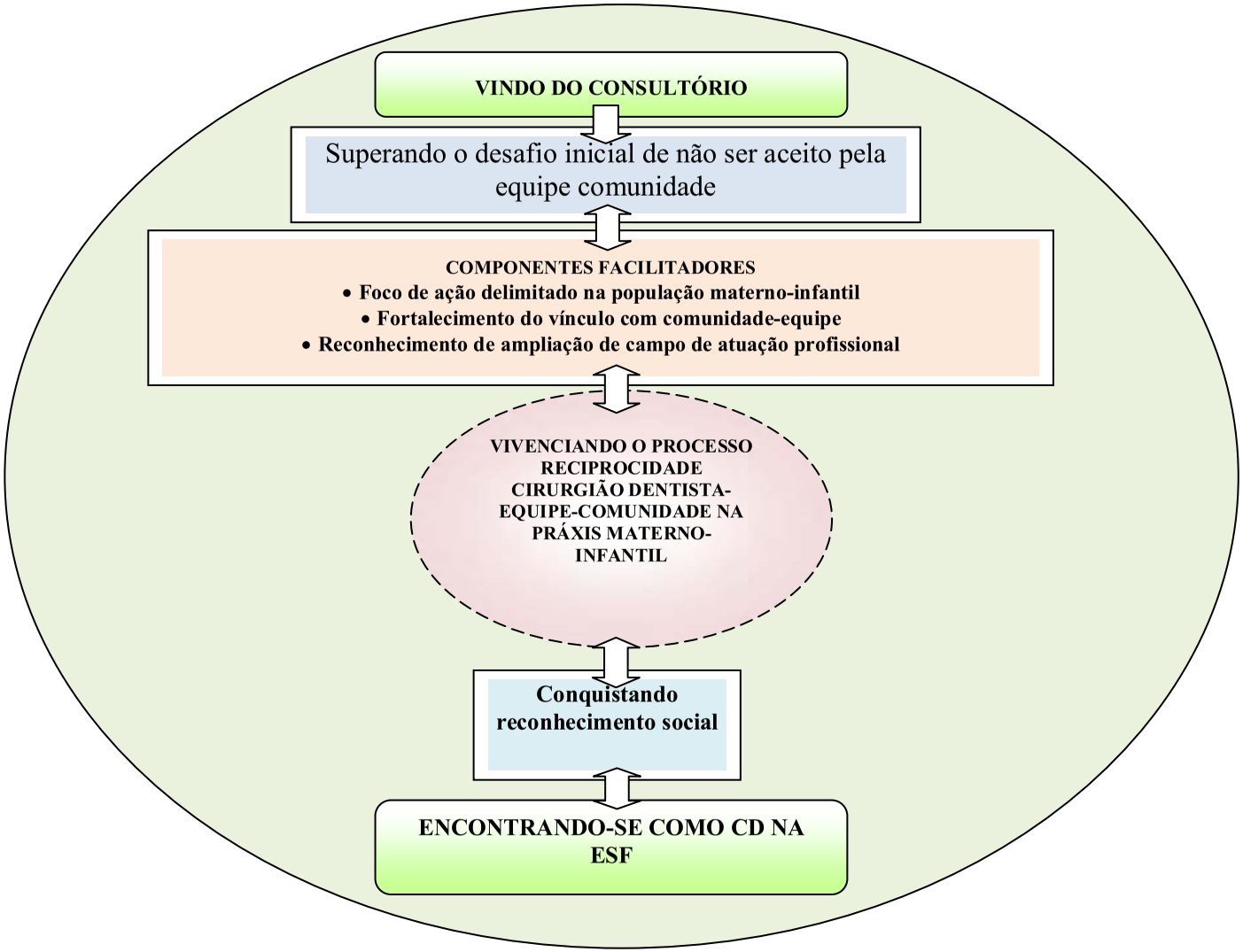

Figura 5 - Categoria central CD - Do consultório para a ESF: o processo reciprocidade cirurgião dentista – equipe - comunidade na práxis centrada na área materno-infantil como componente facilitador para o reconhecimento social da profissão.

6.4 EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DOS AUXILIARES DE CIRURGIÃO DENTISTA (ACD) NA ESF

6.4.1 Fenômenos Identificados

Fenômeno ACD 1. Sentindo satisfação com a práxis voltada à promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil

Trata da satisfação sentida pelo ACD, quando realiza o cuidado integral por meio das ações de promoção e prevenção à saúde bucal materno-infantil, momento em que é valorizada sua profissão. Ao estabelecer vínculos com essa comunidade, compara-a a sua vida, passando a dar novos significados de ordem pessoal, fato esse gerador de crescimento e aprendizado. Esse fenômeno compreende cinco categorias: sentindo satisfação em estabelecer vínculo com a comunidade da ESF, resignificando a própria vida e as relações interpessoais ao vivenciar a experiência de trabalho na ESF, conseguindo materializar o cuidado integral centrado na prevenção e promoção da saúde bucal materno-infantil, aprendendo a ser ACD na ESF com a equipe multiprofissional, sentindo-se valorizada na profissão de ACD pela comunidade. (Diagrama 21)

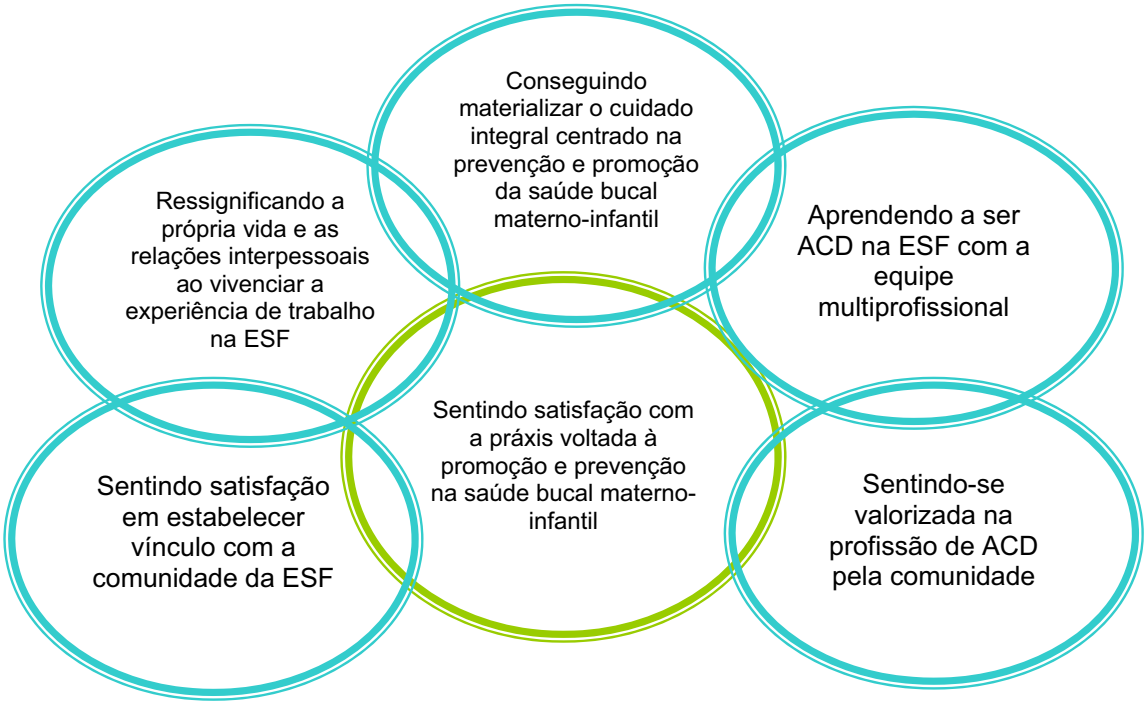

Diagrama 21 – Fenômeno ACD1. Sentindo satisfação com a práxis voltada à promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil: temas.

Categoria ACD.1. Sentindo satisfação em estabelecer vínculo com a comunidade da ESF

É o sentimento desperto, resultado da análise da experiência no ESF como mais prazerosa ao compará-la a do consultório, que não lhe possibilitava o estabelecimento de vínculo com o paciente, enquanto na ESF o processo relacional é de proximidade, permitindo até o conhecimento do nível social e cultural da comunidade. (Quadro 20)

> [...] No consultório, chegava o paciente, eu via o que era e ia embora e pronto. Agora no PSF não, a gente conversa, o paciente conta da vida. Às vezes nem é dor de dente, é outra coisa que tá precisando falar. Sabe, assim é muito gostoso, achei super diferente [...]. (ACD2.4).

> Quando você trabalha particular, você fica num mundinho ali muito fechadinho, é sempre assim as mesmas pessoas, o mesmo nível. Você não tem assim, não tem nem como fazer uma comparação né! é muito restrito. E no P.S.F. é uma coisa mais ampla, é gostoso que assim a gente como pessoa acaba adquirindo muita coisa. Começa a ter um olhar diferente para o paciente [...]. (ACD4.9)

Categoria ACD2. Resignificando a própria vida e as relações interpessoais ao vivenciar a experiência de trabalho na ESF

Trata-se de um processo de crescimento de ordem psicossocial, repercutindo na revalorização de sua vida e das relações interpessoais, ao refletir

acerca de suas experiências com as vivenciadas pela comunidade, levando o ACD a reavaliar a sua própria condição como privilegiada. (Quadro 20)

> [...] Antes eu não dava minha opinião, ficava calada. Às vezes, até pensava em mudar alguma coisa, mas daí eu ficava quieta, achava que não devia fala nada. Hoje não, hoje se eu acho que tenho que falar, eu falo mesmo e eu não tenho mais vergonha das pessoas. A gente já trabalha todo mundo junto e se tiver que mudar, muda. Antes né, era tímida, calada, fechada. Hoje a gente não guarda nada, tem que falar mesmo e até em casa melhorou. Eu era muito fechada com a família, tudo. Mas agora até a vida mudou bastante. [...]. (ACD2.4)

> [...] pra mim foi ótimo como crescimento pessoal. Eu tive outra experiência particular, e, como pessoa, eu cresci muito porque eu tava acostumada com pessoas assim de outro nível social. Agora estamos trabalhando com pessoal mais carente pela região que funciona o posto e então, você vê assim, a cultura é totalmente diferente, a forma que eles recebem ensinamento, o pessoal assim que tem um nível social mais alto, eles recebem de uma forma diferente [...]. (ACD4.8)

Categoria ACD.3. Conseguindo materializar o cuidado integral centrado na prevenção e promoção da saúde bucal materno-infantil

Significa a satisfação da práxis do ACD, contribuindo no cuidado integral, a partir de ações de prevenção e promoção à saúde bucal, tendo como alvo a criança, compreendida como adulto do futuro, necessitando de se conscientizar de hábitos que a proteja da condição de desdentada. (Quadro 20)

> [...] Integralidade é não ver em partes, não ver o porquê a pessoa está com bruxismo. Tentar entender porque que ela tá com bruxismo. Tem coisas por trás, ela não está com bruxismo porque, de repente, ah! Foi ontem que isso apareceu e aconteceu. Não, isso é um caso que já vem vindo de anos e anos e de repente hoje aflorou. Aprender e entender mais, e, como é que eu posso dizer, procurar uma complementação naquilo que você está tentando explicar. Ir mais fundo no próprio paciente [...]. (ACD1.1)

> [...] hoje no PSF eu percebo que não é só um trabalho curativo de fazer uma restauração no paciente, tampar um dente furado por exemplo, mas não, a gente cuida para que essa pessoa, ela tenha consciência de que tem que cuidar da saúde bucal e que nosso trabalho não é só tampar um buraco formado num dente e sim prevenir que essa doença da cárie aconteça na boca dela. Então, isso foi muito importante, eu vejo muita diferença em relação às crianças que é o nosso alvo principal. Temos como objetivo que a criança de agora será o adulto de amanhã. Então, assim, se orientada essa criança hoje, será um adulto que possivelmente a gente espera que não tenha cárie, que não tenha essa proporção tão grande que há no mundo de pessoas desdentadas, de dente cariado. Então, no P.S.F nós temos essa oportunidade de atingir esse objetivo [...]. (ACD3.6)

Categoria ACD.4. Aprendendo a ser ACD na ESF com a equipe multiprofissional

Significa o movimento de interação, de mutualidade do ACD com os demais membros da equipe multiprofissional, que gera prazer e novos conhecimentos. Entretanto, reconhece que essas relações são construídas com o tempo, que se necessita gostar e amar o trabalho para crescer nesse modelo de trabalho. (Quadro 20)

> [...] eu gosto do que eu faço, eu acho que pra trabalhar numa equipe de Saúde da Família tem que gostar, tem que amar o que faz, amar o trabalho, e amar o próximo, porque, senão, não consegue trabalhar. Não consegue viver dentro da equipe, porque todo mundo tem seus momentos e a gente tem que estar preparada pra isso. [...] a gente vai crescendo, não tem uma receita pronta pra estar aprendendo a trabalhar numa equipe [...]. (ACD1.1)

> [...] a gente tem uma equipe PSF unida, da minha parte com elas, e elas comigo. A enfermagem, as meninas, agentes comunitárias também. Tudo que eu preciso elas vêm e me ajudam e o que elas precisam eu ajudo. Assim não teve problema nenhum desde o início com elas e, pra mim, a vida ficou muito melhor, me desenvolvi bastante profissionalmente e pessoalmente também e eu mudei [...]. (ACD2.3)

Categoria ACD.5. Sentindo-se valorizada na profissão de ACD pela comunidade

Significa o prazer vivenciado de uma práxis diferente da vivida nos consultórios particulares, mediante a percepção do ACD acerca do reconhecimento e valorização de sua profissão perante as crianças da comunidade, da escola e da creche, por meio das ações de promoção e prevenção realizadas pelos mesmos. Ao receber esse retorno, sente prazer nesta práxis, diferente da vivida nos consultórios particulares. (Quadro 20)

> [...] lá não tem posto, não tem consultório odontológico, mas as pessoas sobem lá no dentista também e assim é um povo muito legal, o paciente gosta. Eles dão supervalorização pro dentista. Quando a gente chegou lá na escola, a criançada presta atenção na palestrinha, quando está escovando os dentes e assim é um lado completamente diferente do que eu vivia no consultório [...]. (ACD2.4)

> [...] hoje eu posso orientar um paciente, não só o dentista orienta, mas eu como ACD oriento o paciente. A gente desenvolve então esse trabalho de orientação e vê que o nosso trabalho acaba sendo recompensado porque essa orientação acaba refletindo no paciente e nós temos o retorno [...]. (ACD3.3)

6.4.2 Descobrindo a Categoria Central

Ao inter-relacionar as cinco categorias pertencentes ao fenômeno: s**entindo satisfação com a práxis voltada à promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil**, buscando compará-las e analisá-las para compreender como se dava a interação entre elas, permitiu-me o movimento do Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD) na experiência de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

O processo de trabalho do ACD vem sendo historicamente construído a partir de uma prática individual, centrada no consultório e em ações isoladas. No entanto, ao deparar-se com a possibilidade de atuação em novo campo de práxis, sente que esse é um ideal de trabalho em um novo cenário de atuação, até então desconhecido, centrado no trabalho em equipe e em ações de caráter preventivo e de promoção a saúde. Assim sendo, abandona a prática de consultório e reconhece na ESF o modelo possível para realizar esse ideal e tornar-se visível por meio do estabelecimento de vínculos com a equipe e comunidade. Portanto, ao vivenciar as ações de promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil, passa ser reconhecido socialmente pela comunidade, bem como resignifica a própria vida e suas relações interpessoais Trata-se de um processo de crescimento de ordem psicossocial, repercutindo na revalorização de sua vida ao refletir acerca de suas experiências com as vivenciadas pela comunidade, levando-o a reavaliar a sua própria condição como privilegiada. Diante desse movimento intitulo a categoria central como: **DO CONSULTÓRIO PARA A ESF: CONQUISTANDO RECONHECIMENTO SOCIAL E RESIGNIFICANDO A VIDA AO VIVENCIAR NA PRÁXIS A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE BUCAL MATERNO-INFANTIL.**

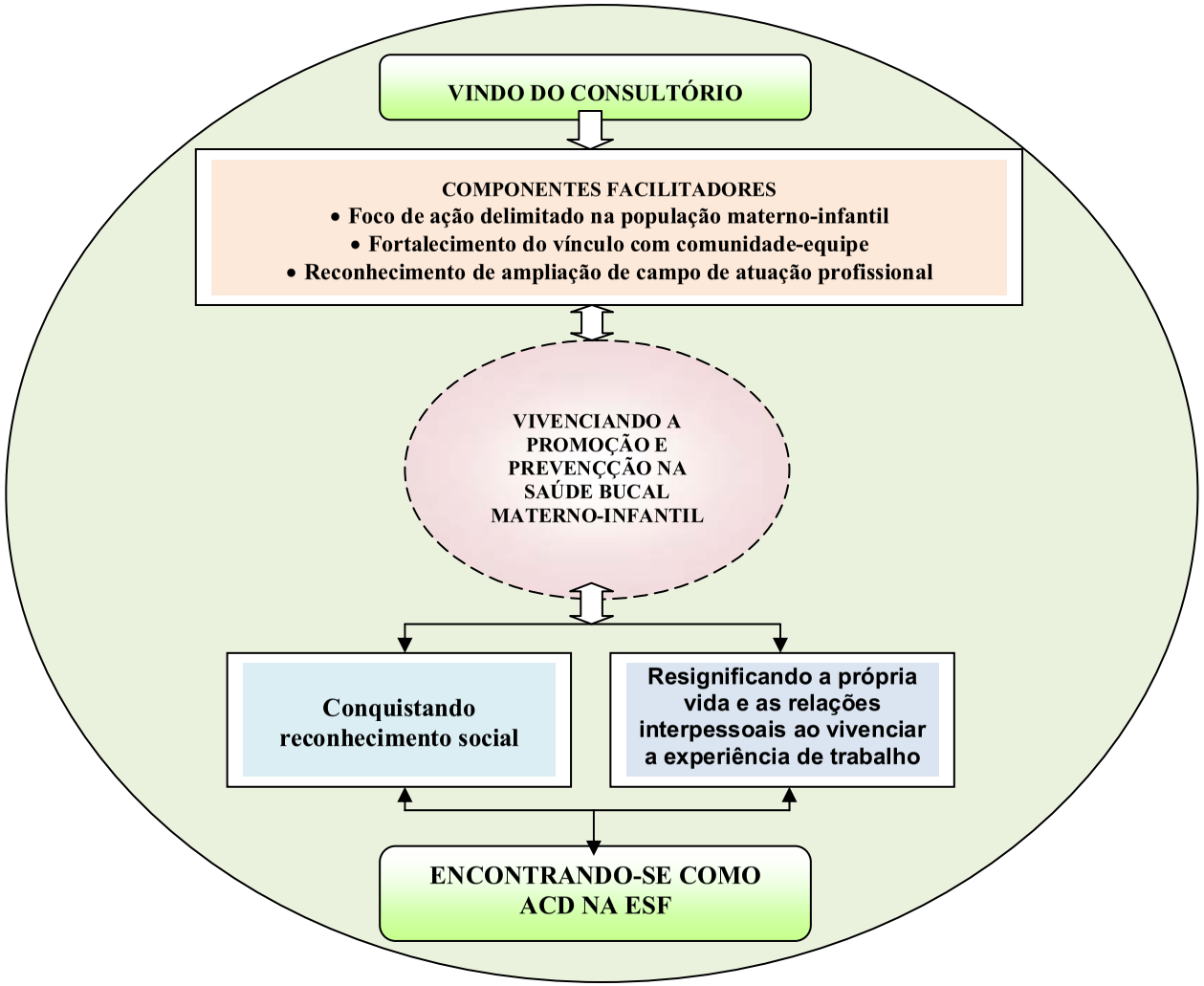

Figura 6 - Categoria central ACD - Do consultório para a ESF: conquistando reconhecimento social e resignificando a vida ao vivenciar na práxis a promoção e prevenção da saúde bucal materno-infantil.

6.5 EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM (AE) NA ESF

6.5.1 Fenômenos Identificados

Fenômeno E1. Mantendo-se motivado no processo de trabalho na ESF, apoiado na materialização do cuidado integral longitudinal, no sentimento de pertença à equipe e no papel de decodificador das queixas do usuário ao médico no espaço do acolhimento

Trata-se dos componentes que mantêm o AE estimulado a continuar no processo de trabalho da ESF, em uma práxis norteada no cuidado integral longitudinal, bem como no seu empoderamento, ao se sentir pertencente a uma equipe e em facilitar uma comunicação inteligível usuário-médico no espaço do acolhimento. Este fenômeno abarca três categorias: vislumbrando na ESF a possibilidade de vivenciar a satisfação em realizar o cuidado integral longitudinal da família, podendo desfrutar do sentimento de pertença no processo de trocas de saberes no trabalho em equipe, sentindo prazer em decodificar para o médico sinais, sintomas e queixas do usuário no espaço do acolhimento. (Diagrama 22)

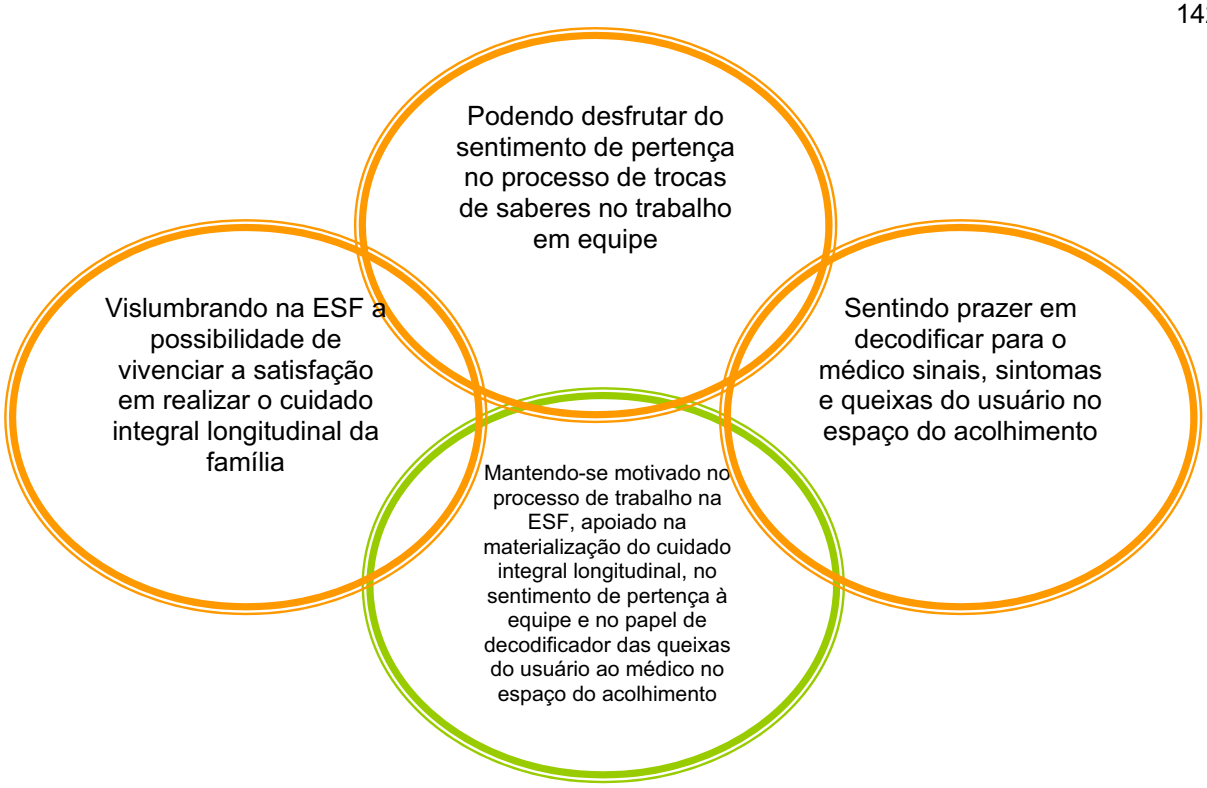

Diagrama 22 - Fenômeno E1. Mantendo-se motivado no processo de trabalho na ESF, apoiado na materialização do cuidado integral longitudinal, no sentimento de pertença à equipe e no papel de decodificador das queixas do usuário ao médico no espaço do acolhimento: categorias.

Categoria E1.1. Vislumbrando na ESF a possibilidade de vivenciar a satisfação em realizar o cuidado integral longitudinal da família

É a razão pela qual o AE empreende o movimento de escolha do cenário de trabalho ESF, ao invés do hospitalar, por acreditar na importância desse modelo de atenção à saúde, que possibilita a materialização de uma práxis fundamentada no cuidado integral e longitudinal da família, realizada na unidade e estendida ao domicílio. Trata-se do acompanhamento contínuo às mesmas, ao longo do tempo, possibilitando conhecer em profundidade e resolver seus problemas. Para isso, o estabelecimento de vínculo de confiança e de responsabilidade com os indivíduos, famílias e comunidades são essenciais. Esta categoria reúne cinco subcategorias: elegendo a ESF como seu novo cenário de práxis, vendo a possibilidade de realizar cuidado integral e longitudinal com a família, fazendo promoção à saúde e prevenção à doença, conhecendo e intervindo nos problemas da família por meio da visita domiciliar, considerando gratificante o resultado de seu trabalho na ESF. (Quadro 21). (Diagrama 23)

Diagrama 23 - Categoria E1.1. Vislumbrando na ESF a possibilidade de vivenciar a satisfação em realizar o cuidado integral longitudinal da família: subcategorias.

Subcategoria E1.1.1. Elegendo a ESF como seu novo cenário de práxis

Significa o movimento empreendido de rompimento com o processo de trabalho no cenário hospitalar, considerado “mecânico” e “automático” em direção à ESF como um novo cenário de sua práxis (Quadro 21).

> [...] Então, minha experiência é um ano e sete meses, é o tempo que eu tô aqui e antes disso, eu trabalhei um período num hospital, ainda quando eu tinha dezoito anos. Então, da área de saúde que eu conheço, entre saúde no hospital e no posto de saúde, eu acho que Saúde da Família é um programa muito importante. Sabe, uma coisa assim que funciona, eu acho que funciona, eu gosto de trabalha aqui [...]. (AE6.12)

> [...] Bom, trabalhar no PSF pra mim é bom. Primeiramente, pelo estudo que se obtém, de estar na área da enfermagem é uma das primeiras realizações. Segundo, eu posso agir. Eu, pelo menos né, gosto muito de conversar com o público, às vezes, até acabo me expondo mais, pegando bastante amizade, às vezes tem gente que fala ah! Tá se envolvendo muito! Não pode! Mas é algo que a gente vê a diferença de hospital, que é uma coisa mecânica, e a gente já diz o nome “Família” [...]. Não é só você falar, ah não! O paciente já veio, já foi embora, já tá prescrito o que tinha que ser, já foi orientado, não! E a preocupação, e depois? Teve alguém que ajudou na casa? Será que teve, será que não teve efeito? Quando que você vai estar vendo de novo essa pessoa? Não é só chegar e sair, tchau e benção, o próximo, a próxima da fila não tá, tchau [...]. (AE3.6)

Subcategoria E1.1.2. Vendo a possibilidade de realizar cuidado integral e longitudinal com a família

Significa a razão de o AE empreender o movimento de escolha do cenário de trabalho ESF, ao invés do hospitalar, por acreditar na importância desse modelo de atenção à saúde, que possibilita a materialização de uma práxis fundamentada no cuidado integral e longitudinal da família realizada na unidade e estendida ao domicílio. Trata-se do acompanhamento contínuo às mesmas, ao longo do tempo, possibilitando conhecer em profundidade e resolver seus problemas. Para isso, o estabelecimento de vínculos de confiança e de responsabilidade com os indivíduos, famílias e comunidades são essenciais. (Quadro 21)

> [...] Bom, trabalhar no PSF pra mim é bom. Primeiramente, pelo estudo que se obtém, de estar na área da enfermagem é uma das primeiras realizações. Segundo, eu posso agir. Eu, pelo menos né, gosto muito de conversar com o público, às vezes, até acabo me expondo mais, pegando bastante amizade, às vezes tem gente que fala ah! Tá se envolvendo muito! Não pode! Mas é algo que a gente vê a diferença de hospital, que é uma coisa mecânica, e a gente já diz o nome “Família” [...]. Não é só você falar, ah não! O paciente já veio, já foi embora, já tá prescrito o que tinha que ser, já foi orientado, não! E a preocupação, e depois? Teve alguém que ajudou na casa? Será que teve, será que não teve efeito? Quando que você vai estar vendo de novo essa pessoa? Não é só chegar e sair, tchau e benção, o próximo, a próxima da fila não tá, tchau [...] (AE3.6).

> [...] Bem, eu acho assim, que o Programa Saúde da Família é um programa que envolve as famílias, tudo. Você tem que ver o paciente como um todo, tem que fazer visita domiciliar, tem que cuidar da pessoa na casa, se ela não pode ver pressão. Você tem que ir lá, se chega uma pessoa assim com dificuldade pra pegar algum remédio, tem que sentar, explicar tem várias coisas assim que eu acho que é além da parte burocrática. Tem o lado que não é qualquer rede básica, não é nem hospital, é um lugar que tem que trabalhar o emocional da pessoa, que ela, estando bem por dentro, provavelmente ela vai estar melhor, é, assim, que ela não vai ter muita doença, não vai ter muitos problemas [...] (AE1.1).

Subcategoria E1.1.3. Fazendo promoção à saúde e prevenção à doença

É o entendimento que o AE tem sobre o processo de trabalho na ESF alicerçado em ações de prevenção e promoção à saúde, como orientações sobre hipertensão, dietas, uso de medicações corretamente, oferecendo o melhor de si para os usuários sob seus cuidados. (Quadro 21).

> [...] Ah! Aquilo que você mais sabe né. Se é prá ele mesmo, como orientar, por exemplo, quanto à hipertensão, quanto à dieta, fazer uso da medicação correta, pra que isso venha trazer mesmo uma prevenção prá ele.[...]. Eu

> vejo o trabalho na ESF assim como toda equipe né, isto é, poder orientar os pacientes, poder dar o melhor para eles né! [...]. (AE4.9)

> [...] Eles não só vêm na unidade prá tratar a doença em si, às vezes eles têm outras carências de conversar, de poder desabafar, de poder contar sua vida, seu cotidiano né! E você tem essa paciência em tá ouvindo esses pacientes em casa e no posto, que também é promoção né! [...]. (AE11.8)

Subcategoria E1.1.4. Conhecendo e intervindo nos problemas da família por meio da visita domiciliar

Trata do reconhecimento pelo AE da importância da visita domiciliar e do contato com a família no domicílio, ocasião em que passa a conhecer a realidade das famílias, facilitando o processo de identificação e intervenção de problemas de saúde. (Quadro 21)

> [...] Eu acho assim, que o Programa Saúde da Família é um Programa que envolve as famílias, tudo. Você tem que ver o paciente como um todo, tem que fazer visita domiciliar, tem que cuidar da pessoa na casa, se ela não pode ver pressão, tem que ir lá, se chega uma pessoa assim com dificuldade pra pegar algum remédio, tem que sentar, explicar. Tem várias coisas assim que eu acho que é mais, que é além da parte burocrática, tem o lado humano, que não é qualquer Rede Básica [...]. (AE1.1).

> [...] eu acho bonito, acho interessante a gente fazer as visitas domiciliares, a gente estar em contato com as famílias, com todas as pessoas, e poder proporcionar educação né, porque essa população é carente e não conhece as coisas de saúde, não sabe muito sobre higiene. Você estar podendo passar tudo isso e conhecer o pai e a mãe, o tio, o sobrinho, acho isso super! Eu acho pra gente que é auxiliar de enfermagem, eu acho que é rico esse trabalho. É importante fazer e conhece a história deles e saber o contexto que eles estão, como que funciona a casa, as relações e a gente poder ajudar mais. E acho que funciona sim! [...]. (AE2.4)

Subcategoria E1.1.5. Considerando gratificante o resultado de seu trabalho na ESF

Trata-se do sentimento prazeroso do AE acerca de seu trabalho na ESF, pela oportunidade de aproximação da comunidade e de se ver realizado mediante os resultados benéficos, fruto de suas intervenções, consideradas por ele como simples, como orientações de troca de fralda, alívio do desespero de uma mãe, entre outros. (Quadro 21)

> [...] O significado que eu dou e que eu acho, é que funciona. Eu acho importante, e pra mim, como auxiliar, é gratificante trabalhar nessa área, sabe! Eu acho que gostei muito mais de trabalhar no PSF. Como eu falei que tinha trabalhado no hospital antes, eu acho que não troco. Eu sei disso

> porque eu tive oportunidade, eu fui pra lá, eu entrei na UTI pediátrica, comecei trabalhar lá. Mas voltei pra cá de novo. Então tô satisfeita, eu gosto do que eu faço [...]. (AE2. 6).

> [...] Gratificante seria a palavra. Tanto profissionalmente, quanto às vezes você ver o sorriso de uma pessoa, a preocupação que uma mãe que chega às vezes desesperada. Como a gente vê muitos adolescentes, as meninas chegando, numa troca de fralda, por exemplo, você poder tá orientando e poder tá ajudando [...]. (AE3. 7).

Categoria E1.2. Desfrutando do sentimento de pertença no processo de trocas de saberes no trabalho em equipe

Significa a importância atribuída pelo AE à participação ativa e ao engajamento dos membros multiprofissionais que compõem a equipe de trabalho na ESF. Ademais, o trabalho em equipe lhe proporciona um espaço de trocas de saberes, que considera fundamental para o bom andamento da unidade, que refletirá no bom atendimento da comunidade, bem como para a sua formação enquanto auxiliar de enfermagem junto a Estratégia. (Quadro 22)

> [...] O trabalho de equipe também é bom. A gente é importante, porque se você não tiver uma equipe que esteja engajada, não dá certo né. Então eu acho que o trabalho de equipe é importante, que as pessoas se comuniquem e tanto as ACS como os médicos, as enfermeiras, a gente tá sempre conversando, todo mundo tem que tá trocando, a gente fala sobre os pacientes, sobre as histórias. As reuniões da equipe são super importantes pra dar continuidade no trabalho (pausa), funciona, eu acho que funciona, eu gosto de trabalhar [...]. (AE2.4).

> [...] Prá mim, eu acho que o trabalho de equipe é essencial. Cada dia a gente tá precisando um do outro. Eu sei uma coisa, o outro não sabe, o que ele sabe, eu posso tá aprendendo com ele, o que eu sei posso tá ensinando ele. Eu acho que a equipe tem que tá entrosada um com o outro porque, um substitui o outro, um sabe pouco, outro sabe mais. Então é isso que faz uma equipe, todo mundo tem que saber respeitar a diferença um do outro, as qualidades um do outro né [...]. (AE6.13).

Categoria E1.3 - Tendo prazer em decodificar para o médico sinais, sintomas e queixas do usuário

Significa uma das ações do processo de trabalho do AE, desenvolvida no espaço de acolhimento do usuário. Trata-se de uma atividade que lhe confere prazer, em face de ver reconhecido o seu esforço em apoiar as pessoas que procuram a USF na resolução de seus problemas, por meio de um processo de escuta ativa, decodificação de sinais, sintomas e queixas do usuário para transmiti-

las ao médico, visando facilitar a avaliação clínica, uma vez que as pessoas têm dificuldade de expressar os seus problemas ao profissional. (Quadro 23)

> [...] Bom, eu acredito que, pra trabalhar na Saúde da Família, o nome já diz família. Então a família é a família, então tem que estar em função da família. Então tem que tá fazendo as visitas, tem que tá a par de tudo sobre cada um da família. Temos que acolher bem as pessoas que vêm até à nossa unidade. Tem que estar bem, mostrando qual é nosso serviço, qual é a função que a gente tem que tá administrando dentro do Posto de Saúde e acolhendo mesmo! [...]. (AE5.10)

> Eu acho que o auxiliar é tudo. Porque o auxiliar tem, muitas vezes, tem mais contato com o paciente, né. Que, às vezes, o paciente vai ao acolhimento, a gente vai ouvir ele. Então a gente tem mais contato com o paciente, a gente tem mais contato, e muitas vezes ele não sabe se expressar. Ele chega pro médico e passa de um jeito e a gente ouvindo e anotando a queixa dele a gente vai passar melhor pra ele né [...]. (AE6.14).

Fenômeno E2. Desmotivando-se no processo de trabalho na ESF, perante a falta de apoio do gestor

Retrata o movimento de afastamento do AE da proposta ESF como novo modelo de atenção à saúde, quando este sofre abalos decorrentes da precarização do seu processo de trabalho, influenciados pela dimensão político-administrativa do gestor, evidenciada pelo déficit do profissional nas Unidades, acarretando ao mesmo sobrecarga de trabalho, que por sua vez abala o referencial de cuidado integral e longitudinal da ESF, associada ao impacto que as transições políticas trazem às equipes, bem como baixos salários e a falta de apoio psicológico ao trabalhador da saúde. Este fenômeno reúne dois temas: sentindo falta de apoio do gestor no processo de trabalho, rompendo psiquicamente com o processo de trabalho na ESF. (Diagrama 24)

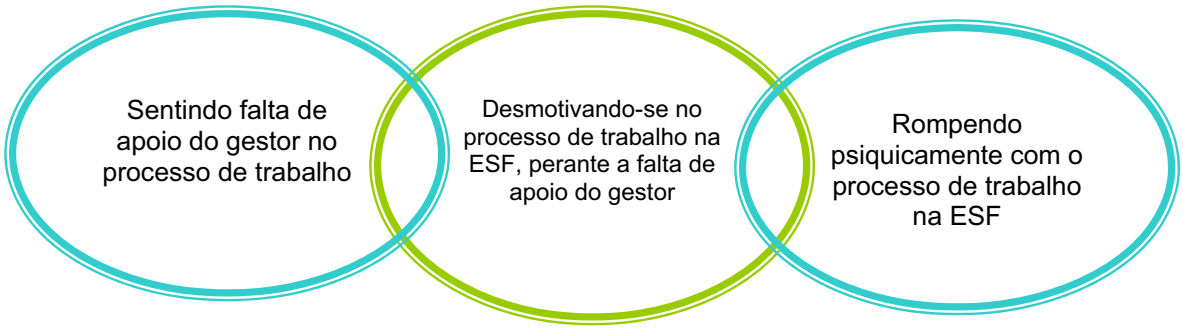

Diagrama 24 - Fenômeno E2. Desmotivando-se no processo de trabalho na ESF, perante a falta de apoio do gestor: temas.

Tema E2.1. Sentindo falta de apoio do gestor no processo de trabalho

Trata-se de um agrupamento de componentes desmotivadores à manutenção do engajamento do AE na ESF, decorrente de fatos e transições político-administrativos que promovem a precarização do trabalho, evidenciada pela sobrecarga imposta pelo déficit do profissional por falta de contratação, impedindo-o de praticar um dos fundamentos do novo modelo de atenção, o cuidado integral e longitudinal às famílias, associado a baixos salários e a falta de apoio psicológico do gestor municipal. Este tema abarca quatro categorias: perdendo o referencial de cuidado integral e longitudinal perante a sobrecarga de trabalho imposta pelo déficit de AE, recebendo baixos salários, não contando com apoio psicológico, sofrendo impacto nas transições políticas. (Diagrama 25) (Quadro 24)

> [...] Eu acredito no PSF, mas eu acredito que se eles (o gestor) não olhar pro funcionário, o programa vai ser apenas uma coisa assim... que a pessoa vai lá e vai toca o serviço [...]. (AE1.3).
>
> [...] Assim, eu falo dos gestores né! Não estou falando do doutor, estou falando de quem contrata o funcionário e o salário não é muito animador, e você vê assim, como tem muitas mudanças sempre sobrecarrega aquela pessoa, e a pessoa que vai ficando, vai se desestimulando [...]. (AE1.1)
>
> [...] faz cinco anos que a gente tá aqui é a mesma coisa, entendeu? Ficou de ter uma gratificação e tal, mas, por enquanto nada! [...] então a gente vai tocando [...]. AE9.4)

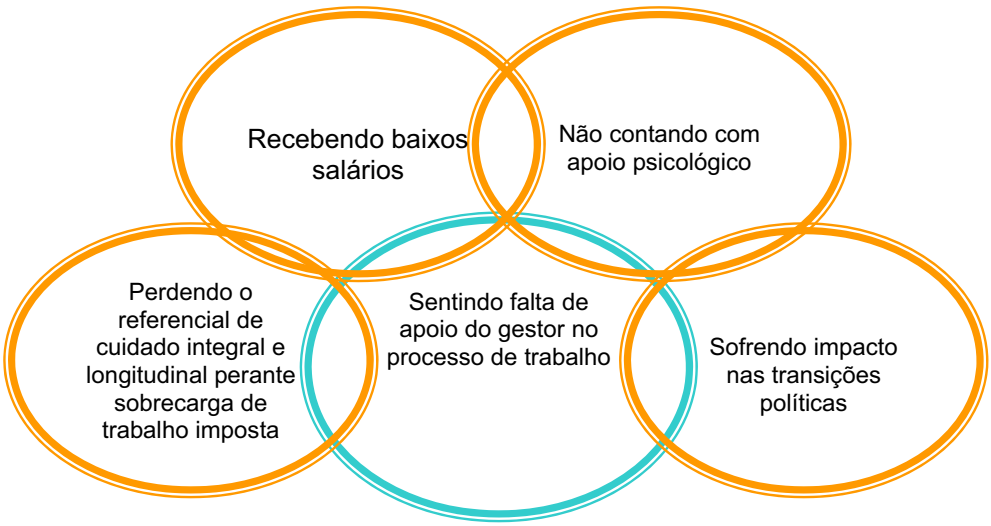

Diagrama 25 - Tema E2.1. Sentindo falta de apoio do gestor no processo de trabalho: categorias.

Categoria E2.1.2. Perdendo o referencial de cuidado integral e longitudinal perante a sobrecarga de trabalho imposta pelo déficit de AE

Trata-se de um dos componentes que sinaliza ao AE que está havendo falta de apoio da gestão municipal no desenvolvimento do seu processo de trabalho, tanto nos cenários da USF e no domicílio das famílias. A sobrecarga decorrente do déficit do profissional, por falta de contratação, impede-o de operacionalizar o modelo de cuidado integral longitudinal, razão que o levou a escolher a ESF como campo de atuação profissional. A sobrecarga de trabalho impulsiona-o a reproduzir o modelo assistencial funcional, denominado por ele como trabalho mecânico, característico nas UBS, no qual não acredita como proposta de atenção à saúde. Esse processo gera desesperança e desmotivação na materialização de um sonho de exercício profissional, ou seja, ele passa a desacreditar no modelo. Esta categoria reúne três subcategorias: vivenciando o déficit de AE por falta de contratação, sentindo-se sobrecarregado, não conseguindo realizar visitas domiciliares por déficit de AE. (Diagrama 26) (Quadro 25)

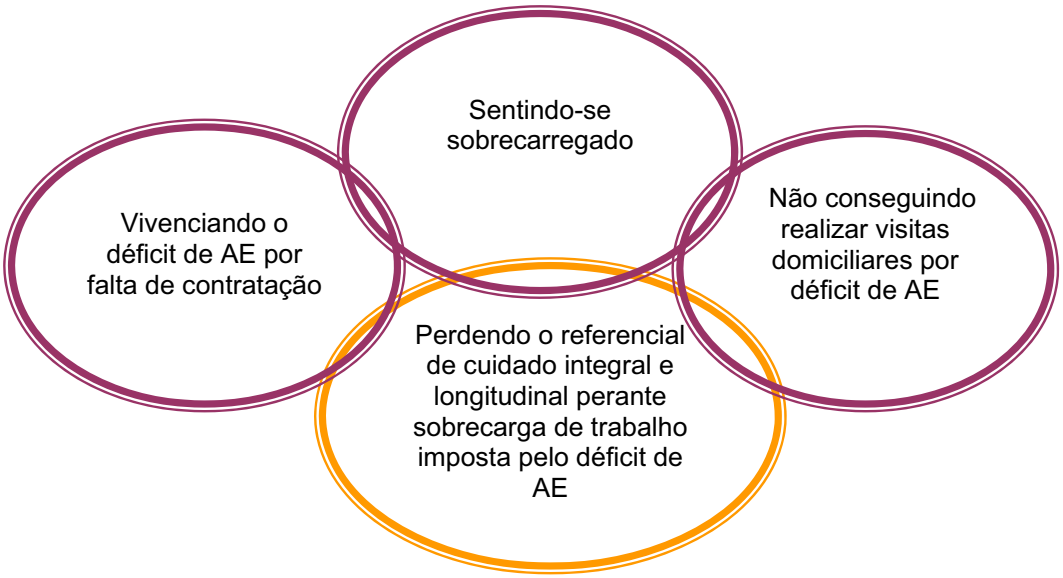

Diagrama 26 - Categoria E2.1.2. Perdendo o referencial de cuidado integral e longitudinal perante a sobrecarga de trabalho imposta pelo déficit de AE: subcategorias.

Subcategoria E2.1.2.1. Vivenciando o déficit de AE por falta de contratação

Trata-se de um dos principais desencadeadores do processo de desmotivação do AE continuar imprimindo seus esforços na construção no novo modelo de atenção à saúde, uma vez que a não contratação do profissional gera

sobrecarga de trabalho, impedindo-o de operacionalizar ações fundamentadas na essência do modelo, ou seja, o cuidado integral e longitudinal da família. O déficit de recursos humanos obriga a equipe a reproduzir na ESF o modelo assistencial funcional (mecânico), ainda utilizado nas UBS. Desta forma, o AE passa a desacreditar na ESF, sem investimento em Recursos Humanos pelo gestor municipal. (Quadro 25)

> [...] Porque como que você vai querer ter visita, por exemplo, se fica dois funcionários aqui no Posto? Tem uma fazendo visita lá, por obrigação! Mas não temos funcionários só pra fazer visita, prá ir lá, prá poder visitar, pra conversa com a Dona Maria, pra bater um papo. Então acho que por causa desses problemas e eu acho que se continuar assim, eu não sei como anda nas outras unidades vão deixar de ser o PSF. Eu acho que vai ser apenas uma Rede Básica [...]. (AE1.1)

> [...] eu acho que pela falta de funcionário, o que vai acontecendo é que você acaba deixando as coisas acontecendo. Você percebe que daqui a pouco vai virar nada! Que nem fosse uma rede básica! [...]. (AE1.2)

Subcategoria E2.1.2.2. Sentindo-se sobrecarregado

Decorre do déficit de profissional por falta de contratação, levando-o a se manter fixo na USF, assoberbado de atividades que o impedem de realizar ações na comunidade, como visita domiciliar, cuidados no domicílio, entre outras atividades de prevenção e promoção dirigidas ao indivíduo e a família. Essa situação promove desconforto ao AE, em face do excesso e da manutenção por muito tempo na mesma estação de trabalho, fato que acaba gerando dúvidas acerca do seu futuro no modelo, imerso no sentimento de um ator solitário nesse processo, sem perspectiva de solução pela gestão municipal. (Quadro 25)

> [...] mas não sabe o dia de amanhã, se elas não vão ficar ou se vão ficar. Você fica sempre naquela corda bamba e, a partir do momento que você tá se sentindo sobrecarregado, e que estão exigindo de você, você não tem muito prá oferecer pro paciente. Eu acredito no PSF, mas eu acredito que, se eles não olharem pro funcionário, o programa vai ser apenas uma coisa que a pessoa vai lá e vai toca o serviço [...]. (AE1.2)

> [...] Eu gosto de trabalhar aqui, só que tem assim, ainda eu acho que falta mais funcionário pra funcionar melhor. Sabe, a gente tem bastante encargo, tem bastante responsabilidade e precisa de mais funcionário pra funcionar melhor, porque a gente fica sobrecarregada. Aqui principalmente a gente tem passado por essa experiência de sobrecarga [...]. (AE2.4)

> [...] tem momentos mais dificultoso devido o número de funcionários que não é de acordo com o número de funcionários da equipe. Devido à demanda ser grande a gente sobrecarrega um pouco [...]. (AE9.3)

Subcategoria E2.1.2.3. Não conseguindo realizar visitas domiciliares por déficit de AE

Trata-se de um dos eventos que gera impotência no AE em materializar o cuidado integral longitudinal às famílias, ao ser submetido a um processo de imobilização, diante da sobrecarga de atividades na USF, por déficit do profissional. Para tanto, apesar de o AE reconhecer a importância da visita domiciliar como uma atividade de aproximação da família no domicílio, para identificar problemas contextualizados e realizar educação em saúde, ele se vê impossibilitado de participar dessa atividade e de estabelecer uma relação de ajuda às pessoas. (Quadro 25)

> [...] importantíssimo as visitas domiciliares dos agentes comunitários, tem os agentes pra buscar, descobrir as pessoas, e estar transmitindo para os médicos e enfermeiros que tem na nossa unidade. Eu acho que é isso, tem que ter acolhimento [...] e tem auxiliar de enfermagem, agente comunitário, indo visitar a família, buscando os problemas, tentando resolver [...]. (AE5. 11).

> [...] Você não precisa se envolver na vida do paciente, mas a questão da visita, eu acho que pela falta de funcionário, você vai deixando as coisas, o que vai acontecendo é que você percebe que daqui a pouco vai virar nada! Que nem fosse uma rede básica! Porque como que você vai querer fazer visita, por exemplo, se fica dois funcionários aqui no Posto? Tem uma fazendo visita lá, por obrigação! Mas não temos funcionários só pra fazer visita, prá ir lá, prá poder visitar, pra conversa com a Dona Maria, pra bater um papo [...]. (AE1.1)

Categoria E2.1.3. Recebendo baixos salários

É um fator que tem desestimulado o AE, quando este percebe receber uma remuneração aquém das responsabilidades assumidas no processo de trabalho junto à equipe. (Quadro 26)

> [...] o salário não é muito animador, e você vê assim, como tem muitas mudanças sempre sobrecarrega aquela pessoa, e a pessoa que vai ficando, vai se desestimulando [...]. (AE1.1)

> Então, eu vejo que a gente trabalha na medida do possível, a gente se dá ao trabalho, só que muitas vezes o que desanima é a parte de incentivo, de remuneração. Faz cinco anos que a gente tá aqui e é a mesma coisa entendeu? Ficou de ter uma gratificação e tal, mas por enquanto nada! (AE9.4)

Categoria 2.1.4. Não contando com apoio psicológico

Retrata outro componente sinalizador de falta de apoio da gestão municipal, quando esta não promove suporte emocional ao AE, em face das mudanças vividas por ele durante o período de trabalho na ESF, principalmente, nos enfrentamentos dos problemas inerentes a um novo modelo de atenção que está sendo construído. (Quadro 27)

> [...] Porém o que acontece? Há falta de funcionária... há muitas mudanças... eu acho assim, eles não se preocupam no bem estar do funcionário e não tem muito respaldo psicológico [...]. (AE1.1)

> [...] não tô falando do Doutor, tô falando de quem contrata o funcionário e o salário não é muito animador. Você vê que, como tem muitas mudanças, sempre sobrecarrega aquela pessoa, e a pessoa que vai ficando, vai se desestimulando [...]. (AE1.1)

Categoria E2.1.5. Sofrendo o impacto nas transições políticas

É mais um componente apontado pelo AE como um fato que repercute negativamente no processo de trabalho. As transições políticas acabam gerando a percepção de um futuro incerto, portanto, de insegurança ao trabalhador, da continuidade de seu contrato. As mudanças ocorridas nesse período de transição política aliadas à sobrecarga e desmotivação, geram um sentimento de menos valia no AE. (Quadro 28)

> [...] Pela falta de funcionário no começo é que os problemas acontecem. Agora teve concurso e tal, mas to aqui tem quase quatro anos e já teve uma mudança e quando no fim da gestão, ficamos sabendo que o ano que vem vai ter o concurso, onde cada funcionário vai ter que prestar e passar e se passar vai pedir as contas. Então, aquele funcionário que tá quatro anos aqui é o que prá ele? A partir do momento que você sente que não é nada, você só quer tocar o serviço! Você precisa trabalhar, então você vai tocar o serviço, vai ganhar seu pão e vai embora! [...] Então, o trabalho de equipe por ter muitas mudanças, eu acho que é uma coisa que nós estamos reconstruindo, acho que tá sendo reconstruído. Da parte de auxiliar dificilmente, pois, não tem mais muita coisa assim pra fazer mais. Cada dia tá vindo uma funcionária nova e, sabe, eu queria! Eu queria mesmo sentar com as auxiliares, propor planos, coisas novas, rever escala que a gente acha que dá muita confusão, mas sempre faz, mas cada dia tem um funcionário diferente, cada dia é uma coisa diferente! [...]. (AE1.3)

> [...] Sem aquele amor que eu tinha no começo de conversar com o paciente, está bem mais difícil hoje em dia! Tá tendo muitas mudanças. Agora aumentou os funcionários, mas você que vai ficando mais tempo, você vai ficando sós. É você, você e você [...]. (AE1.2)

Tema E2.2. Rompendo psiquicamente com o modelo ESF

Significa o movimento emocional de afastamento de um ideal que o conduziu a escolher a ESF ao invés do hospital como um campo para o exercício profissional, fundamentado no cuidado integral longitudinal da família e que se transformou em uma ilusão, diante da falta de apoio no processo de trabalho do gestor municipal. A percepção do AE é de que o modelo ESF reproduz o modelo da UBS (Quadro 29).

> [...] Assim, falo dos gestores, não do doutor, estou falando de quem contrata o funcionário, isto é, nosso salário não é muito animador. Você vê que, como tem muitas mudanças, sempre sobrecarrega uma pessoa, e a pessoa que vai ficando, vai se desestimulando. Porque muita coisa que você acreditava antes, que é sorrir para os pacientes, que era aquela preocupação, com aquele amor sabe, assim... Você não precisa se envolver na vida do paciente, mas a questão da visita, eu acho que pela falta de funcionário, você vai deixando as coisas, o que vai acontecendo é que você percebe que daqui a pouco vai vira nada! Que nem fosse uma rede básica! Porque como que você vai querer fazer visita, por exemplo, se fica dois funcionários aqui no Posto? Tem uma fazendo visita lá, por obrigação! Mas não temos funcionários só pra fazer visita, prá ir lá, prá poder visitar, pra conversa com a Dona Maria, pra bater um papo. Então, acho que por causa desses problemas, eu acho que se continuar assim, eu não sei como anda nas outras unidades, isto é, vai deixar de ser o PSF. Eu acho que vai ser apenas uma Rede Básica [...]. (AE1.1)

> [...] a partir do momento que você significa nada para eles (o gestor). Você só quer tocar o serviço. Você precisa trabalhar, então vai tocar o serviço, vai ganhar seu pão e vai embora! [...]. (AE1.13)

> [...] Eu vejo, todo mundo trabalha, todo mundo dá de si prá melhorar o trabalho, prá atender o público na medida do possível né, porque a demanda é grande. É um corre-corre o dia todo, acho que em outros lugares também. Às vezes, mesmo tendo duas equipes, já ajuda, então acho assim, é que a gente fica meio entristecida pela falta de reconhecimento. [...]. (AE9.5)

6.5.2 Descobrindo a Categoria Central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: mantendo-se motivado no processo de trabalho na ESF, apoiado na materialização do cuidado integral longitudinal, no sentimento de pertença à equipe e no papel de decodificador das queixas do usuário ao médico no espaço do acolhimento e desmotivando-se no processo de trabalho na ESF, diante da falta de apoio do gestor, buscando compará-los e analisá-los para

compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias e subcategorias). Esta estratégia nos permitiu identificar as categorias e subcategorias chave, que evidenciassem o movimento do auxiliar de enfermagem na experiência de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O processo que leva o auxiliar de enfermagem a motivar-se pelo trabalho na ESF é a materialização de uma práxis norteada no cuidado integral longitudinal, bem como no seu empoderamento ao se sentir pertencente a uma equipe e em facilitar uma comunicação inteligível usuário-médico no espaço do acolhimento. Ademais, vivencia sentimentos de pertencimento no processo de trocas de saberes no interior da equipe multiprofissional. Estes elementos, quando se inter-relacionam, lhe proporcionam satisfação e prazer no processo de trabalho na ESF, modelo de atenção à saúde que escolheu para trabalhar quando empreendeu um movimento de abandono do cenário hospitalar.

Entretanto, quando passa a vivenciar o novo modelo, empreende um outro movimento, o de afastamento do mesmo, quando ele sofre abalos decorrentes da precarização do seu processo de trabalho, influenciados pela dimensão político-administrativa do gestor, evidenciada pelo déficit do profissional nas Unidades, acarretando ao mesmo sobrecarga de trabalho, que, por sua vez, abala o referencial de cuidado integral e longitudinal da ESF, associada ao impacto que as transições políticas trazem às equipes, bem como baixos salários e a falta de apoio psicológico ao trabalhador da saúde.

Frente a esses componentes desmotivadores e desestimulantes, sente-se iludido com o modelo ESF, desacreditando no mesmo pela falta de apoio do gestor municipal e rompendo psiquicamente ao descobrir que o ideal do cuidado integral-longitudinal tornou-se uma ilusão.

Para tanto, intitulamos a categoria central, como: **DO IDEAL À ILUSÃO: A DIMENSÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DO GESTOR MUNICIPAL COMO COMPONENTE INTERVENIENTE NA CONSECUÇÃO DA ESF.**

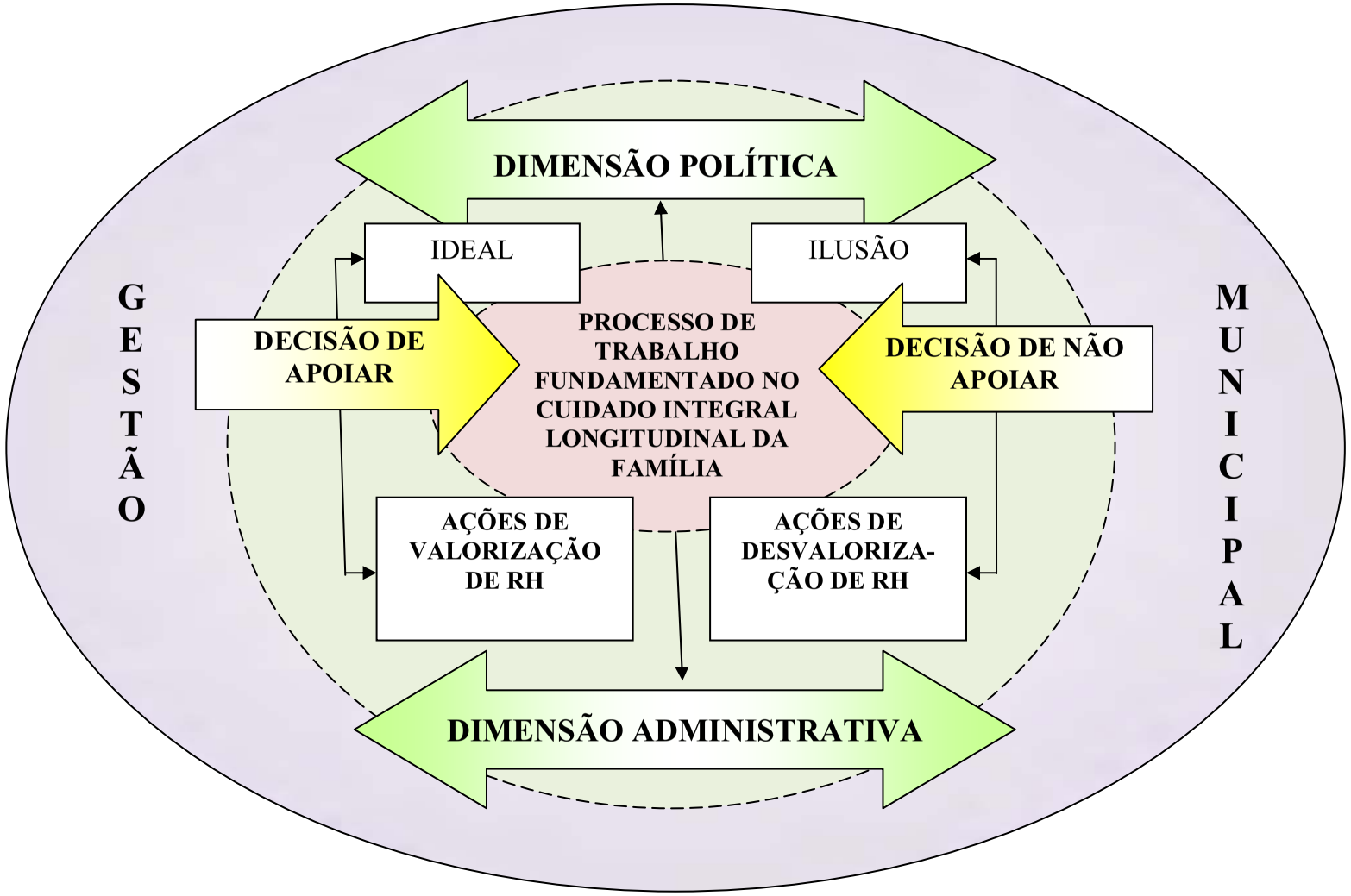

Figura 7 - Categoria Central AE - Do ideal à ilusão: a dimensão político-administrativa do gestor municipal como componente interveniente na consecução da ESF.

6.6. EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA ESF

6.6.1 Fenômenos Identificados

Fenômeno F1. Mantendo-se motivado ao vivenciar a visibilidade de sua profissão mediante a reciprocidade com a comunidade na ESF

Retrata a primeira fase da experiência do ACS na ESF, caracterizada por um movimento empreendido no alcance da essência que dará visibilidade social a sua profissão, a qual se encontra no campo da comunicação, mais especificamente das relações interpessoais. Processo permeado da satisfação de poder vivenciar o sucesso de competências e habilidades constituídas junto à equipe, experimentado agora na forma de trocas emocionais benéficas, decorrentes do processo interacional ACS - comunidade, responsável por retroalimentá-lo a se manter motivado e engajado no exercício de seu papel, por meio de sinais que retratam reconhecimento social de sua práxis. Trata-se da construção de interações que são terapêuticas e mútuas, conferindo prazer ao ACS ao evidenciar, durante as visitas domiciliares, manifestações de satisfação da comunidade em ver suas necessidades atendidas. Este fenômeno abarca três categorias: considerando o trabalho gratificante no início, constituindo competências e habilidades no exercício da práxis por meio da reciprocidade estabelecida com a equipe, alcançando visibilidade da profissão por meio do exercício da mutualidade com a comunidade. (Diagrama 27)

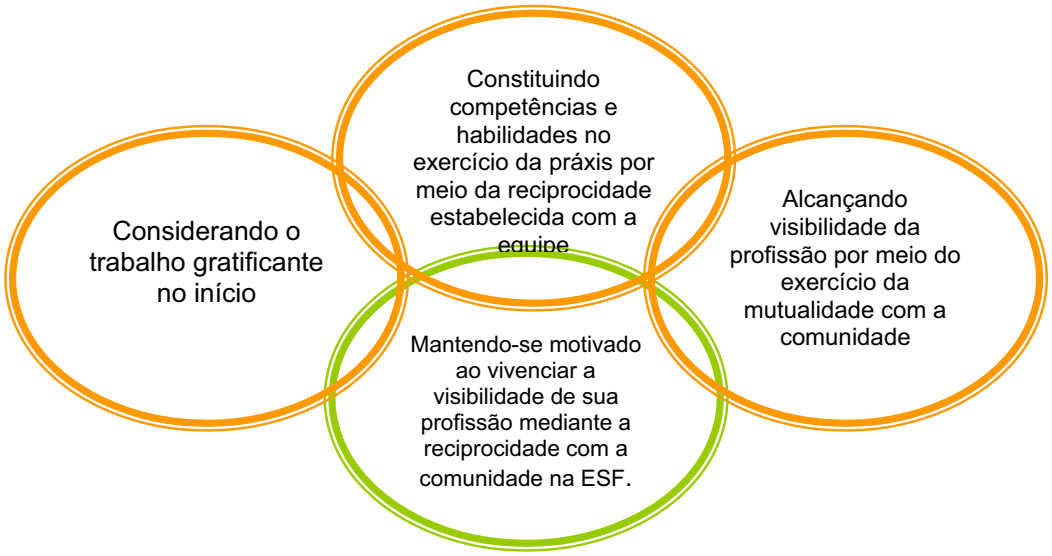

Diagrama 27 – Fenômeno F1. Mantendo-se motivado ao vivenciar a visibilidade de sua profissão mediante a reciprocidade com a comunidade na ESF.

Categoria F1.1 - Considerando o trabalho gratificante no início

Significa o sentimento que emerge do ACS, ao se deparar com um novo trabalho, que, mesmo desconhecido, o estimulou à busca de informações sobre a ESF com amigos e conhecidos do bairro, considerando no início um sonho realizado em sua vida. (Quadro 30)

> [...] Bem, a princípio foi um sonho realizado. Era uma coisa que, assim, eu já tinha ideia do que era saúde da família, e com certeza eu me senti realizada profissionalmente. Meu sonho era a parte de poder ajudar e na Saúde da Família enfoca muito isso. Você vai à casa, você faz aquela visita e isso pra mim era tudo que eu queria estar fazendo. Quando surgiu a oportunidade de trabalho, eu pesquisei bastantes coisas sobre Saúde da Família e pra mim era tudo. Eu me sentia mesmo realizada [...]. (ACS1.1).
>
> [...] então pra mim tá sendo gratificante trabalhar no PSF. Hoje eu posso dizer que está sendo um serviço gratificante [...]. (ACS4. 8).

Categoria F1.2. Constituindo competências e habilidades no exercício da práxis por meio da reciprocidade estabelecida com a equipe

É o meio utilizado pelo ACS para buscar os conhecimentos que fundamentarão o exercício da sua profissão, no momento de ingresso e formação junto à equipe ESF. São pessoas selecionadas por meio de concurso, provindas da própria comunidade, em busca de uma oportunidade de emprego, geralmente com vivências como líder comunitário e sem formação e experiência na área da saúde, demandando, assim, empenho em constituir suas competências e habilidades no

exercício de sua práxis. Para isso, sente-se acolhido pela equipe nesse processo. (Quadro 31)

> [...] Bom, a minha relação com a equipe é boa. A gente, graças a Deus, tem um bom relacionamento entre nós, tem respaldo, isto é, se você está na rua e se acontece alguma coisa, você traz aqui dentro e eles, como diria, te protege, auxilia, ajuda. Quer dizer então, a minha relação com eles é excelente, eu não tenho queixa de nada aqui de dentro, trabalho em conjunto e quando a gente precisa alguma coisa daqui de dentro, tem, eles precisam da gente lá fora, tem. Essa troca, então pra mim é uma boa [...]. (ACS3.7).

> [...] No trabalho em equipe eu sinto que tenho ganho profissional e aprendizagem, tanto como pessoa como profissional. Estou tendo conhecimento na área de saúde que eu não tinha e ah! Também conhecimentos gerais e pessoais. Você acaba confiando na outra pessoa, aprende a lidar melhor com o próximo. Você vê pessoas diferentes na equipe e é gostoso perceber essa diferença [...]. (ACS5.9).

Categoria F1.3. Alcançando a visibilidade da profissão por meio do exercício da mutualidade com a comunidade

Significa o alcance do reconhecimento profissional por meio do estabelecimento de uma relação recíproca ACS-comunidade durante a visita domiciliar, depreendendo sentimento prazeroso no ACS, ao interagir com símbolos que denotam satisfação na comunidade em ver as suas necessidades atendidas, validando assim uma nova práxis. Esta categoria reúne duas subcategorias: sentindo prazer em poder ajudar as famílias na ESF por meio de processo interacional terapêutico, sentindo-se reconhecido e valorizado o seu trabalho pela comunidade. (Diagrama 28) (Quadro 32)

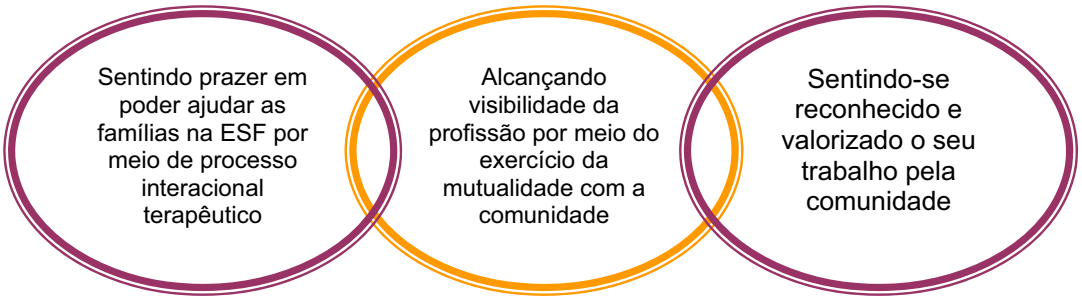

Diagrama 28 – Categoria F1.3. Alcançando visibilidade da profissão por meio do exercício da mutualidade com a comunidade: subcategorias.

Subcategoria F1.3.1. Sentindo prazer em poder ajudar as famílias na ESF por meio de processo interacional terapêutico estabelecido durante as visitas domiciliares

Significa o sentimento prazeroso desperto no ACS ao ver atendidos os problemas levantados por meio de um processo interacional terapêutico estabelecido com as famílias durante as visitas domiciliares. (Quadro 32)

> [...] eu gosto do que eu faço porque eu tenho a possibilidade de conversar com as pessoas, ajudar, saber o que está acontecendo dentro das casas. Ajudá-las no que elas precisam [...]. (AC3.6)

> [...] até um certo tempo, eu fui vendo que eu tinha capacidade de estar ajudando, de estar vendo o sofrimento da pessoa e estar tentando amenizar um pouquinho o sofrimento dela né! Tentando ajudar e, é difícil? Com certeza, porque estar entrando na casa de uma pessoa, às vezes ela não te conhece, eles mesmos não sabem como que é o programa [...] mas com o passar do tempo eu fui vendo que era bom, que eu tinha capacidade de estar ajudando a pessoa, de estar compartilhando da alegria, compartilhando da tristeza dela. Às vezes ela fala assim: - Ah! E vai contando coisas assim que é só pra você mesmo, achando que é sua amiga [...]. (ACS4.8)

Subcategoria F1.3.2. Sentindo-se reconhecido e valorizado no seu trabalho pela comunidade

Significa o prazer vivenciado pelo ACS mediante uma práxis diferente da vivida em sua vida particular acerca do reconhecimento e valorização de sua profissão perante a comunidade de sua área de abrangência. Ao receber esse retorno, sente-se gratificado ao ser lembrado pela mesma. (Quadro 32)

> [...] O benefício é muito grande, pois eu levo pra ela (comunidade) informações sobre a saúde, e informações pro posto também né! É que às vezes tem casos que a pessoa não percebe, pois está com algum tipo de problema ou doença e a gente traz aqui para tentar resolver, ajudar a resolver esse problema. Acho isso um benefício muito grande. Passar a informação, tentar ajudar da melhor forma possível e ver o reconhecimento deles é importante, eu gosto [...]. (ACS5.8)

> [...] prá mim assim é um prazer, tá fazendo visita, tá conversando com o pessoal. Eu sinto que eles me acolhem [...]. (ACS9.8)

Fenômeno F2. Frustrando-se com a impossibilidade de continuar vivenciando a reciprocidade com a comunidade na ESF em face das barreiras impostas ao atendimento de suas necessidades pela ineficiência de gestão do modelo

Representa a segunda fase da experiência do ACS na ESF, configurada de decepções decorrentes de se ver impossibilitado de continuar atendendo as necessidades da comunidade, ou seja, de vivenciar a essência do exercício de sua profissão por meio das relações interpessoais terapêuticas, favorecendo a sua visibilidade profissional decorrente da reciprocidade junto à comunidade. Este processo se rompe em face da sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor, fato este que o imobiliza na USF, afastando-o das funções que lhe conferem satisfação. Alem do mais, ao se deparar com as dificuldades na resolução dos problemas de encaminhamentos para outros níveis de atenção levantados junto à comunidade, sente-se limitado e frustrado, rompendo psiquicamente com o processo de trabalho na ESF, que considera bonita apenas no papel. Este fenômeno abarca três categorias: sentindo-se frustrado a se ver limitado na resolução de problemas da comunidade pela ineficiência da rede secundária de atenção à saúde, sofrendo com o afastamento das atividades de prevenção e promoção junto à comunidade perante sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor, rompendo psiquicamente com o modelo ESF com o tempo. (Diagrama 29)

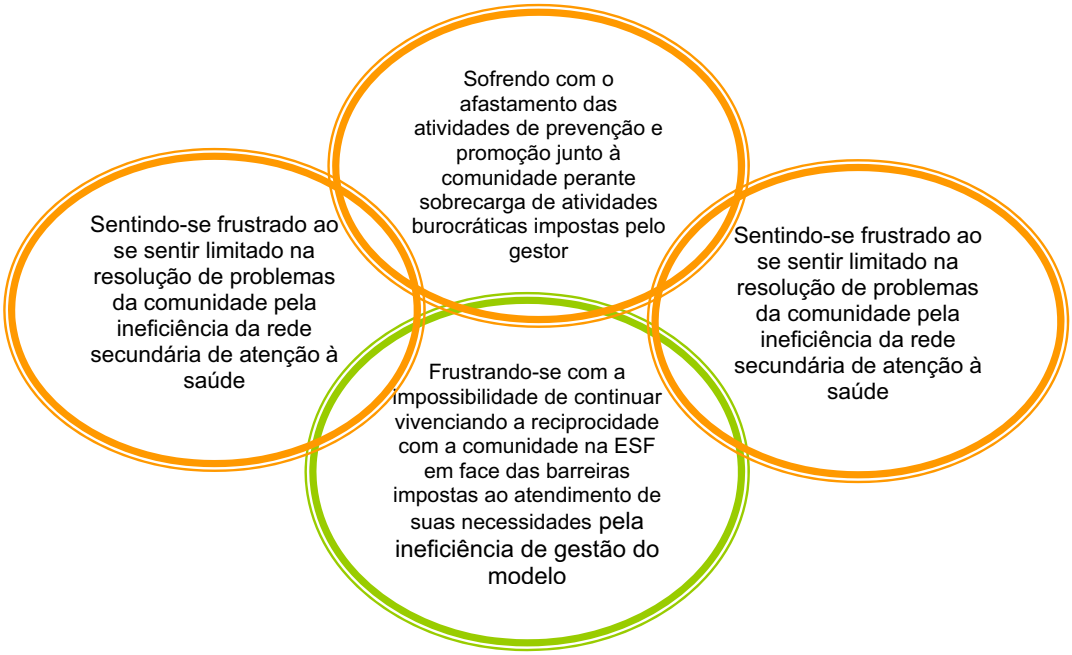

Diagrama 29 - Fenômeno F2. Frustrando-se com a impossibilidade de continuar vivenciando a reciprocidade com a comunidade na ESF em face das barreiras impostas ao atendimento de suas necessidades pela ineficiência de gestão do modelo: categoria.

Categoria F2.1. Sentindo-se frustrado ao se sentir limitado na resolução de problemas da comunidade pela ineficiência da rede secundária de atenção à saúde

Trata de um dos componentes que geram insatisfação no trabalho, retratado pelas dificuldades vivenciadas pelo ACS em sua práxis, decorrentes da ausência de uma rede estabelecida para encaminhamentos a outros níveis de atenção, tendo como conseqüência acúmulo de demanda sem resolutividade. Esse fato vem gerando sentimento de incapacidade por não ver essas demandas atendidas, que, por sua vez, gera tristeza e frustração ao ACS por romper a sua responsabilização com o processo de reciprocidade estabelecido com a comunidade. (Quadro 33)

> [...] você quer ajudar uma pessoa, você percebe o sofrimento de uma pessoa, você percebe um problema e depois não tem para quem levar, muitas vezes para na unidade porque não tem o secundário pra ajudar mais [...]. (ACS1.1)

> [...] tem hora que eu também me sinto meio assim, até frustrada, porque às vezes, eu quero resolver e não posso, eu tenho limitações como agente comunitário. Às vezes o paciente quer uma coisa meio urgente e você chega dentro da unidade e não dá pra ser urgente porque a unidade também depende de outros meios. Às vezes é um exame mais detalhado e

> o paciente tem urgência, ele está precisando e ele pede: - Ai me ajuda! Vê se me agiliza isso lá! Mas você sabe que não vai poder agilizar, porque não depende da unidade, depende de outros meios, a gente tem que mandar pra outros lugares alguns exames. Então a gente se sente limitado, aqui a gente se sente limitado e a gente na rua também porque você não vai levar a resposta que o paciente esperava de você. Então às vezes eu me sinto meio limitada [...]. (ACS3.6)
>
> [...] eu posso dizer em cinco anos que a maior dificuldade é os encaminhamentos [..]. Mas a gente vê que tem especialidades que tem muitas pessoas aguardando. [...]. (ACS9.6)

Categoria F2.2. Sofrendo com o afastamento das atividades de prevenção e promoção junto à comunidade perante sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor

Trata de outro componente gerador de insatisfação com o trabalho, levando ao sofrimento do ACS, depreendido do processo de sobrecarga imposta pelo gestor, ao delegar atividades administrativas que o inviabilizam de promover ações de prevenção e promoção à saúde junto à comunidade, ao mantê-lo recluso na USF. Esta categoria agrega duas subcategorias: sentindo-se insatisfeito com a sobrecarga gerada pelo preenchimento de papéis em detrimento à visita domiciliar e com a avaliação profissional quantitativa instituída pelo gestor, sofrendo por não realizar ações de prevenção à saúde junto à comunidade por sobrecarga de trabalho na USF (Quadro 34)

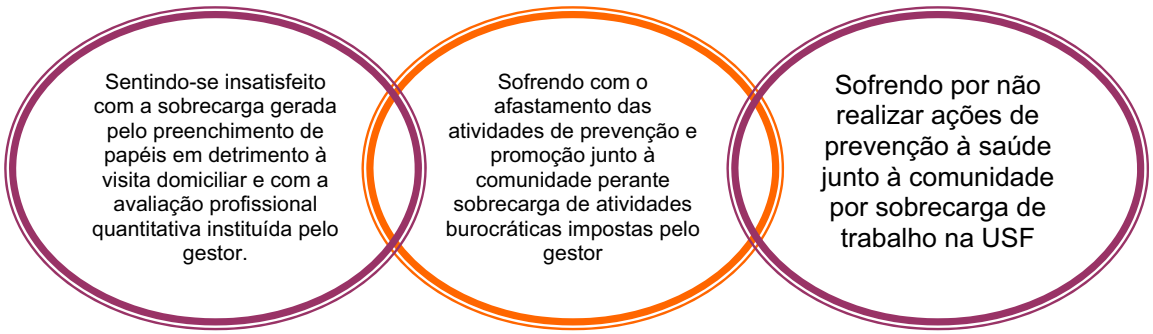

Diagrama 30 – Categoria F2.2. Sofrendo com o afastamento das atividades de prevenção e promoção junto à comunidade perante sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor: subcategorias.

Subcategoria F2.2.1. Sentindo-se insatisfeito com a sobrecarga gerada pelo preenchimento de papéis em detrimento à visita domiciliar e com a avaliação profissional quantitativa instituída pelo gestor

Trata-se de um componente que gera sofrimento a partir da burocratização da práxis do ACS, gerada a partir de novas demandas provenientes do gestor e da coordenação da unidade, passando grande parte do seu tempo preenchendo papéis em detrimento da realização de visitas domiciliares (VDs), fato este gerador de sobrecarga. Ademais, sua práxis vem sendo avaliada quantitativamente, isto é, pelo número de VDs realizadas, sem lançar um olhar mais analítico em relação à qualidade de suas ações. (Quadro 34)

> [...] até mesmo na unidade você é barrado. Você tem um projeto, mas não dá pra fazer porque a parte burocrática tá muito grande. Hoje eu tenho mais papelada pra preencher! Então eu passo um bom tempo preenchendo ficha [...]. (ACS1.1)

> [...] vem da Secretaria de Saúde vem muita ficha pra preencher. Antes se falava muito que o importante era qualidade, o que prevalecia era a qualidade, hoje se cobra muito quantidade. Então tem sido estabelecido mais ou menos dez a doze, quatorze visitas é o máximo que eu posso fazer por dia. Mas tem dias que dá pra fazer quatorze, beleza! Mas no dia que der pra fazer só cinco porque eu tenho algum trabalho pra fazer na unidade e a gente faz grupos também, entende? Estamos fazendo grupo do hiper dia, e se no final do mês choveu e eu fiz mais grupos, por exemplo, e não fiz aquela quantidade de visita, eu tenho essa cobrança. Então, assim, tudo isso tá causando certo sofrimento [...]. (ACS1.2)

Subcategoria F2.2.2. Sofrendo por não realizar ações de promoção e prevenção à saúde junto à comunidade por sobrecarga de trabalho na USF

Decorre da sobrecarga de atividades burocráticas inseridas pelo gestor, que o mantém ocupado na USF, preenchendo formulários para registrar suas atividades. Fato este o distancia de ações de promoção e prevenção, anteriormente realizadas junto à comunidade, como limpeza do bairro, atividades de entretenimentos, entre outras. (Quadro 34)

> [...] O sofrimento é porque tem ações que eu gostaria de fazer como já foi feito no início, logo quando eu comecei que foi um projeto pra limpar o bairro! Foi um projeto que envolvia a comunidade e envolvia a equipe. Hoje o que me traz sofrimento é porque não tenho um tempo pra fazer mais isso, as cobranças são maiores por parte do gestor [...]. (ACS1.2)

> Eu acho que tem que propor novas coisas pro PSF, pois a gente vê que a demanda é grande. Quando entrei, achei que dava prá trabalhar com todo mundo, atender todo mundo no horário, que todos iam ser atendidos no

> momento que chegasse à unidade. Mas você vê que não dá prá desenvolver um trabalho com grupos, ai é complicado. Você vê que a demanda é maior do que qualquer coisa. [...]. (ACS9.10)

Categoria F2.3 - Rompendo psiquicamente com a operacionalização do modelo ESF no município

É o resultado da desaprovação do ACS, mediante avaliação do processo de trabalho proposto pela gestão municipal, que desmaterializa todo o seu esforço no processo de construção da visibilidade de sua práxis junto à sociedade. (Quadro 35)

> [...] Eu me sentia mesmo realizada no início, mas passado o tempo, depois de quatro anos e meio, tudo mudou, porque eu vejo que a realidade é outra. Não vejo mais aquele sentido de realização mesmo, pelo contrário, é um pouco até sofredor. [...] está se tornando, eu diria um pouco sofrido, já não é mais como era antes. Minha ideia da Saúde da Família continua na teoria, mas na prática mudou bastante [...]. (ACS1.1)

> [...] Então quando eu comecei, foi colocado prá gente sobre o Programa, como seria, o que era o programa. Então, acho assim, no de começo vi que era muito bom, que ia ser muito importante aqui prá nossa comunidade que tem pessoas carentes. Só que quando a gente começou a trabalhar a gente viu que por trás daquele programa lindo vinham outras coisas né, que é bater de frente, que não era aquilo que ia acontecer na prática [...] E a hora que a gente começou a trabalhar a gente viu que não era isso que tava acontecendo, que aquela família tinha um problema social e que você não tinha muito que fazer, que você tinha que escutar todos os meses que ela tava passando por dificuldade e que não tinha parceria [...]. (ACS9.6)

6.6.2 Descobrindo a Categoria Central

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: **sentindo prazer em vivenciar a reciprocidade com a equipe e a comunidade e frustrando-se com a impossibilidade de continuar vivenciando a reciprocidade com a comunidade na ESF,** buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias e subcategorias). Esta estratégia nos permitiu identificar as categorias e subcategorias chave, que evidenciassem o movimento do agente comunitário de saúde na experiência de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O processo que leva o agente comunitário de saúde a sentir prazer em sua práxis é vivenciar a reciprocidade com a equipe multiprofissional e a comunidade, isto é, ele constrói uma interação terapêutica com as mesmas, conferindo-lhe prazer que se estabelece a partir das visitas domiciliares desde o início de suas atividades na ESF. Esse fato valoriza seu trabalho e proporciona reconhecimento pelas mesmas, bem como vai constituindo competências e habilidades no exercício de sua práxis em face dos aprendizados conquistados nos espaços de trocas de saberes da equipe multiprofissional. Estes componentes, quando se inter-relacionam, lhe proporcionam satisfação e prazer no processo de trabalho na ESF, modelo de atenção à saúde em que ingressou por meio de concurso, em busca de uma oportunidade de emprego. Geralmente oriundos da própria comunidade, sem formação ou experiência na área da saúde, demanda assim, empenho em constituir suas competências e habilidades no exercício dessa nova profissão. Para isso, sente-se acolhido pela equipe nesse processo.

Contudo, quando passa a vivenciar sua nova profissão, se decepciona ao se ver impossibilitado de continuar vivenciando a reciprocidade junto à comunidade em face da sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor durante seu percurso de trabalho na ESF. Este fato o imobiliza na USF, afastando-o das funções que lhe conferem satisfação. Alem do mais, ao se deparar com as dificuldades na resolução dos problemas de encaminhamentos para outros níveis de atenção, levantados junto à comunidade, sente-se limitado e frustrado, rompendo psiquicamente com o processo de trabalho na ESF, que considera bonita apenas no papel.

Para tanto, intitulamos a categoria central, como: **DO SONHO À FRUSTRAÇÃO COM A ESF: A RECIPROCIDADE ACS - COMUNIDADE COMO COMPONENTE INTERVENIENTE.**

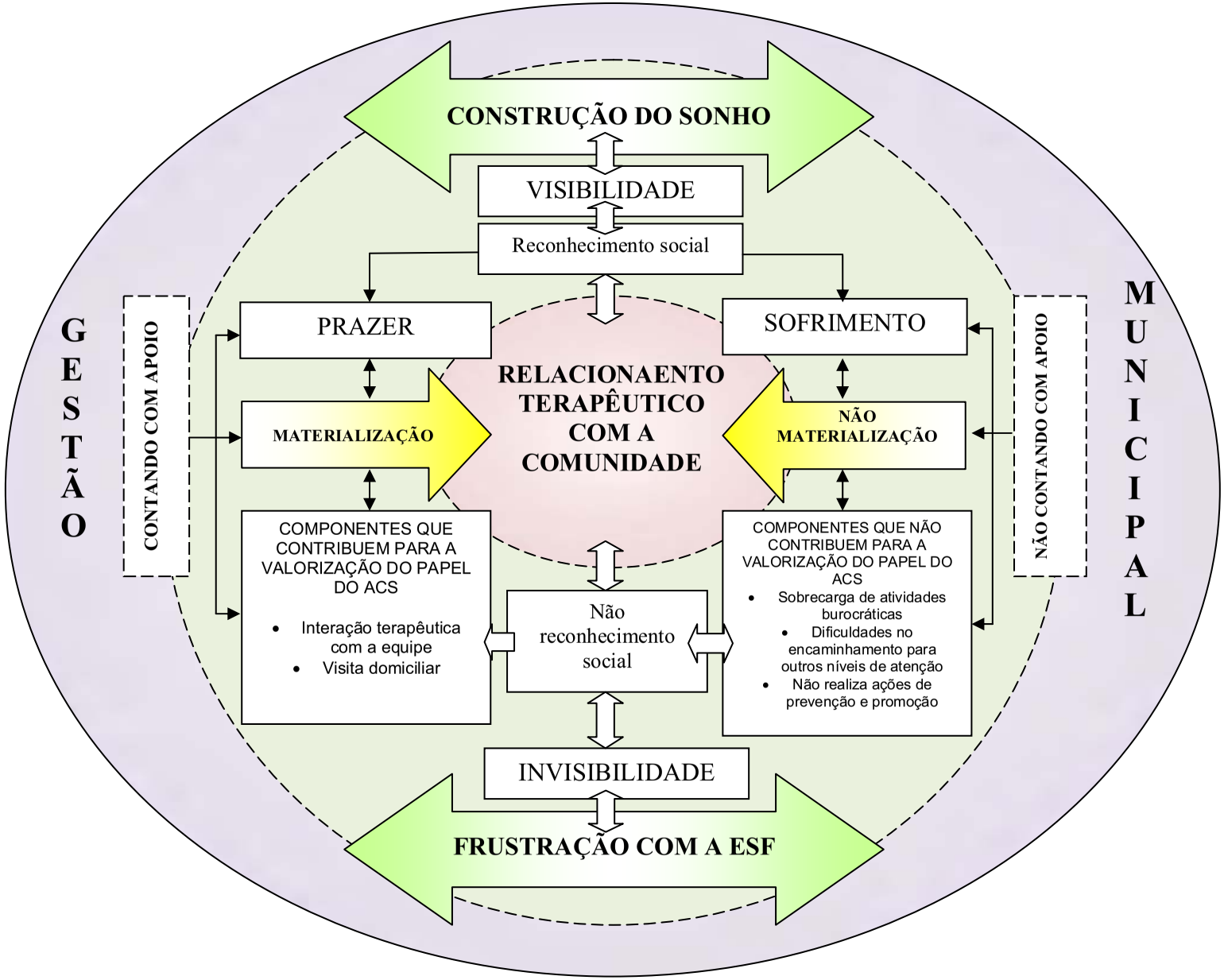

Figura 8 - Categoria central ACS: Do sonho à frustração com a ESF: a reciprocidade ACS - comunidade como componente interveniente.

6.7 METASSÍNTESE DOS MODELOS TEÓRICOS: A EXPERIËNCIA DA EQUIPE NA ESF

A metassíntese dos modelos teóricos se deu após a interação dos seis modelos apresentados anteriormente, dos quais, após novas codificações e agrupamentos de mesmo significado e análises comparativas dos mesmos à luz da Teoria Fundamentada dos Dados, emergiram dois fenômenos: encontrando-se como membro da equipe multiprofissional, não se encontrando como membro da equipe multiprofissional da ESF.

6.7.1 Identificando os Fenômenos

Fenômeno EQ1. Encontrando-se como membro da equipe multiprofissional

É o membro da equipe multiprofissional que consegue encontrar prazer na ESF, ao perceber o reconhecimento de seu trabalho pela comunidade e equipe, materializado por meio de ações de promoção e prevenção à saúde, conferindo aos mesmos autonomia e possibilidade de construção de vínculos com a equipe-comunidade, tornando-se reconhecido socialmente, o que, por sua vez, contribui com o alcance da visibilidade profissional. Esse fenômeno agrupa cinco categorias: entusiasmando-se com a possibilidade de ver reconhecida a sua práxis na ESF, constituindo vínculos com a comunidade e equipe vivenciando o processo reciprocidade profissional-comunidade, materializando o cuidado integral na práxis, alcançando visibilidade da profissão. (Diagrama 31)

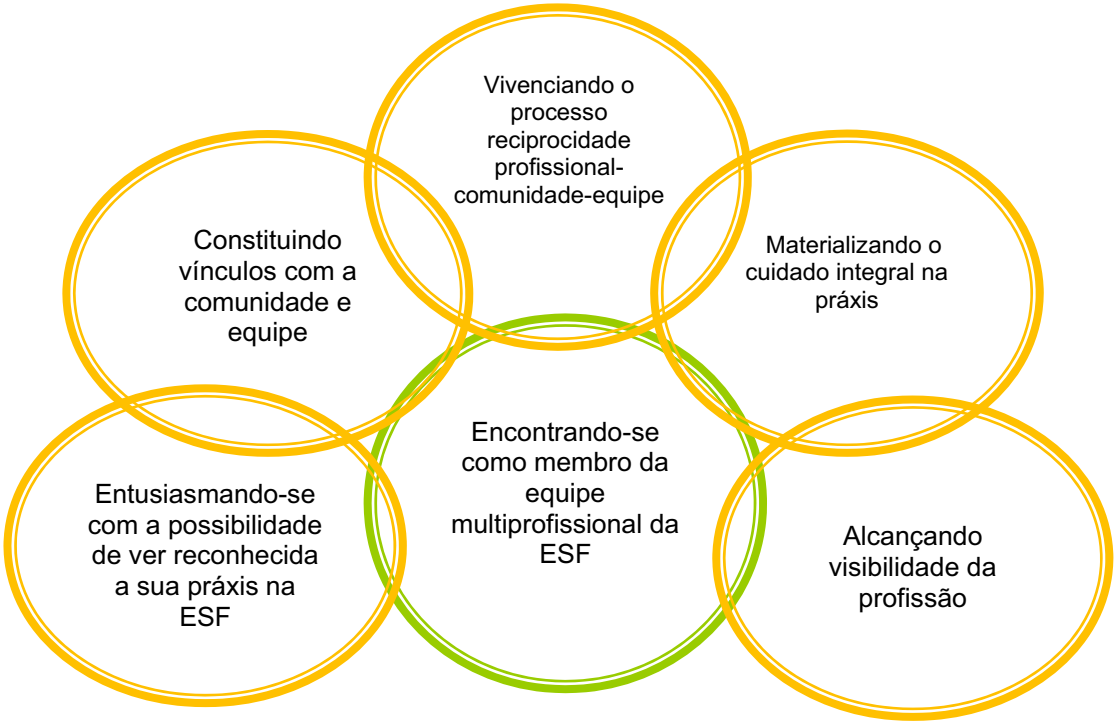

Diagrama 31 - Fenômeno EQ1. Encontrando-se como membro da equipe multiprofissional: categorias.

Categoria EQ1.1. Entusiasmando-se com a possibilidade de ver reconhecida a sua práxis na ESF

Trata-se de um processo motivacional alimentado pelo entusiasmo em alcançar a visibilidade da práxis profissional por meio da oportunidade de estabelecer uma relação de reciprocidade com a comunidade. Oportunidade esta em que o profissional exercita a sua autonomia ao empreender o movimento de tomada de conhecimento das necessidades reais da população e, responsavelmente, levar soluções a ela, o que, por sua vez, valida a sua práxis materializada no cuidado integral. Em face dessa evidência, o profissional sente prazer em tornar-se visível no processo de trabalho. (Quadro 37)

Categoria EQ1.2. Construindo vínculos com a comunidade e equipe

Decorre do estabelecimento de laços de relacionamento entre os membros da equipe multiprofissional e deles com a comunidade a partir da criação de espaços para a operacionalização de ações de promoção de prevenção, isto é, o cuidado integral. Este fato fortalece a equipe para o enfrentamento dos problemas da comunidade. (Quadro 37)

Categoria EQ1.3. Vivenciando o processo reciprocidade profissional-comunidade-equipe

Significa o movimento de trocas de conhecimentos entre os membros da equipe com a comunidade, cujo atributo é a reciprocidade, ou seja, desperta o sentimento prazeroso nos membros que buscam o conhecimento e naqueles que compartilham as suas vivências. Existe o exercício da mutualidade e o fortalecimento do trabalho em equipe, que refletirá no cuidado integral à comunidade, conferindo prazer tanto à equipe quanto à comunidade. (Quadro 38)

Categoria EQ1.4. Materializando cuidado integral na práxis

Trata da satisfação sentida pelos membros da equipe multiprofissional quando realiza o cuidado integral, materializado por meio das ações de promoção e prevenção à saúde, momento em que é valorizada sua profissão. Ao materializar o cuidado integral, os mesmos sentem-se valorizados e estimulados nessa vivência, conferindo prazer. (Quadro 39)

Categoria EQ1.5. Alcançando a visibilidade da profissão

Trata de um processo que leva os membros da equipe a tornarem-se visíveis perante a equipe-comunidade por meio da valorização e do reconhecimento de sua práxis na solução das necessidades da comunidade. (Quadro 40)

Fenômeno EQ2. Não se encontrando como membro da equipe multiprofissional da ESF

Este fenômeno retrata o movimento de afastamento dos membros da equipe junto à ESF, como mecanismo de enfrentamento do seu sofrimento, ao se depararem com a sua práxis comprometida diante da escassez de apoio de uma rede secundária pouco resolutiva, associada a uma rede social, que não favorece suas decisões junto à saúde da comunidade. Para a equipe, não tem mais sentindo continuar num processo de trabalho que ainda se configura como conflituoso com o tradicional, comprometendo sua práxis de produzir saúde, tanto na sua visão, quanto da comunidade. Decide então que não quer continuar como ator desse processo de fazer saúde. Esse fenômeno agrega duas categorias: desmotivando-se com um

processo de trabalho na ESF diante da falta de apoio da gestão, defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade no modelo ESF. (Diagrama 32)

Diagrama 32 - Fenômeno EQ2. Não se encontrando como membro da equipe multiprofissional: categorias.

Categoria EQ2.1. Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF, diante da falta de apoio da gestão

Trata-se de um sentimento que atravessa e desestimula toda equipe na construção de um novo modelo de trabalho que não promove reconhecimento frente à equipe e comunidade, corroborado pela falta de reconhecimento do exercício profissional e social por parte do gestor. (Quadro 41)

Categoria EQ2. 2. Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade no modelo ESF

Significa o processo que toda equipe vivencia em seu exercício profissional junto à comunidade, materializado no não reconhecimento da prerrogativa do exercício profissional de cada membro da equipe. Ademais, o desgaste ao ter que gerir conflitos junto à mesma conduz a uma condição que contribui para a não valorização social de seu trabalho. (Quadro 42)

Fenômeno EQ3. Rompendo psiquicamente com o processo de trabalho na ESF

Trata-se de um agrupamento de componentes desmotivadores à manutenção dos membros da equipe multiprofissional no engajamento no processo de trabalho da ESF, decorrente de fatos e transições político-administrativos que

promovem a precarização do trabalho, evidenciados pela sobrecarga imposta pelo déficit do profissional por falta de contratação, impedindo-os de praticar um dos fundamentos do novo modelo de atenção - o cuidado integral ao indivíduo e, por consequência, às famílias -, associado a baixos salários e à falta de apoio psicológico do gestor municipal. Esse fenômeno abarca três categorias: não contando com o apoio do gestor ao exercício da profissão, percebendo a invisibilidade do exercício profissional relacionada à falta de apoio do gestor, vivenciando o processo de sofrimento psíquico. (Diagrama 33)

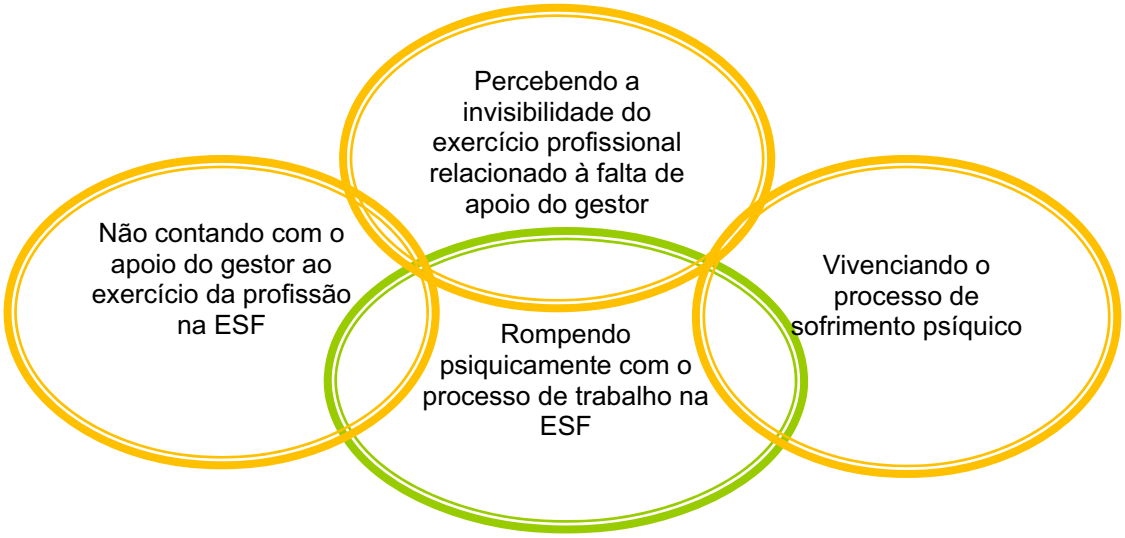

Diagrama 33 - Fenômeno EQ3. Rompendo psiquicamente com o processo de trabalho na ESF: categorias.

Categoria EQ3.1. Não contando com o apoio do gestor ao exercício da profissão na ESF

Trata-se de um dos componentes desmotivadores da equipe na ESF, que se ressente do distanciamento do gestor no processo de trabalho local, que, não oferecendo apoio psicológico e estrutural à equipe perante as resoluções dos problemas que surgem na comunidade, promove um sentimento de menos valia na equipe, dificultando seu engajamento na proposta do novo modelo ESF. Esse fato, decorrente muitas vezes de transições político-administrativas, promove a precarização do trabalho, evidenciada, sobretudo, pela sobrecarga imposta pelo déficit do profissional por falta de contratação, pela burocratização do trabalho e pela forma de avaliar quantitativamente o profissional, impedindo-o de praticar um dos fundamentos do novo modelo de atenção, o cuidado integral. (Quadro 43)

Categoria EQ3.2. Percebendo a invisibilidade do exercício profissional relacionado à falta de apoio do gestor

Trata-se da compreensão pela equipe da ESF da invisibilidade de seu exercício profissional diante da atitude opressora e não apoiadora do processo avaliativo instituído pelo nível central da ESF, que desconsidera a dimensão qualitativa peculiar ao trabalho de cada um de seus membros, a sobrecarga de trabalho decorrente do déficit de recursos humanos e a deficiência de uma rede apoio diagnóstica e social, componentes esses desmotivadores no processo de trabalho. (Quadro 44)

Categoria EQ3.3. Vivenciando o processo de sofrimento psíquico

Decorre de estados de sofrimento relatados, como frustração, angústia, opressão, impotência, confusão e desgaste, em virtude da carência de apoio do Sistema à prática médica voltada à resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, potencializados pela carência psicossocial. Essa categoria abarca duas subcategorias: frustrando-se ao descobrir que o ideal de cuidado integral se tornou uma ilusão na ESF, desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF diante da falta de apoio do gestor. (Diagrama 34)

Diagrama 34 - Categoria EQ3.3. Vivenciando o processo de sofrimento psíquico: subcategorias.

Subcategoria EQ3.3.1. Frustrando-se ao descobrir que o ideal de cuidado integral se tornou uma ilusão na ESF

Significa o sofrimento moral e a amargura externada pela equipe, diante da perda da esperança e a descrença na possibilidade de operacionalizar um

sonho idealizado: o cuidado integral na ESF. Esse se transforma em ilusão, imbuindo o profissional de angústia com um processo de trabalho que não se materializa na prática. (Quadro 45)

Subcategoria EQ3.3.2. Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF diante da falta de apoio do gestor

Trata-se de um sentimento que desestimula os membros da equipe multiprofissional da ESF na construção de um novo modelo de trabalho que não promove reconhecimento frente à equipe e comunidade, corroborado pela falta de reconhecimento do exercício profissional e social por parte do gestor. Ademais, essa desmotivação conduz a equipe a acreditar que o modelo ESF é bonito apenas no papel. (Quadro 45)

6.7.2 Descobrindo a Categoria Central do Metamodelo

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central do metamodelo foi inter-relacionar as seis experiências dos membros que compõem a equipe multiprofissional da ESF, em que busquei compará-las e analisá-las à luz da Teoria Fundamentada em Dados.

A metassíntese permitiu-me compreender como se dá a interação entre os seis modelos teóricos que emergiram das experiências e, como resultado final, emergiu uma nova categoria central, resultado agora dessa interação, a qual denomino de categoria central do metamodelo. Essa estratégia me permitiu identificar o movimento da equipe multiprofissional em saúde que atua na ESF.

O processo que leva a equipe a “encontrar-se” na ESF é decorrente do entusiasmo dos seus membros ao verem na ESF a possibilidade de uma nova práxis em saúde. Esse novo cenário aponta a oportunidade de afastamento de um trabalho muitas vezes solitário, tarefeiro e fragmentado e que não atende mais suas necessidades pessoais e profissionais. Ao vivenciarem o novo trabalho na ESF, alicerçado no trabalho em equipe com foco na comunidade e seus núcleos familiares, ressignificam suas vidas pessoais e profissionais ao se depararem com

uma realidade local diferente de tudo que já haviam presenciado no pretérito, isto é, uma equipe composta por diferentes profissionais e uma comunidade carente, que, a despeito de todas as suas diferenças e problemas sociais, econômicos e culturais, é muito acolhedora. Assim sendo, esses profissionais se deparam com a possibilidade de realizar o cuidado integral em saúde - seu ideal - e se integram no trabalho em equipe, o que lhes confere uma visibilidade social da profissão, pois, sua práxis é reconhecida pela comunidade e pelos seus pares, vivenciando um processo que denomino de “reciprocidade profissional-equipe-comunidade”, que só se realiza ao ver materializado seu ideal de trabalho no cuidado integral em saúde. Ademais, esse processo culmina no fortalecimento do trabalho em equipe e, por consequência, no modelo ESF, pois estabelece novos vínculos entre a equipe e a comunidade.

Entretanto, com o tempo, esses profissionais vão se desmotivando com o processo de trabalho na ESF, decorrente da falta de apoio psicológico, logístico e estrutural do gestor municipal para o enfrentamento dos tantos problemas e conflitos que surgem na comunidade, nas famílias e no interior do trabalho em equipe. Ademais, se ressentem dos órgãos formadores em saúde na medida em que não encontram em seus componentes curriculares durante a graduação, especialização e pós-graduação apoio para uma formação generalista, tão necessária nesse modelo de atenção. Diante desse cenário, não conseguem materializar o cuidado integral tão idealizado e frustram-se com o modelo ESF, perdendo a visibilidade social da sua profissão e deixando de vivenciar a reciprocidade profissional-comunidade-equipe. Nesse momento, o profissional passa a não se “encontrar” nesse modelo de atenção e “rompe” psiquicamente com o modelo, podendo se afastar ou se manter no mesmo. No último caso, ele só se mantém, porque não encontra novas oportunidades de trabalho ou não quer retornar a um cenário já conhecido. Esse movimento enfraquece o vínculo construído entre a equipe-comunidade e, como consequência, fragiliza o modelo de atenção ESF, deixando-o suscetível ao fracasso. Diante dos cenários descritos, intitulo a categoria central do metamodelo: **ENTRE OS PROCESSOS DE FORTALECIMENTO E DE FRAGILIZAÇÃO DO MODELO ESF: GESTÃO MUNICIPAL – ÓRGÃOS FORMADORES COMO COMPONENTES INTERVENIENTES.**

Figura 9 - Diagrama do metamodelo. ENTRE OS PROCESSOS DE FORTALECIMENTO E A FRAGILIZAÇÃO DO MODELO ESF: GESTÃO MUNICIPAL-ÓRGÃOS FORMADORES COMO COMPONENTES INTERVENIENTES.

Capítulo VII. Discutindo o Metamodelo

Os resultados apresentados neste estudo refletem o significado que os membros da equipe multiprofissional da ESF lhe atribuem ao vivenciarem o processo de trabalho nesse modelo de atenção, resultando na proposição de um metamodelo explicativo dessas experiências.

O metamodelo elaborado, por sua vez, apresenta um avanço nos conhecimentos relativos ao objeto de estudo - trabalho em equipe multiprofissional na ESF – e, para facilitar a discussão do mesmo à luz da TC, elaborei, a priori, um diagrama que pudesse representar o movimento da experiência da equipe, segundo o referencial teórico (Diagrama 35).

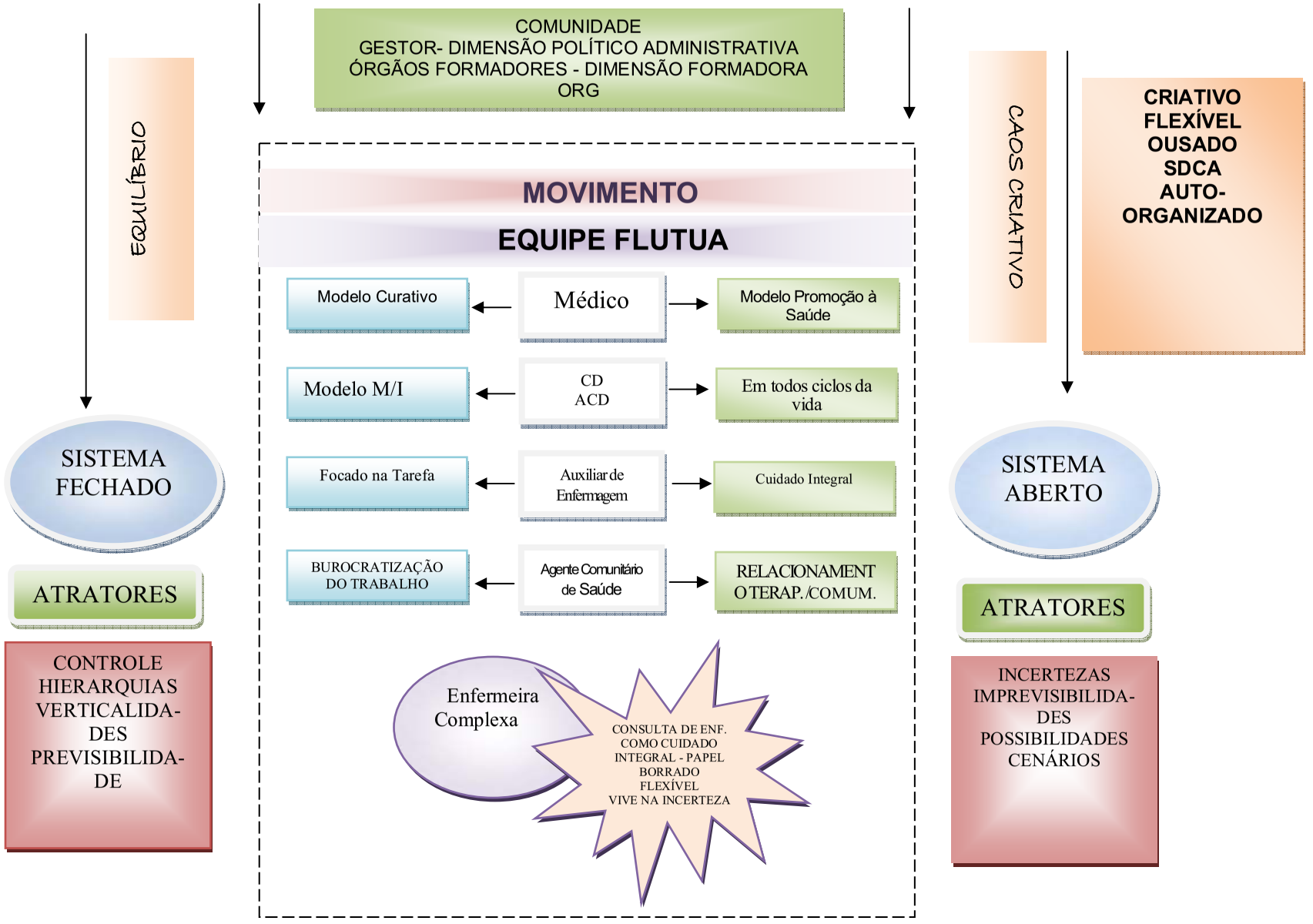

Diagrama 35 – Diagrama complexo.

Nesse sentido, começo a discussão falando da nossa visão de mundo e enfatizando que todo modelo é uma tentativa, uma proposta para se olhar para um determinado fenômeno ou sistema. Um modelo é como se fosse um mapa do território, não é o território, muitas vezes podendo ser apresentado como uma metáfora do sistema analisado, de onde se pode apreender um importante significado (GUERRINI; SPAGNUOLO, 2009).

Nessa mesma linha, Torres (2005) refere que visão de mundo é uma "*janela conceitual"* através da qual nós percebemos e interpretamos o mundo, tanto para compreendê-lo como para transformá-lo. Nessa janela é que estão os valores, crenças e princípios que modelam nossa percepção de realidade, isto é, aquilo que modela nossas ações, decisões, modo de ser-estar na vida. Esse autor ainda relata ser a mesma janela uma poderosa ferramenta cultural de que os indivíduos, grupos, sociedade dispõem para compreender a realidade da vida.

Portanto, é nossa visão de mundo que formata nossos modelos mentais, através dos quais observamos e somos observados, sistematizamos e vamos dando significado às nossas próprias experiências no mundo, numa dança contínua.

E dessa forma fomos criando nossa percepção de realidade, orientada por uma visão de mundo que nos foi ensinada e que está fundamentada nas idéias do século XVII, tendo se arraigado profundamente em todas as áreas da ciência e das artes, como também na economia, na política, entre outras, até os dias de hoje, limitando a maneira de as pessoas conhecerem a vida, interagirem e pensarem (PRIGOGINE, 1996; CAPRA, 1996a; BRIGGS, PEAT, 2000; WHEATLEY, 2005; TORRES, 2005).

Como essa visão de mundo não responde mais aos novos desafios humanos e ecológicos, estamos imersos no que chamamos de crise no paradigma científico, originado pelas desconcertantes descobertas da ciência do século XX em contraste com os pilares da ciência desenvolvida no século XVII, com Descartes e Newton, os quais legitimaram o mecanicismo, a linearidade e o reducionismo. Esses cientistas e outros clássicos definiram a chamada "era do racionalismo científico", a partir da qual o mundo, as organizações e mesmo os seres humanos passaram a ser vistos como uma máquina.

Não podendo ser diferente, o processo de trabalho em saúde (já tratado em capítulo anterior) sofreu as influências do paradigma newtoniano e cartesiano, afetando sobremaneira nosso *modus operandi* nesse campo de atuação. A partir de meados do século passado, entretanto, o paradigma complexo passa a nos proporcionar novas compreensões da realidade desse trabalho.

A equipe, do ponto de vista complexo, pode ser analisada como um sistema, um todo interconectado. Os membros que a compõem são suas partes. E tudo se movimenta, se relaciona e se afeta, isto é, as partes são interdependentes, formando padrões de rede, como os fios de um tapete. A qualidade dessas relações e a dos processos interacionais da equipe são mais importantes ao longo da vida do que as próprias estruturas do serviço. Portanto, o foco de ação deve estar nas pessoas, em suas relações e na sua visão de mundo, que, com certeza, afetarão o todo, isto é, a equipe.

Para relembrarmos, é importante salientar que os sistemas podem ser abertos ou fechados e que um sistema existe dentro de outros sistemas e se inter-relacionam (BERTALANFFY, 1975).

Um sistema aberto está sempre em movimento; faz trocas, tanto internamente quanto em seu entorno, continuamente importando, transformando e exportando os diferentes *inputs.* Um sistema aberto é dinâmico, não obstante se consigam equilíbrios pontuais ou sazonais em determinados intervalos de tempo, favorecendo o cumprimento de seus objetivos principais. Portanto, um sistema aberto se encontra em equilíbrio dinâmico, porque vai assimilando e adequando as mudanças continuamente (PRIGOGINE, 1996; MORIN, 2000; WHEATLEY, 2005). Geel-Mann (1996) chama esse tipo de sistema de Sistema Dinâmico Complexo e Adaptativo (SDCA), formando padrões dinâmicos instáveis, mas sempre coerentes e adequados. Como exemplos de atratores coerentes, podemos citar um animal ou um vegetal em sua mais intensa expressão de vida e um ser humano plenamente saudável. Em termos de equipe, ela atingirá seu atrator coerente quando atingir todas as suas metas para as quais foi criada. Em outras palavras, um atrator coerente é sempre um atrator saudável do sistema em estudo, neste caso, o cuidado integral em saúde.

Por sua vez, como prerrogativas desses sistemas abertos, em seu interior e em sua interação com o meio externo podem acumular-se ou ocorrer

perturbações contínuas, mudanças múltiplas, de maior ou menor tamanho e diversidade, que surgem dentro ou fora do sistema e constituem processos de mudança para um determinado tempo e espaço. São adaptações do sistema na busca de sua coerência e cujos movimentos, muitas vezes, são chamados de auto-organização. Construir uma equipe aberta e dinâmica implica a possibilidade e a necessidade de compreender esses processos, tornando o sistema cada vez mais parecido com um sistema natural, buscando sua coerência, já que os sistemas naturais são abertos e coerentes (PRIGOGINE, 1996).

Vale lembrar que, na realidade do trabalho em equipe, examinar isoladamente um componente não faz sentido – é o reducionismo das partes. Na visão da Complexidade, devemos examinar os seus componentes com seus relacionamentos e sua reciprocidade, tentando buscar compreender o movimento do sistema como um todo, que nesse estudo é o movimento da equipe que vivencia o modelo ESF.

Voltemos, então, ao metamodelo aqui sugerido. Esse modelo (Figura 9) apresenta uma questão nuclear da equipe: a vivência do que chamei de **processo reciprocidade profissional-comunidade-equipe,** isto é, um processo relacional de reciprocidade entre o profissional, seus pares na equipe e na comunidade.

Vivenciar a reciprocidade é a realidade interativa dos membros da equipe entre eles mesmos e com a comunidade, que, por sua vez, se relaciona com as dimensões externas do metamodelo: gestão municipal e órgãos formadores, afetando-os e sendo afetados por essas dimensões. Isso é, essencialmente, um processo complexo, em que cada parte se relaciona e se afeta umas às outras, o que Morin (1995) chama de recursividade.

Observamos que o metamodelo representativo da experiência da equipe na ESF mostra as possibilidades de o sistema ser mais fechado ou mais aberto, isto é, permite que a dinâmica do trabalho possa se movimentar para ser um sistema mais fechado ou se movimentar para um sistema mais aberto e dinâmico, já que é de se supor que os pontos extremos são mais difíceis de ocorrer na prática. Essa dinâmica ocorre por meio da interação dos membros da equipe. Interessante notar no processo do trabalho médico que o mesmo é dependente de fatores externos, isto é, ele “transfere” seu sofrimento na expectativa do “outro”, depende de

encaminhamentos para especialidades, precisa da contra-referência para que a lógica de seu trabalho se complete. Depreendemos ainda que o médico não se sente “sujeito” no trabalho em equipe multiprofissional, pois não apresenta sentimento de pertença em relação à equipe e seu trabalho. Nesse sentido, o médico pode romper com o modelo ESF a qualquer momento, pois, o mercado de trabalho o absorve. Na visão complexa, o médico não está preparado-formado para lidar com as incertezas e com o trabalho “não estruturado”. Há necessidade de encontrarmos novas formas de trazer o médico para dentro do sistema e, neste caso, o gestor municipal tem um papel fundamental e pode atuar como um elemento facilitador e indutor por meio de ações simples, como estabelecer parcerias com órgãos formadores e participar das políticas de formação médica, estabelecer um plano de carreira profissional, promover reuniões entre seus pares para reflexão prática (estudos de caso, situações problema). Essas ações simples podem auxiliar e melhorar o sentimento de pertença no sistema como um todo e na equipe.

O enfermeiro se motiva quando pode materializar o cuidado integral por meio da consulta de enfermagem, pois gosta da assistência direta. Em seu trabalho vem demonstrando sobrecarga aliada à falta de tempo e pouca autonomia, e se ressente da falta de apoio do gestor. Isso denota uma dependência de fatores externos como apresentado no trabalho médico. O enfermeiro tem potencial para explorar novas fronteiras em seu processo de trabalho, pois se apresenta como o membro articulador entre a comunidade, equipe e gestor, podendo, na visão da complexidade, ser um profissional complexo que atrai a equipe para o sistema aberto.

Já o processo de trabalho do cirurgião dentista e de seu auxiliar apresenta-se mais definido, com uma trajetória mais linear, pois ambos conseguem visualizar mais resolutividade em suas ações, visto que as mesmas apresentam uma certa terminalidade, motivando-os a permanecerem na ESF.

O auxiliar de enfermagem é o membro da equipe que apresenta um discurso abrangente e politizado do processo de trabalho na ESF e, para vivenciar a reciprocidade equipe-comunidade, necessita também materializar o cuidado longitudinal às famílias, realizar visita domiciliar, desinstitucionalizar suas ações, fatos que o discurso mostra não estarem acontecendo. Esse profissional se ressente da sobrecarga e do apoio do gestor (não se sente valorizado e com sentimento de

pertença) e rompe psiquicamente com a ESF, porém não rompe o contrato de trabalho por não ver no mercado de trabalho possibilidade de ser absorvido. Vale lembrar que, à época das entrevistas, o município estava vivendo a transição política de gestão por meio de eleições municipais.

No que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde, os membros se ressentem da burocratização de seu trabalho (preenchimento de fichas de acompanhamento e outros dados quantitativos) e a dupla inserção na comunidade e na equipe lhes apresenta desafios quanto ao seu processo de trabalho, o que aponta para a necessidade de se buscar metodologias de trabalho em equipe capazes de amenizar essas barreiras técnico-burocráticas.

O excesso de burocratização, somado a encaminhamentos centrados na cobrança mais do que nas relações e no diálogo e na constituição de vínculo, pode contribuir para uma baixa resolutividade das ações, além de refletir na aceitação e credibilidade da ESF para a equipe. São aspectos interligados, que envolvem infraestrutura técnico-material e de educação permanente das equipes e expressam formas de comunicação pouco compatíveis com a proposta da ESF.

Quando o vínculo, o sentimento de pertença e o acolhimento se estabelecem para os membros da equipe, as pessoas passam a ocupar seu espaço de interlocução de forma mais ativa, dinâmica e podem movimentar a equipe para mais próximo do sistema aberto. O vínculo remete a uma relação mais horizontal, com escuta mútua e diálogo, capaz de suportar divergências e confrontos, como também de favorecer acordos e alianças; pode criar espaços para criatividade e manter a equipe mais próxima do sistema aberto e caótico (SCHIMITH; LIMA, 2004; GOMES, PINHEIRO, 2005).

Alguns estudos (PRIGOGINE, 1996; BRIGGS, PEAT, 2000; WHEATLEY, 2005) mostram a existência de atratores desses sistemas que, em nosso caso, podem conduzir a equipe para ser mais aberta ou mais fechada. Como já explicado, esses atratores podem ser elementos facilitadores ou dificultadores do processo de trabalho na ESF e estão associados ao apoio do gestor municipal e aos órgãos formadores, como nos mostra o metamodelo.

Em relação à gestão municipal, os resultados indicam que a equipe se ressente da falta de apoio da mesma, isto é, de uma proximidade apoiadora e compreensiva, tanto no nível psicológico quanto estrutural. A equipe não conta com

uma rede secundária de apoio, nem uma rede social de atenção à saúde como elemento de apoio ao processo de trabalho, sobrecarregando-a, imprimindo-lhe sentimentos de frustração, desmotivação e ilusão em relação à ideologia da ESF.

A constituição de redes sociais é uma das estratégias atuais mais importantes para implementarmos formas de comunicação, produção de conhecimento e ações coletivas mais diretas entre pessoas, movimentos sociais, entidades ambientalistas, universidades, sindicatos, associação de moradores e demais organizações governamentais ou não, em torno de causas e objetivos comuns. Porto (2007) entende que as redes sociais são estruturas flexíveis que propiciam a construção integrada de canais de comunicação e de estratégias de ação, estabelecendo novas responsabilizações entre pessoas, movimentos sociais, instituição e demais atores sociais organizados em torno do enfrentamento de problemas locais, regionais ou globais. Todos os participantes podem gerar, coletar e disponibilizar informações relevantes para o contexto de atuação da rede, que tem o potencial de formar articulações e parcerias sinérgicas em torno das necessidades de seus membros. E Valla (2000), em seu estudo, relata que, em momentos de muito estresse, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora. Assim, permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos, como, por exemplo, a morte de alguém da família, a perda da capacidade de trabalhar, ou um despejo da casa onde se reside há muitos anos.

Pensar e atuar na forma de redes é um estímulo para a materialização do cuidado integral. Cada membro da equipe-gestor-comunidade pode funcionar como um nó de conexão mais amplo para a compreensão coletiva dos problemas do território e pode transformar aquela realidade.

Vale lembrar que muitos desses profissionais abandonaram outros cenários de trabalho, que já os consideravam reducionistas e fragmentados, muitas vezes solitários, para direcionarem-se à proposta ESF, na esperança de materializar a práxis do cuidado integral, apoiado em rede. Porém, ao se depararem com o processo de trabalho nessa modalidade de atenção também parcelar, reduzido, sem educação permanente, tão importante para adesão e permanência dos mesmos no trabalho, chegam a desanimar.

O estudo de Costa (2004) apoia a discussão e apresenta a prestação dos cuidados em saúde e em três modalidades, a saber: funcional, individual e em equipe. Discorre em torno das mesmas, particularizando para o trabalho do enfermeiro, referindo que o mesmo se apresenta parcelarizado em tarefas, e que cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que se apresentam previamente definidas e padronizadas, se alinhando ao princípio taylorista de trabalho já teorizado no capítulo 2. O autor denominou esse processo de trabalho de “funcional”, isto é, uma modalidade na qual a concretização das tarefas assume a finalidade primordial no trabalho do profissional de saúde. Encontramos o processo de trabalho em saúde nessa modalidade funcional. É mais um atrator negativo que conduz a equipe próximo do sistema fechado.

Acho pertinente lembrar, nessa discussão, a questão da reengenharia nos serviços de saúde, que ficou no guarda chuva da Qualidade Total, criticada como muito padronizadora. Mas a reengenharia, segundo Rivera e Artmann (1999), sucumbe ao peso do autoritarismo, pela pretensão de provocar rupturas organizacionais, pelas razões ocultas do enxugamento e demissão da força de trabalho, o que no trabalho em saúde não deu certo.

Não podemos deixar de discutir também a já citada questão da educação permanente nos serviços de saúde, que considero um elemento importante por poder atrair a equipe para o sistema aberto, se bem operacionalizada, pois se baseia em uma aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. É entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, os gestores devem buscar parceria com a rede de ensino local, que, em nosso caso, é a UNESP (Universidade Estadual Paulista) para a elaboração de projetos que contemplem a implementação da Comissão Permanente Integração Ensino-Serviço (CIES), proposta pela Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e descreve a operacionalização do repasse dos recursos federais para tal intento. Esta portaria estimula o município a se encaixar nos critérios que propõem a alteração da lógica tecno-assistencial em

saúde. Para tanto, deve aumentar a cobertura das equipes de saúde da família, saúde bucal e dos centros de atenção psico-social. Isso implica aumentar o número de profissionais na ESF, pois ao aumentar a cobertura populacional temos que aumentar o quantitativo de recursos humanos. Essa política explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado, para trabalhar com ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2007).

Sem dúvida, o gestor federal nos apresenta uma grande contribuição ao trabalho em equipe na visão do sistema aberto e que é tecido em rede.

Em relação ao dimensionamento de recursos humanos para atenção básica-ESF, observo uma carência de estudos na área. É um problema que não está na governabilidade da enfermeira coordenadora de equipe ESF que historicamente desempenha o papel de dimensionar as equipes de enfermagem nas instituições de saúde, fato que pode contribuir para que a formação da equipe em termos quantitativos fique prejudicada, visto a importância de sua capacidade articuladora nas relações da equipe-comunidade-gestor e na visão da complexidade; é o membro da equipe que mais aproxima o trabalho para um sistema aberto.

Diante disso, o estudo aponta para a necessidade de nos debruçarmos sobre estudos que encaminhem um modelo para dimensionar o pessoal que atua na atenção básica-ESF para transformar dados intuitivos em cientificamente embasados, até porque a questão de recursos humanos em saúde não passa apenas pela questão do financiamento e da lei de responsabilidade fiscal, mas passa fortemente pela questão do gerenciamento da saúde, isto é, da gestão do serviço em todos os seus aspectos. Há necessidade de um Sistema de Informações que informe a produção-profissional-serviço das ações em geral associadas ao tempo e à complexidade dessas ações para que se possa subsidiar a elaboração desse dimensionamento. O Ministério da Saúde (MS), por sua vez, tem elaborado portarias que garantam uma política nacional de atenção básica e a

implantação de Unidades Básicas de Saúde para o modelo ESF e vem credenciando municípios para receberem incentivo financeiro para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2009). O município deve se atentar para essas portarias e se organizar para sua operacionalidade.

Todas essas questões são elementos dificultadores, isto é, são os atratores negativos do trabalho na ESF, que levam a equipe a se movimentar em direção a um sistema fechado, próximo do equilíbrio, sem possibilidades de mudanças ou novos padrões de ordem. Como diz Prigogine (1996): “Sistemas não podem evoluir (gerar novos padrões) em estados de equilíbrio ou próximos do equilíbrio”. Lembramos que o conceito de “equilíbrio” na Teoria da Complexidade é um estado de restrições e repetições de padrões de comportamento que limitam a dinâmica e podem ameaçar a sobrevivência da equipe (WHEATLEY, 1992, PRIGOGINE, 1996). Podemos considerar como restrições o controle, as normas impositivas e verticalizadas, reatividade ao invés de “pró atividade”, sobrecarga e acúmulo de atividades, a necessidade da previsibilidade, as certezas absolutas, hierarquias, burocratização do trabalho, falta de investimentos em educação permanente, entre outros fatores que estão inseridos no processo de trabalho em saúde. Como dizem alguns de seus membros, “ficamos tocando serviço”, o que dá uma clara indicação de “não mudança”. Nessa condição (próximo ao equilíbrio), a equipe se frustra, porque não consegue materializar o cuidado integral, não fortalece os vínculos internamente entre seus membros, tampouco com a comunidade, o que denominei de **fragilização do vínculo equipe-comunidade**, pois não é validada a sua práxis nem pela comunidade, nem pelo gestor e nem pelos seus pares. Dessa forma, não existe a visibilidade profissional tão almejada pelos seus membros quando abandonaram os cenários de trabalho anteriores a ESF. Essa falta de visibilidade social de sua práxis ao longo do tempo ocasiona um rompimento com esse modelo de trabalho, que pode ser psíquico ou não. O rompimento psíquico se dá quando esse profissional, que não deseja mais voltar para seu antigo emprego, pois já o abandonou por ser fragmentado, pouco relacional e pouco resolutivo, permanece no trabalho da ESF em sofrimento e frustração, iludido. Outra possibilidade é ele romper o contrato de trabalho propriamente dito e sair do modelo de atenção, procurando novos cenários de trabalho, mas se retira decepcionado e esvaziado. Este trabalho mostra o médico ser o mais disposto a romper o contrato

de trabalho e sair da ESF, enquanto os demais membros acabam permanecendo, mesmo rompidos psiquicamente com esse processo de trabalho. O enfermeiro tem um papel especial na ESF, pois é um profissional articulador de relações importante, já citado.

Por outro lado, quando a dimensão política administrativa, por meio dos apoios da gestão municipal e dos órgãos formadores, dispõe de elementos facilitadores, que movimentem a equipe com sua dinâmica para um sistema aberto, longe do equilíbrio e próximo do caos criativo, o sistema se torna "vivo", como diz Prigogine (1996), fazendo com que a dinâmica e a criatividade se manifestem.

Importante salientar que Briggs e Peat (2000, p. 37) dizem que o "caos criativo significa cada um de nós". Para os autores, perdemos a nossa criatividade com nossas obsessões pelo controle e pelo poder, pelo nosso medo de errar, pela busca de um estado cômodo e confortável em nossas vidas, pela preocupação excessiva e limitante de viver a vida conforme o que os outros pensam, tudo isso pela crença arraigada na existência do indivíduo sozinho em oposição ao outro e em oposição ao mundo fora de si mesmo, o que vem da visão reducionista do mundo.

O caos criativo nos ensina que, ao mudarmos nossa visão de mundo e nosso modelo mental treinado para ver o mundo como uma máquina, muda também nossa perspectiva psicológica; nossos graus de liberdade se expandem e nesse estado pode-se, então, vivenciar o núcleo do metamodelo que chamei no início de "reciprocidade equipe-comunidade". Para Briggs e Peat (2000), é aí, na beira do caos, que somos criativos, onde nosso verdadeiro eu se encontra, e o ponto de partida da atividade criativa está na capacidade de os sistemas se auto-organizarem. E a propriedade da auto-organização só ocorre em sistemas abertos, sendo definida como um estado de mudança constante na direção da busca de atratores coerentes para o próprio sistema, onde surge a criatividade e a realização. É o que ocorre em sistemas vivos (PRIGOGINE, 1996; GELL-MANN, 1996). Briggs e Peat (2000) também dizem que os sistemas se auto-organizam a partir do caos e só sobrevivem mantendo-se abertos a um fluxo constante de energia e matéria que os permeia.

Uma lição de criatividade contada por Briggs e Peat (2000, p. 38) é sugerida pela seguinte história, que ora reproduzo:

> Mês após mês, ano após ano, um padeiro levantava-se cedo para fazer pão. Um dia, um freguês comentou que, ao longo dos anos, as bisnagas que ele comprava sempre tinham a mesma aparência e o mesmo peso, mas o sabor era todas as vezes, surpreendentemente, quente e fresco. O padeiro respondeu: “Pode parecer que o pão é sempre o mesmo, mas cada bisnaga que faço é nova, porque é aí que expresso a minha criatividade.

É o que deveria ocorrer no serviço prestado pela equipe aberta, sendo ao mesmo tempo o mesmo serviço, mas sempre novo, com muita criatividade. Portanto, para vivenciar a reciprocidade entre seus membros e com a comunidade, para materializar o cuidado integral para o qual aderiram à ESF e para que ele (o cuidado integral) seja reconhecido e validado em sua práxis para se tornar visível no trabalho em saúde, o movimento da equipe deve se encaminhar para ter contornos de um sistema aberto, com apoio nas dimensões político-administrativas e nos órgãos formadores, que possibilitará o fortalecimento dos vínculos da equipe com a comunidade.

É o sistema aberto que, ao se achegar à beira do caos, abre espaços para as incertezas, a imprevisibilidade, a criatividade, para o planejamento alicerçado em cenários, cheio de possibilidades e auto-organizativo.

Alinhando-me ao pensamento de Torres (2005), reflexiono acerca das lições que o caos criativo nos traz em relação aos processos de trabalho. Os próprios processos de trabalho em saúde podem ser vistos como atratores que geram uma nova ordem dinâmica. Assim, um processo leva a outro numa auto-organização constante. Cada mudança leva a uma nova mudança, destacando a necessidade de a equipe criar (em vez de processar) informações para a autorenovação, de gerir a capacidade de mudar, em vez de gerenciar as mudanças, da necessidade da incerteza para a evolução organizacional. E essa evolução atravessa as portas do poder organizacional. Nessa linha, Margaret Wheatley (1992, p. 52) corrobora afirmando uma ênfase nos relacionamentos dos membros da equipe:

> O poder, nas organizações, é a capacidade gerada pelos relacionamentos. Trata-se de uma efetiva energia que só pode passar a existir por meio dos relacionamentos. Relacionamento nas organizações é a fonte mais abundante de poder de que dispomos.

Nos dias de hoje, amparada pelos novos aprendizados da nova ciência e pelos aportes epistemológicos que ela me apresenta, examino com muito

cuidado a maneira pela qual um ambiente de trabalho organiza seus relacionamentos; não mais as suas tarefas, funções ou organogramas, mas seus padrões de relacionamento e as capacidades disponíveis para formá-los. É dessa forma que uma equipe que caminha para um sistema aberto se distancia do equilíbrio e tem em seu movimento a capacidade de se auto-organizar.

Para além da dimensão política administrativa, se apresentam os órgãos formadores como uma dimensão que também pode apoiar ou não, sendo um elemento facilitador ou não nesse processo de trabalho. Nesse sentido, a nova ciência deveria ser apresentada aos alunos da graduação, não como mais uma disciplina no mundo disciplinar e cartesiano, mas como a possibilidade de reorganizar o pensamento fragmentado dos alunos que, via de regra, já chegam à universidade bem treinados na ótica linear da produção do conhecimento.

Ainda, se os órgãos formadores apoiarem a formação de recursos humanos para um SUS integral e apoiarem o gestor nas questões da educação permanente alicerçados na nova ciência, estarão à frente desse movimento de implantação do novo paradigma no século XXI, a era da informação e do novo, aproximando novamente os alunos da natureza, da qual foram apartados há mais de trezentos anos, e entendendo que as especialidades falham em dar conta de todas as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades (MORETTI-PIRES, 2009).

Mesmo priorizando a formação generalista das profissões da saúde nos últimos anos, as universidades ainda se deparam com o nó crítico da formação quando, em nossa práxis, encontramos professores reducionistas e profissionais que não abordam integralmente os pacientes, mas apenas os encaminham aos especialistas. Esses profissionais, ainda se constituindo maioria, desconsideram os conhecimentos próprios dos pacientes, exercendo controle e poder sobre esse outro, considerado objeto de seu cuidado e não um sujeito que tem uma história de vida e que estabelece trocas e relações. Essa postura arcaica de educadores e profissionais também faz parte da visão de um mundo mecânico e reduzido em que estamos imersos há mais de três séculos.

Os discursos dos atores participantes deste estudo corroboram com o modelo cartesiano de mundo quando apresentam forte centralização do cuidado na esfera médica, investindo de um poder mágico esse profissional. Observei forte linha verticalizada nas relações e uma prática prescritora de cuidados sem o cuidado

de acompanhar sua operacionalização, levando a equipe para próximo do estado de equilíbrio.

O trabalho de Moretti-Pires (2009), realizado com acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, se alinha com os nossos resultados e contribui com a discussão quando relata o descompasso entre as formações do ensino superior e a necessidade de atuação complexa nas práxis da saúde, o que pode refletir a visão de mundo e a fragmentação dos saberes difundidos nesse espaço. O autor ainda destaca que essa é apenas uma vertente da problemática que ora se apresenta e que é necessário investigar o conhecimento dos professores e alunos sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde e em que medida as mesmas influem em uma visão mais ampla ou mais reducionista dos futuros profissionais.

Finalizando provisoriamente, pois essa discussão está apenas começando, apresentamos, na visão da complexidade, uma equipe que está sendo atraída para um estado de equilíbrio e que tem sido mantida nesta condição pelos atratores do paradigma cartesiano e fragmentado de ser-estar no mundo, que busca controlar e prever suas ações, mantidas por comportamentos e relações previsíveis e de pouca liberdade para criar e mudar. Essa equipe, por tudo já aqui discutido, não se reconhece como um sistema vivo dinâmico e adaptativo (SDCA), porque não cria novos padrões de ordem e não conhece o poder inequívoco que seus membros têm de se relacionar entre si e de criar novidades a cada dia.

Capítulo VIII. Tecendo as Considerações Finais

Este é um momento muito importante para um pesquisador – chegar às considerações finais de uma pesquisa. Pergunto-me se não estou sonhando. Deparar-me com esse instante no espaço-tempo da pesquisa me conduz a um profundo encontro com as questões da natureza complexa e da pesquisa qualitativa.

Assim, ao finalizar este estudo, ainda que inconcluso, pois estamos em movimento e em transformações e renovações constantes, retorno ao ponto de partida, ou seja, volto às inquietações que me motivaram e conduziram ao aprofundamento da questão inicial da pesquisa: como os membros da equipe multiprofissional em saúde compreendem o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família?

Embora essa pergunta seja bastante ampla e o caminho para as respostas não tenha sido linear, haja vista que o processo de trabalho na modalidade ESF envolve muitas conexões, relações, trocas, visões de mundo diferentes para cada um dos profissionais, entre outros, posso afirmar que a utilização dos referenciais metodológicos Teoria Fundamentada nos Dados *(Grounded Theory)* e Metaestudos permitiu chegar a um metamodelo que pudesse representar a experiência da equipe multiprofissional da ESF que, analisada à luz da TC, possibilitou desvelar o movimento dinâmico do processo de trabalho da mesma.

Permito-me dividir com o leitor que, na verdade, descobri que voltei, sim, ao ponto de partida com a pergunta que fiz inicialmente, porém como num fractal vivo, sinto-me neste momento numa oitava superior da pergunta, olhando o sistema estudado de outro ângulo, num nível um pouco mais evoluído e maduro, ou ainda, como diz a transdisciplinaridade, num outro nível de realidade depois deste estudo.

Um estudo nesta perspectiva possibilita aos membros participantes da equipe multiprofissional, gestores municipais e órgãos formadores, compreenderem, a partir do significado dos próprios trabalhadores, o processo de trabalho na ESF sob a luz da Complexidade. Sei que na pesquisa qualitativa os modelos teóricos não se esgotam por si mesmos e precisam ser validados e vivenciados nas dimensões aqui discutidas, pois contribuem para o avanço teórico-prático no campo da saúde coletiva.

Assim sendo, posto aqui algumas contribuições desse estudo no sentido de proporcionar novos *insights* às dimensões político-administrativas, órgãos

formadores e profissionais que escolherem trabalhar na ESF na direção de formar equipes mais abertas, dinâmicas e adaptativas.

Começo sugerindo que a dimensão político-administrativa ofereça apoio, por meio de educação permanente, em parceria com os órgãos formadores (CIES), à formação de líderes (coordenação ou gerência) mais participativos, que conduzam equipes para que se tornem equipes auto-dirigidas, autônomas, pois é isso que lhes confere poder para melhorar a qualidade dos seus relacionamentos. Pessoas que se relacionam com base no controle e pressão ou na desconsideração pelo outro como sujeito criam energia negativa, atraindo o movimento da equipe para um sistema mais fechado, sem criatividade e com pouco potencial de mudança. Essa dimensão deveria ainda permitir que as forças criativas dos profissionais envolvidos na equipe trabalhem a favor da construção do cuidado integral em saúde, ou elas serão provocadas a trabalhar em direção contrária a esse objetivo, pela falta de apoio psicológico, pela sobrecarga e pela frustração que ora emergiram no estudo. Enquanto a dimensão político-administrativa somente criar regras e diretrizes para gerar trabalho produtivo como única opção, o trabalho para. Os profissionais precisam de redes de apoio social e de estarem ligados a um propósito, a um objetivo claro que os motive. Quando essa dimensão negar essas necessidades, a equipe resiste, não se auto-organiza, porque param de responder às mudanças necessárias. Há necessidade de novos olhares por parte dos gestores para as questões do trabalho, pois os atratores negativos que conduzem e mantêm a equipe no trabalho fragmentado e reduzido foram identificados neste estudo. É mister observar, identificar e apoiar a auto-organização a todo momento e ficar menos concentrado no aperfeiçoamento dos controles e mecanismos clássicos e reducionistas que supostamente fariam o trabalho acontecer. Apoiar psicologica e estruturalmente a equipe no sentido de encontrar soluções criativas para os conflitos e problemas inerentes ao processo de trabalho, salientando que estar mais próximo é um caminho para o trabalho tecido em rede; não podemos mais continuar às voltas com tantas frustrações, sobrecargas e ilusões. Empreender um movimento em busca de operacionalizar projetos federais que melhore a cobertura da ESF municipal associado à captação de recursos federais. Realizar e manter as reuniões de equipe em que todos tenham oportunidade de falar, de ouvir, de oferecer contribuições e de serem validados em suas individualidades e diferenças. Tenho

visto reuniões desgastantes, com muita cobrança e pressa para terminar, o que leva o sistema para atratores negativos. As reuniões de equipe são espaços-tempo muito valiosos e podem ser mais bem aproveitados.

Para a dimensão dos órgãos formadores, sugiro ainda a formação de lideranças pró-ativas e motivadas já na universidade, com um bom grau de conhecimento da Nova Ciência, e também de autoconhecimento, e que sejam, portanto, capazes de lidar com as incertezas e imprevisibilidades, que estejam dispostas a aprender sempre num sistema contínuo de trocas com muita humildade, pois o caminho de uma equipe aberta e complexa não se conhece de antemão. Gestores e universidade podem contribuir na discussão de novas diretrizes curriculares dos cursos de saúde que contemplem e apresentem a Nova Ciência da Complexidade e seus braços desenvolvidos durante o século XX para os professores, em primeiro lugar, e depois, aos acadêmicos, construindo com ousadia e coragem um programa de ensino multidisciplinar com vistas transdisciplinares.

Os resultados deram visibilidade a formas de resistência do modelo ESF de tendência verticalizada e autoritária, largamente hegemônico na tradição das políticas públicas de saúde. Reconhecer estas formas de resistência e ter estratégias para transformá-las em favor do diálogo, das melhores relações, do compartilhamento de poder e responsabilidades e da descentralização são desafios para fazer avançar o SUS em sua proposta participativa, identificada no modelo ESF.

Não pretendo aqui esgotar todas as possibilidades, pois são muitas, são provocativas e desafiadoras para todos nós. A complexidade trabalha com possibilidades, nada é fechado, e não temos uma única verdade. Ainda não contemplei os resultados práticos deste trabalho, mas me apoiei na ciência para entendê-lo melhor e, em minhas experiências pessoais, para reconhecer a maneira como a equipe se movimenta para organizar a ESF. A meu ver, tudo que podemos esperar uns dos outros e das dimensões analisadas são novas e interessantes respostas, pois não as encontraremos prontas. A solução, como nos ensina Margaret Wheatley em seu livro “Liderança e a Nova Ciência” (1992, p.156), constitui “[...] um evento temporário, específico de um dado contexto e desenvolvido por meio das relações entre as pessoas e circunstâncias [...].”. Isso pode nos parecer perturbador – não deixei de querer encontrar que alguém, ou mesmo essa pesquisa,

retornasse com respostas prontas e certas. No aprofundamento da leitura complexa fui aprendendo que vamos construindo e desconstruindo a realidade à medida que avançamos, não porque falte experiência, mas porque esta é a natureza da realidade, que muda de forma e de significado à medida que nos sintamos livres e longe da condição de equilíbrio, para que novos padrões de ordem surjam de nossas atividades na práxis da ESF, tornando-a sempre nova! Um devir constante!

Acredito em um modelo de equipe ESF sistêmico e aberto para produzir o conhecimento do todo que se tem, do todo que se quer, de cada parte que se tem, de cada parte que se quer: valores, qualidades, deficiências e impropriedades de cada parte, para que o todo possa ser composto com a finalidade de produzir e reproduzir probabilidades e possibilidades de novas e proveitosas construções.

E, para terminar, sinto que estou um tanto confusa e incerta, mas minha visão de mundo vai deixar de ser tão estável e familiar depois desta pesquisa. Devo dizer também que minhas esperanças e otimismo, apesar dos resultados encontrados, se renovaram pelas possibilidades infinitas que existem nos sistemas abertos.

É madrugada agora, o dia está quase nascendo. O sol nasce devagar e novos tons de rosa aparecem ao leste. Observo a natureza complexa do meu bambu-mossô, que se deixa levar pela brisa leve desse novo amanhecer e digito aqui o meu ponto final, ainda que provisório.

Referências

AGOSTINHO, M. C. **A organização emergente**: gerenciando o processo de auto-organização. 2001. Tese (Doutorado). - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde Soc**, v. 14, n.3, p.30-50, 2005.

ANDERSON, R.A, McDANIEL, JUNIOR, R. RN participation in organizational decision making and improvements in resident outcomes. **Health Care Manage Rev,** v. 24 , n.1, p.7-16 ,1999.

_____; CORAZZINI, K.N.; MCDANIEL JUNIOR, R. Complexity science and the dynamics of climate and communication: reducing nursing home turnover. **Gerontologist**, v.44, n.3, p.378-88, 2004.

_____; ALLRED, C.A. SLOAN, F.A. Effects of hospital conversion on organization decision making and service coordination. **Health Care Manage Rev**, v.28, n.2 , p.141-54, 2003.

ANDRADE, A.L. Pensamento Sistêmico: Um roteiro básico para perceber as estruturas da realidade organizacional. **Ver. Elétron. Adm.**, v.3, n.1 , p. 1-30, 1997.

BAK, P. **How Nature Works**: The Science of Self-Organised Criticality. New York, NY: Copernicus Press, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona, 1977.

BAUER, R. **Gestão da mudança**: caos e complexidade nas organizações. São Paulo: Atlas, 1999.

BERTALANFFY, L. Von. **Teoria geral dos sistemas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

BEYEA, S.C.; NICOLL, E.L.H. Writing an integrative review. **Aorn J**, v.67, n.4, p. 877-80, 1998.

BINDÉ, J. Representação e Complexidade. In: MENDES, C (Ed.). **Complexidade e crise da representação**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 7-24.

BOLSHAW, M. Linguagens imaginais e complexidade. In: CASTRO, G (Ed.). **Ensaios de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 2002. p.141.

BOTUCATU. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Botucatu, 2004.

BOTUCATU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde- Gestão** 2009-2012, Botucatu, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Departamento de Atenção Básica. 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>. Acesso em: 22 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.226, de 18 de setembro de 2009**. Departamento de Atenção Básica. 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>. Acesso em: 22 fev. 2010.

_____. **Ministério da Saúde. Portaria 1.4892 de 3 de julho de 2009**. Departamento de Atenção Básica. 2009. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>. Acesso em: 22 fev. 2010.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BUCHANAN, M. Bringing clarity to complexity. **Nature**, v. 458, p.411, 2009.

BUTT, G; MARKLE-REID, M. Interprofessional partnerships in chronic illness care: a conceptual model of measuring partnerships effectiveness. **Int. J. Integr. Care**, v. 8, p.8, 2008.

BRIGS, J.; PEAT, F.D. **A sabedoria do caos**: sete lições que vão mudar sua vida. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CAPRA, F. Das partes para o todo. In: _____. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. p. 33-45.

_____. Teorias sistêmicas. In: _____.**A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1996a. p. 46-55.

_____. A matemática da complexidade. In: _____. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1996b. p. 99-129.

_____. Estruturas dissipativas. In: _____.**A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1996c. p. 147-158.

_____. Modelos de auto-organização. In: _____. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1996d. p. 73-98.

_____. **O ponto de mutação**: a Ciência, a sociedade e a cultura emergente. 22. ed. rev.Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1999.

_____. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix – Amana – Key, 1998.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T.C. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CELANO S.; GUERRINI, I.A. **Mãos que tocam a alma**: sugestões para uma educação transdiciplinar. São Paulo: Trion, 2008.

CHAVES, M. Complexidade e Transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. **Rede CEDROS**, 2003. Disponível em: <http://www.ufrrj.br/leptrans>. Acesso em: 15 fev. 2010.

COHN, A. (Org). **Saúde da Família e SUS**: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.

COOPER, H.; SPENCER-DAWE, E. Involving service users in interprofessional education narrowing the gap between theory and practice. **J. Interprof. Care,** v.20, n. 6 , p.603-17, 2006.

CUNHA, M.P. et AL. (Orgs.). **Empresas, caos e complexidade**. Lisboa: RH, 2001.

ERDEK, M.A; PROVONOVOST, P.J. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. **Int. J. Qual. Health Care**, v.16, n.1, p.59-64, 2004.

ERDMANN, A.L; SCHLINWEIN, B.H. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. **Rev. Brás. Enferm**, v. 59, n. 4, p. 560-4, 2006.

ERDMANN, A.L et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.483-91, 2006.

FAGUNDES, N.C; BURNHAM, T.F. Discutindo a relação entre o espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ**., v.9, n.16, p.105-14, 2005.

FÁLCON, G.S; ERDMANN, A.L. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.2, p.343-50, 2006.

FAVORETO, C.A.O; CAMARGO JÚNIOR, K..R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, v. 12, n. 1, p.59-75, 2002.

FIEDLER-FERRARA, N. Literatura e complexidade. In: CASTRO, G. (Ed). **Ensaios de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 2002. p.70

FORTE, B.P; PAGLIUCA, L.M.F. O fazer físico e o ser complexo e afetivo da consulta de enfermagem: ações de consistência significativa no mercado de trabalho. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.5, n.2, p.239-47, 2001.

FORTUNA, C.M. **O trabalho em equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividade. Em busca do desejo, do dever e de singularidades. 1999. 236f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

GELL-MANN, M. **O quark e o jaguar**: as aventuras no simples e no complexo. São Paulo: Rocco, 1996.

GIOVANINI, F. **As organizações e a complexidade**: um estudo dos sistemas de gestão da qualidade. 2002. Dissertação (Mestrado]. Faculdade de Engenharia e Arquitetura, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory.** New York: Aldine, 1967. 271p.

GUERRINI, I.; SPAGNUOLO, R.S. Metáforas da nova ciência para educar em tempos de pós-humanidade**. R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.5, p. 73-92 jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/2232/10880>. Acesso em: 26 fev. 2010.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M.I; CAMARGO JÚNIOR, K.R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p.1093-1103, 2006.

ISSEL, L.M.; ANDERSON, R.A. Intensity of case managers participation in organizational decision making. **Res. Nurs. Health**, v.24, n.5, p.361-72, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. **Physis (Rio J.)**, v. 17, n. 1, p. 139-56, 2007.

MILLER, W.L; CRABTREE, B.F. Understanding change in primary care practice using complexity theory. **J. Fam. Pract**, v.46, n.5, p.369-76, 1998.

MINAYO, M.C (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2004.

PENA-VEGA, A.; ALMEIDA, E.P. (Org). **O Pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

_____. Da necessidade de um pensamento complexo. In: MARTINS, F.; MACHADO, J. (Orgs.). **Para navegar no século XXI, tecnologias do imaginário e cibercultura.** 2. ed. Porto Alegre: Sulina/Edipucrs, 2005.

_____. Segunda Parte: Intervenção/Resposta de Edgar Morin. In: _____. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Publicações Europa-América; 2002. p.97-116.

_____. Da necessidade de um pensamento complexo. In: MARTINS, F.; MACHADO, J. (Orgs.). **Para navegar no século XXI, tecnologias do imaginário e cibercultura**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina/Edipucrs; 2000. p.1-27.

_____. A noção do sujeito. In: SCHNIDMAN, D.F. (org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. Edição Executiva. São Paulo: Atlas, 2000.

NEWMAN, S.D. The plight of marsh arabs, and environmental and human rights crisis. **ANS Adv. Nurs. Sci**, v.30, n.4, p.315-28, 2007.

SANTANA, J.P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

PALEY, J. Complex adaptive systems and nursing. **Nurs. Inq**., v. 14, n.3, p.233-42 , 2007.

PATERSON, B.L.; THORNE, S.E.; CANAM, C.; JILLINGS, C. **Meta-Study of Qualitative Health Research**: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. London: Sage Publications, Inc. 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PENHA, M.R.; SILVA, M.J.P. Do sensível ao inteligível: novos rumos comunicacionais em saúde por meio do estudo da Teoria Quântica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.1, p. 208-14, 2009.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, p. 251-63, 2000.

PLSEK, P.E.; WILSON, T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. **BMJ**, v. 323, n.29, p.746-49, 2001.

PORTO, M.F.S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas:** tempo, caos e as leis da natureza. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.

REDFERN, S.; CHRISTIAN, S. Achieving chance in health care practice. **J. Eval. Clin. Pract**, v. 9, n.2, p.225-38, 2003.

SÁ, L.D.; PALLHA, P.F. A literatura em saúde pública: o ensino de "um novo olhar" sobre o processo saúde-doença. **Rev. Latinoam. Enferm**., v.6, n.3, p.55-60, 1998.

SAMPEDRO, J. Os homens estão ensinando os robôs a pensar usando a lógica difusa. **Jornal El Pais**, Madrid, 28 set. 2008. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/elpais/2008/09/28/ult581u2810.jhtm>. Acesso em: 15 fev.2010.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as Ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. Avanç**., v.2, p.56-71, 1988.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2010.

SCHLINDWEIN, B.H; ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M. A produção do conhecimento: diálogo entre diferentes saberes. **Rev. Bras. Enferm**., v. 59, n.4, p.560-4, 2006.

SEAD. Fundação Sistema Estadual de análise de dados, 2008. **Perfil do Município de Adamantina**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. Acesso em: 25 fev. 2010.

SENGE, P.M.; STERMAN, J.D. **Systems Thinking and organizational learning**: acting locally and thinking globally in the organizations of the future. Portland: Productivity Press; 1994. p. 195-216.

SENGE, P.M. **A Quinta Disciplina** – Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Best Seller, 1990.

SILVA, L.C; TERRA, M.G. Pensamento complexo: um olhar em busca da solidariedade humana nos sistemas de saúde e educação. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n.4, p. 613-9, 2006.

SILVA, A.L.; CIAMPONE, M.H.T. Reflexão sobre o pensamento complexo e o conhecimento relacionado à doença arterial coronária. **Conscientiae Saúde**, v. 1, p.41-46, 2002.

SILVA, R.A.C. Um caminhar pelo pensamento complexo. **Publ. UEPG Cienc. Hum. Cienc. Soc. Apl. Ling. Letras Artes**, v. 15, n.1, p. 13-18, 2007.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2004 .

SPAGNUOLO, R.S. **Coordenar equipe multiprofissional**: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da Família. Dissertação (Mestrado), - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

SPAGNUOLO, R.S.; GUERRINI, I.A. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface Comunic. Saúde Educ**., v.9, n. 16, p.191-4, 2005.

STACEY, R. D. **A gestão do caos**. Lisboa: Dom Quixote, 1994.

_____. **A fronteira do caos**. Venda Nova: Bertrand, 1995.

_____. **Complexity and creativity in organizations**. San Francisco: Berrett - Koehler, 1996.

_____. **Pensamento estratégico e gestão de mudança**. Lisboa: Dom Quixote, 1998.

STRAUSS, A.; CORB IN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SOKLARIDIS, S. The process of conducting qualitative grounded theory research for a doctoral thesis: Experiences and reflections. **Qual. Rep.**, v.14 , n.4 , p.719-34, 2009.

TORRES, J.J.M. Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia. In: EBEC, 1., 2005. **Anais...** Curitiba: PUC/PR, 2005. Disponível em: <http://www.facape.br/ruth/adm-filosofia/Texto_5_-_Teoria_da_Complexidade_e_Estrat.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2010

WHEATLEY, M.J. **Liderança para tempos de incerteza**: a descoberta de um novo caminho. São Paulo: Cultrix, 2005.

_____. Liderança e a nova ciência: aprendendo organização com um universo ordenado. São Paulo: Cultrix, 1992.

Apêndice

APÊNDICE A - QUADROS DE CÓDIGOS MÉDICOS

ENTRE O DECCLÍNIO E O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO MÉDICO-ESF: A RECIPROCIDADE MÉDICO-COMUNIDADE COMO COMPONENTE INTERVENIENTE NA ESIGNIFICAÇÃO DA PRÁXIS

Quadro 1. Categoria A1.1. Sendo uma experiência difícil.

Categoria A1.1. Sendo uma experiência difícil.
- sendo difícil o começo (M1.1)
-considerando difícil começar a trabalhar na ESF por ter formação hospitalar (M1.1)
- considerando a experiência de trabalho complexa (M2.2).
- considerando o trabalho na ESF um desafio (M3.12)
- considerando a experiência na ESF como um grande desafio (M8.22).

Quadro 2. Tema A2.1. Vindo de uma formação centrada no cenário hospitalar.

Tema A2.1. Vindo de uma formação centrada no cenário hospitalar: códigos.
- reconhecendo uma formação hospitalocêntrica quando saiu da faculdade. (M1.1)
-reconhecendo que a formação médica é hospitalocêntrica (M1.1)

Quadro 3. Tema A2.2. Não contando com processos formais de capacitação na ESF para o exercício médico.

Tema A2.2. Não contando com processos formais de capacitação na ESF para o exercício médico: códigos.
- descobrindo como trabalhar no modelo Saúde da Família sozinho, sem orientação (M1.1)
- reconhecendo que desconhecia o trabalho na ESF (M11.11)
- Não recebendo nenhum tipo de orientação (M11.11)

Quadro 4. Tema A2.3. Aprendendo-aprender a ser médico de família com a equipe.

Categoria A2.3.1. Construindo o processo ensino-aprendizagem por meio da reciprocidade médico-equipe.
- fazendo trocas de experiências (M1.1)
- conhecendo o trabalho dos ACS (M1.1)
- reconhecendo o trabalho um espaço de construção de relações interpessoais (M1.3)
- crescendo junto com a equipe da ESF e valorizando os membros da equipe (M2.4)
- reconhecendo o trabalho dos outros membros da equipe como importantes (M9.25)
Categoria A2.3.2. Passando a valorizar o conhecimento dos outros membros da equipe
- reconhecendo o trabalho conjunto com a enfermeira como de grande ajuda no conhecimento da ESF (M1.1)
- acreditando que as diferentes equipes categorias profissionais contribuem de maneira diferente no trabalho da ESF (M9.24)
- gostando de ter contato e valorizando os membros da equipe multiprofissional (M10.10)
- acreditando que o trabalho em equipe proporciona ajuda mútua (M9.24)
- apoiando a chegada dos outros membros da equipe multiprofissional - NASF(núcleo de apoio à saúde da família) (M9.24)

Quadro 5. Tema A2.4. Reconstruindo competências de um médico generalista.

Tema A2.4. Reconstruindo competências de um médico generalista: códigos.

-tendo que reaprender a trabalhar com atenção básica (M1.1)
- recebendo a orientação inicial de que o trabalho seria semelhante a de um clínico geral, do tipo "pegar tudo". (M1.1)
-tendo que relembrar tudo da área clínica, pediatria, obstetrícia (M1.1)

Quadro 6. Tema A3.1. Encontrando-se como médico de família.

Tema A3.1. Encontrando-se como médico de família

Categoria A3.1.1. Motivando-se junto à ESF, mediante estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade-equipe.

Subcategoria A3.1.1.1. Percebendo resultados favoráveis à saúde da comunidade

- reconhecendo a experiência de trabalho na ESF como positiva porque tem retorno dos pacientes (M3.3).
- sentindo-se insatisfeita profissionalmente no modelo tradicional porque não via resultados (M3.3).
- considerando gratificante quando resolve o problema do paciente (M8.23)

Subcategoria A3.1.1.2. Sentindo prazer ao ver reconhecido o seu trabalho pelo usuário e equipe.

- considerando o trabalho na ESF como uma grande satisfação (M6.6)
- considerando a ESF como possibilidade para o cuidado (M6.6)
- considerando uma satisfação e uma realização o trabalho na ESF (M6.6)
- desejando continuar sempre neste trabalho(M1.1)
- entendendo que, mesmo sendo especialistas de diferentes áreas, existe uma união entre os médicos da ESF local, existe trocas de experiência (M6.6)
- considerando o contato entre os médicos das equipes da ESF como de grande ajuda na solução de casos especializados (M6.6)
- considerando o trabalho na ESF como uma grande satisfação (M6.6)
- considerando a ESF como possibilidade para o cuidado (M6.6)
- sentindo gratificante o reconhecimento da população em relação ao seu trabalho (M10.10)

Categoria A3.1.2. Resignificando a prática médica na ESF, fundamentado no cuidado integral

- acreditando que os princípios do SUS podem se realizar por meio do trabalho (M2.2).
- acreditando que pode dar outra dimensão para o cuidado, isto é cuidado integral (M2.2).
- crescendo junto com a equipe da ESF e vivenciando um aspecto diferente da medicina (M2.2).
- resignificando a visão biologicista do modelo médico (M2.2).
- ESF permitindo atender a demanda de origem psicosocial (M2.2).
- Entendendo que a prática médica não se restringe ao atendimento no consultório (M2.2).
- compartilhar o trabalho permitindo que a equipe mostre suas potencialidades (M2.2).
- acreditando no compartilhamento e autonomia da equipe para o desenvolvimento de um bom trabalho ESF (M2.2).
- entendendo o trabalho na ESF como um processo em construção (M2.2).

Categoria A3.1.3. Fortalecendo vínculo com o paciente, a partir da visão integral

- considerando a ESF como um modelo que proporciona vínculo com as famílias (M6.6)
- vendo a ESF como oportunidade de proporcionar mais contato com os pacientes (M6.6)
- reconhecimento a existência do vínculo no modelo ESF (M3.3).
- associando o vínculo com o sucesso do tratamento e consequente diminuição da frequência na unidade Saúde da Família (M3.3).
- sentindo saudades das outras unidades ESf que trabalhou (criação do vínculo) (M3.3).
-

Quadro 6. continuação.

considerando a experiência de trabalho na ESF gratificante porque se aproxima mais do paciente (M5.5)
- considerando a ESF uma possibilidade de ver o paciente como um todo e menos fragmentado (M5.5)
- considerando a criação dos vínculos com os pacientes e com a equipe como uma experiência legal (M6.6)
- abrindo espaço para o diálogo com o paciente (M7.7)

Quadro 7. Tema A3.2. Não se encontrando como médico de família.

Categoria A3.2.1. Sofrendo por não perceber resultados sobre a saúde da população com a ESF.

Subcategoria A3.2.1.1. Deparando-se com a falta de resolutividade da rede secundária de atenção à saúde
- considerando as dificuldades de encaminhamento para o nível secundário da atenção (M7.7)
- considerando a escassez de recursos como uma dificuldade a ser enfrentada no trabalho (M5.5)
- considerando a falta de recurso como exames e encaminhamentos para referência como uma dificuldade (M5.5)
- reconhecendo os limites do trabalho médico (M9.9)
- reconhecendo a dificuldade de encaminhar exames para rede secundária de atendimento (M9.9)
- considerando difícil não ter como fazer uma encaminhando para referência secundária (M11.11)

Subcategoria A3.2.1.2. Observando o agravamento de problemas de saúde da comunidade, decorrentes dos determinantes sociais.
- considerando que existe uma alta demanda de dores crônicas, queixas diárias de ordem social. (M9.9)
- percebendo que a maioria dos problemas de ordem social não tem resolutividade (M11.11)
- população sempre de passagem na região dificultando o trabalho (M4.4)
- assustando com as carências da comunidade (emocionais, financeiras, cultural) (M4.4)

Subcategoria A3.2.1.3. Percebendo que o modelo tradicional de saúde ainda se sobrepõe à ESF, tanto na visão médica quanto da comunidade
- considerando que os demais membros da equipe multi estão acostumados com hierarquia colocando o médico no topo da escala (M3.3).
- reconhecendo que necessita de tempo para que ocorra mudança em relação ao modelo medicocentrado (M3.3).
- entendendo que o trabalho fica individualizado quando o modelo é medico centrado (M3.3).
- considerando os pacientes como “meu” (notei em todos os médicos um poder sobre o paciente considerando-o sua posse!)
- apoiando a permanência médica na unidade para que não perder a credibilidade do paciente (M6.6)
- considerando o trabalho na ESF como “seu”. (M3.3).
- Sentindo o paciente como “seu”, da sua responsabilidade. (M3.3)
- gostando de fazer do “seu jeito” (M3.3).
- Deixando a Unidade Saúde da Família do “seu jeito”, isto é, do jeito que gosta de trabalhar. (M3.3)
- considerando a equipe como “sua” (M9.9)
-considerando o trabalho no modelo Saúde da Família como “pronto atendimento” (M1.1)

Quadro 7. continuação.

Elemento A3.2.1.3.1. Reconhecendo o desafio de lidar com a mudança de modelo de saúde.

- considerando que no modelo tradicional é mais difícil de proporcionar mudanças. (M3.3).
- entendendo que mudar é muito difícil, que as estruturas no modelo tradicional são rígidas e que todos têm resistência à mudança devido ao tempo em que o trabalho se desenvolve da mesma maneira(M3.3).
- Reconhecendo sua própria resistência em mudar o jeito de trabalhar (M3.3)
- reconhecendo as dificuldades do trabalho em equipe (M11.11)

Elemento A3.2.1.3.2. Percebendo a dificuldade da comunidade em reconhecer o novo modelo

- considerando difícil o trabalho com grupos da comunidade (M4.4)
- acreditando que a população está acostumada a "receber" a assistência de saúde (M4.4)
- considerando difícil empoderar a comunidade em relação ao auto cuidado e autonomia (M4.4)
- entendendo que a população não quer participar dos grupos por não estarem acostumados.(M4.4)
- considerando que a sociedade como um todo desconhece o que é a ESF (M5.5)
- reconhecendo que a população desconhece a ESF e pensa que é medicina que atende em casa (M5.5)
- sentindo dificuldade em trabalhar com a população (M4.4)
- considerando difícil o trabalho com grupos da comunidade (M4.4)
- considerando espinhos as pessoas que desconhecem como funciona a ESF. (M5.5)

Subcategoria A3.2.1.4. Percebendo a qualidade da assistência médica comprometida

- entendendo que há uma confusão em relação ao trabalho em equipe multiprofissional sobrecarregando e centralizando o médico (M3.3).
- reconhecendo que a sobrecarga médica diminui a qualidade do atendimento (M9.9)

Subcategoria A.3.2.1.5. Vivenciando sofrimento psíquico

- mostrando sofrimento emocional por não conseguir visualizar resultados (M4.4)
- sentindo frustração e excitação (M4.4)
- sentindo-se frustrada porque depois de anos trabalhando com aquela comunidade parece que pouca coisa melhorou na saúde da população.(M4.4)
- sentido angústia ao enfrentar essas dificuldades (M5.5)
- sentindo angústia pela impotência em querer resolver tudo (M7.7)
- sentindo-se oprimida por não saber o que fazer (M7.7)
- reconhecendo-se confusa (M7.7)
- sentindo angústia por não conseguir dar encaminhamentos a rede secundária de atendimento (M7.7)
- sentindo-se impotente por não conseguir resolver todos os encaminhamentos secundários (M11.11)
- sentindo angústia por não ter referencias e encaminhamentos para o secundário (M11.11)
- sentindo angústia diante da impotência de resolver casos sociais (M7.7)
- apresentando dubiedade em relação aos sentimentos, ora apaixonante, ora em sofrimento (M7.7)
- entendendo o trabalho como desgastante por um lado e compensador por outro lado(M2.2). onde colocar?

Categoria A3.2.2 Rompendo o vínculo com a ESF

- pensando em sair da ESF e fazer cirurgia, mas gosta e aprende muito na ESF (M7.7)
- sentindo dúvidas no início se queria trabalhar na ESF (M4.4) (esse se firmou)
- reconhecendo que não tem pretensões de ficar sempre na ESF (M10.10)
- sentindo dúvidas se continua sua atividade médica na ESF (M10.10)
- desejando mudar de Unidade e conhecer outras realidades (M4.4)

APÊNDICE B - QUADROS DE CÓDIGOS ENFERMEIROS

DA VISIBILIDADE A INVISIBILIDADE SOCIAL DO PAPEL DO ENFERMEIRO: A DESILUSÃO COMO MODELO ESF DECORRENTE DA FALTA DE APOIO DO GESTOR

Quadro 8. Tema B1.1 - Percebendo a ESF como uma oportunidade de oferecer cuidado integral à família

Tema B1.1: Percebendo a ESF como uma oportunidade de oferecer cuidado integral à família
- acreditando na ESF como possibilidade de traduzir o SUS na prática diária (E1.6) - considerando que a Saúde da Família vê o indivíduo como um todo (E2.7) - considerando a proposta muito boa, porque acredita no SUS (E1.1) - referindo ter se apaixonado pela proposta da Saúde da Família (E6.19) - tendo oportunidade de fazer consultas de enfermagem (E3.10) - tendo oportunidade de orientar a família (E3.10) - podendo ajudar as pessoas com seus problemas atuais (E3.10) - podendo ajudar as pessoas a ter mais saúde por meio da prevenção (E3.11) - ajudando a família reorganizar a sua vida, acerca da saúde (E3.11) - tendo a oportunidade de aprofundar o atendimento às famílias (E3.11) - considerando, por um lado, bom trabalhar com famílias porque se tem a oportunidade de conhecer a família em profundidade (E3.11) - considerando bom trabalhar na ESF, porque se tem a oportunidade de conhecer as famílias em suas residências (E4.11) - conhecendo melhor a comunidade no começo (E5.14) - aprendendo com as trocas enfermeiro-comunidade (E5-14) -Atendendo a população em suas necessidades (E3.11) -referindo oportunidade de lidar com a família e em seu território (E3.11) -reconhecendo a troca de experiências com a população como uma experiência rica. (E5.14) -reconhecendo a Saúde da Família como uma oportunidade de entrar na casa das pessoas (E4.11)

Quadro 9. Tema B1.2 - Reconhecendo a ESF como possibilidade real de exercer a profissão com autonomia

Tema B1.2 - Reconhecendo a ESF como possibilidade real de exercer a profissão com autonomia
-reconhecendo que a ESF proporciona condições para desenvolver todo potencial da enfermeira. (E3.10) -reconhecendo que na ESF tema mais autonomia no trabalho do que no hospital com regras mais rígidas (E1.4)

Quadro 10. Tema B1.3 - Reconhecendo o modelo ESF como oportunidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade

Tema B1.3 - Reconhecendo o modelo ESF como oportunidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade - reconhecendo vínculos com a população do seu trabalho anterior (E8.24) -criando vínculos com as pessoas (E4.12) -referindo muita importância ao vínculo estabelecido com a população (E4.12)

Quadro 11. Tema B1.4 -Optando pelo exercício profissional da Enfermagem na ESF ao invés do cenário hospitalar

Tema B1.4 -Optando pelo exercício profissional da Enfermagem na ESF ao invés do cenário hospitalar -considerando a experiência anterior e hospitalar desarticulada com o trabalho médico e o enfermeiro(E6.19) -considerando os momentos iniciais de implantação da Saúde da Família como uma atividade nova em sua vida profissional (E5.14) -Optando pelo modelo Saúde da Família quando se formou em enfermagem, porque mantém cuidado com a comunidade (E7.22) -considerando uma formação na graduação voltada à assistência (E1.2)

Quadro 12. Tema B1.5 – Mantendo-se motivado com o exercício da enfermagem na ESF mediante reconhecimento da comunidade

Categoria B1.5.1 – Sentindo satisfação ao ver reconhecido o papel do enfermeiro pela comunidade -referindo reconhecimento ao seu trabalho por parte do usuário (E3.11) -sentindo valorização de seu papel pela população usuária (E3.11) -considerando valorização profissional pela população (E8.23) -acreditando no reconhecimento de seu trabalho pelas pessoas(E1.6) - requerendo o atendimento pela enfermeira (E8-24) - percebendo que a comunidade acredita e confia no seu trabalho (E1-6) - comunidade validando suas intervenções na saúde (E3-11) **Categoria B1.5.2 - Mantendo-se entusiasmado mediante reconhecimento social acerca do exercício da Enfermagem na ESF** - considerando a experiência de trabalho na Saúde da Família muito boa (E1.1) - Sendo valorizado seu trabalho na ESF (E8.23) - gostando de trabalhar no modelo Saúde da Família (E7.22) -sentindo realização porque faz consultas de enfermagem, por ajudar as pessoas e a prevenir as doenças (E3.10) - tendo oportunidade de lidar com as famílias (E3.10)

Quadro 13 - Tema B2.1. Sendo um desafio a construção do modelo ESF

Tema B2.1. Sendo um desafio a construção do modelo ESF.
- considerando um trabalho complexo, difícil (E2.6) -reconhecendo as dificuldades do trabalho na ESF ao vivenciá-lo. (E5.14) -sendo o trabalho difícil por não ter uma rede de apoio social (E3.11) - sendo difícil (E6.20)

Quadro 14 - Tema B2.2. Não contando com o apoio do gestor ao exercício do papel do enfermeiro coordenador da equipe da ESF

Categoria B2.2.1 – Percebendo o desconhecimento do trabalho do enfermeiro pelo nível central.
-Reconhecendo que o nível central desconhece e não apóia o processo de trabalho na ESF.(E1.5) -sentindo falta de apoio da coordenação municipal da ESF (E7.22) -sentindo que fica massificada, cobrada e avaliada segundo sua produção quantitativa pelo nível central, implicando em não reconhecimento do processo de trabalho na unidade (E2.9)
Categoria B2.2.2 – Não se sentindo apoiado pelo gestor municipal no exercício de sua coordenação - reconhecendo que ninguém vê a qualidade do serviço (E2.9) - sentindo que não é valorizada a qualidade do serviço (E2.9) - acreditando estar abandonada pelo nível central (E5.15) - sentindo falta de apoio da coordenação da ESF do município (E5.18) - reafirmando “sem mãe e sem pai” no processo de trabalho (E5.18) - achando que a coordenação da ESF tem caráter fiscalizatório com os Agentes (E5.18) -sentindo falta de apoio da coordenação municipal da ESF (E7.22)

Quadro 15 - Tema B2.3 - Sentindo-se limitado em coordenar a equipe multiprofissional e assistir à comunidade

Categoria B2.3.1 - Sentindo-se impotente em coordenar a equipe multiprofissional da ESF.

Subcategoria B2.3.1.1 - Sendo um desafio construir a partir da práxis uma modalidade de assistência baseada no trabalho em equipe.

-reconhecendo o trabalho em equipe multiprofissional muito difícil, diria quase impossível (E2.8)
-sentindo dificuldade no trabalho em equipe multiprofissional (E2.6)
-considerando o trabalho em equipe difícil e que nem sempre estar junto é trabalho em equipe (E2.9)
-achando o trabalho em equipe um aprendizado diário (E4.12)
-considerando difícil as relações quando existem duas equipes.(E5.14)
-preocupando-se em ajudar a construir a ESF no longo prazo (E6.21)
-sentindo dúvidas em como construir o trabalho em equipe (E6.20)
-considerando uma construção o trabalho entre os membros da equipe multiprofissional (E6.20)
-construindo o processo de trabalho com a equipe e a população (E6.20)

Subcategoria B2.3.1.2 - Sentindo-se impotente em construir o trabalho em equipe, por meio da gestão participativa, diante da sobrecarga gerada por uma práxis centrada no enfermeiro.

- pesando na experiência o acúmulo da função de gerencial e assistencial (E1.2)
-considerando um desafio manter a motivação da equipe frente a tantas demandas (E1.1)
-reconhecendo que fazer a interface entre gerência (coordenação) e assistência é como se estivesse num "fogo cruzado". (E1.2)
- tentando realizar a interface entre a assistência, gerência e equipe (E1.1)
- sobrecarregando seu tempo ao dividir o atendimento das consultas eventuais com o médico no período da manhã. (E1.2)
- faltando tempo para trabalhar de forma participativa e aberta com equipe mínima (E1.1)

Categoria B2.3.2 - Sentindo-se impotente na resolução de problemas da comunidade diante da ineficiência das redes de apoio secundária e social.

Subcategoria B2.3.2.1. Defrontando-se com a não resolutividade da rede secundária de atenção à saúde.

- sendo um desafio manter uma equipe motivada perante a dificuldade da não resolutividade de problemas que demandam encaminhamento para outros níveis de atenção (E1.1)
- ficando muitas coisas sem resolução, porque não conta com um serviço secundário de atenção à saúde (E1.1)

Subcategoria B2.3.2.2. Despertando sentimentos de impotência na ausência de uma rede de apoio social organizada no município.

- reconhecendo as dificuldades do atendimento à população e a falta de uma rede de apoio social (E3.11)
-considerando difícil o trabalho com a população usuária. (E2.7)
-sendo difícil trabalhar com o cidadão (E2.7)
- tendo que lidar com os problemas da população, cidadania (E1.4)

Quadro 16 - Tema B2.4 – Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade

Categoria B2.4.1 - Lidando com a insatisfação da comunidade diante da transição de modelo assistencial

-considerando que a transição de UBS para USF gera tensão na população exigente e para a enfermeira. (E5.15)

-reconhecendo que a população fica receosa quando há substituição de médicos ou outro membro da equipe (E1.4)

-enfrentando a dificuldade de a população entender a transição do modelo tradicional de UBS para ESF (E7.22)

Categoria B2.4.2 – Defrontando-se com o não reconhecimento da comunidade da consulta de enfermagem.

-considerando a consulta de enfermagem uma ação difícil da população entender e aceitar (E7.22)

-fazendo consultas de enfermagem proporciona realização. (E3.10)

-aprendendo a fazer consulta de enfermagem e elaborar o protocolo de assistência de enfermagem foi um momento novo, nunca antes experienciado (E5.14)

-experenciando positivamente a consulta de enfermagem onde trabalhava (E8.23)

-executando os protocolos que garantem governabilidade ampla nas consultas de enfermagem (coleta de dados, prescrição) em todos os programas (E1.2)

Categoria B2.4.3 - Sentindo-se desgastado ao ter que gerir conflitos comunidade-equipe relativos à demora no atendimento da demanda

- tendo que interromper a consulta de enfermagem para gerenciar conflitos relativos à demora do atendimento (E1-4)
- atendimento de pessoas na sala de espera atrasando mais que uma hora (E1-4)
- sentindo-se desgastada mediante a revolta da comunidade com os atrasos do atendimento (E1.4)

Categoria B2.4.4 - Sentindo-se confuso acerca do exercício de seu papel, diante das diversas frentes de ação.

-sentindo dúvida sobre seu papel profissional (E2.10)

-considerando que faz mais que o papel de enfermeira, isto é, também de assistente social e psicóloga (E4.12)

Quadro 17 – Tema B2.5 – Sofrendo a desilusão com o processo de trabalho empreendido na ESF no município.

Categoria B2.5.1 - Sentindo-se frustrado ao descobrir que o ideal de cuidado integral se tornou uma ilusão na ESF -sentindo frustração quando não conseguir abordar o ser humano em sua totalidade (E2.8) -achando frustrante não conseguir resolver as coisas e sofrendo por perder (morte) um paciente pelos vínculos estabelecidos com a família e a população (E4.12) -vivenciando a frustração e o conflito de gostar de trabalhar na Saúde da Família e por outro lado reconhecer que não executa o trabalho que a proposta apresenta (E5.16) -reconhecendo que a unidade onde trabalha é terra de ninguém (E5.16) -reconhecendo os obstáculos da ESF ao longo do tempo de trabalho(E7.22) -enfrentando os obstáculos do trabalho (E7.22) **Categoria B2.5.2 - Entrando em processo de sofrimento psíquico.** -sentindo tristeza ao reconhecer as dificuldades em relação ao contexto social do Saúde da Família (E3.11) - sentindo que foram momentos de sofrimento (E5.15) -sofrendo com o processo contínuo de construção da ESF, sendo um constante “molde” (E5.15) -sentindo angustia em trabalhar mais uma vez com mais uma enfermeira, mais um médico, isto é, com mais equipes numa mesma unidade. (E5.17) -sentindo angústia na construção do processo da ESF por ser de longo prazo. (E6.)

APÊNDICE C - QUADROS DE CÓDIGOS DENTISTAS

DO IDEAL À MATERIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PREVENTIVA JUNTO A ESF.

Quadro 18 – Tema C.1 – Sofrendo com o processo de aprender-aprender a ser dentista de família com a equipe.

Categoria C.1.1 - Vindo de uma experiência de consultório para o trabalho em equipe na ESF.
- entendendo que os dentistas tem uma prática individualista, dentro do consultório (D1.1)
- entendendo que a prática odontológica não se restringe ao consultório (D1.3)
- reconhecendo que o trabalho no consultório particular é outra realidade, mais solitária (D7.15)
- gostando de trabalhar na ESF porque considerando esse trabalho diferente do consultório (D5.13)

Categoria C1.2 - Reconhecendo o trabalho em equipe como potencializador dos profissionais à assistência a comunidade.
- considerando que o trabalho na ESF é mais integrado (D3.7).
- entendendo que as decisões são tomadas em equipe (D3.8).
-considerando a experiência do trabalho em equipe a união das potencialidades individuais, um sucesso coletivo (D1.1)
- considerando que o trabalho em equipe melhora a qualidade de vida dos pacientes (D1.1)
- considerando o trabalho em equipe criativo(D1.1)
- considerando o trabalho em equipe na ESF como oportunidade de fazer alguma coisa pela comunidade (D2.2)
- considerando o trabalho coletivo melhor do que o trabalho isolado do consultório(D7.15)
- sentindo-se apoiada no trabalho em equipe (D7.16)
- considerando que no trabalho em equipe existe ajuda mútua (D7.17)

Categoria C1.3 - Deparando-se com sofrimento psíquico ao se inserir na ESF.
- sentindo medo no início (D1.1)
- sentindo medo de ser dentista e não conseguir entrar na equipe (D1.1)
- sentindo angústia ao conhecer a história do paciente, da desigualdade social que vive (D5.12)
-considerando o trabalho difícil e desgastante (D2.6)
-tendo que se dedicar de corpo e alma (D2.6)
- considerando que no início do trabalho na ESF foi difícil porque nunca tinha trabalhado com outros profissionais (D7.15)
- sendo difícil porque estava acostumada a trabalhar no consultório sozinha (D7.15)

Quadro 19 – Tema C.2 – Superando o desafio do reconhecimento social no exercício de uma práxis preventiva materno-infantil.

Categoria C2.2 - Lutando pela conquista do reconhecimento social do seu exercício de sua profissão perante a equipe e comunidade materno-infantil.

Subcategoria C2.2.1 - Considerando a interação CD- equipe-paciente mais efetiva na ESF que na UBS.

- considerando as diferenças entre unidade no modelo tradicional e ESF (D3.7).
- considerando o dentista da ESF mais integrado a equipe (D3.7).
-considerando que o trabalho na ESF é mais integrado (D3.7).
- entendendo que há avanços a serem feitos, mas o contato com os pacientes e a integração dos profissionais é melhor na ESF (D5.11)

Subcategoria C2.2.2 - Fortalecendo vínculo com a comunidade, na interface das atividades de promoção e prevenção materno-infantil

- tendo acesso as escolas para realizar a prevenção (D2.5)
- conseguindo criar vínculos e fazer promoção a saúde (D2.5)
- montando grupos de trabalho de prevenção odontológica (D2.5)
- tentando mudar a realidade da comunidade atendendo o binômio mãe e filho desde a gestação (D1.1)
- considerando a ESF como oportunidade de fazer alguma coisa pelas pessoas (D2.5)
- percebendo que a população valoriza seu trabalho (D2.5)
- conseguindo criar vínculos e fazer promoção a saúde (D2.5)
- trabalhando na ESF consegue ver a realidade da comunidade (D2.5)
- considerando que gosta de saber sobre a família do paciente, suas dificuldades (D5.13)
- conhecendo a realidade da família que não tem quem vai levar o filho na escola e nem buscar porque os pais trabalham (D5.13)
- gostando de estar mais próxima das famílias, de ter contato com as pessoas (D7.16)

Categoria C2.3 - Entusiasmando-se perante a materialização da assistência odontológica na ESF como um ideal de trabalho

- considerando a ESF apaixonante (D2.4)
- achando a ESF o ideal de trabalho (D1.3)
- gostando da experiência de trabalhar na ESF (D1.3)
- considerando a experiência de trabalho na ESF nova, que está valendo a pena e que aprende com os outros profissionais (D3.8).
- optando pela ESF por saber que iria cuidar de uma população carente (D5.13)
- considerando o trabalho na ESF muito importante, próxima do ideal (D5.10)
- entendendo que trabalhar na ESF era um sonho como profissional (D2.4)

APÊNDICE D – QUANDO DE CÓDIGOS AUXILIARES DE CIRURGIÃO DENTISTA

Quadro 20 - Fenômeno ACD 1 - Sentindo satisfação com a práxis voltada à promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil

Categoria ACD1.1. Ressignificando a própria vida e as relações interpessoais ao vivenciar a experiência de trabalho na ESF

- considerando que a experiência de trabalho na equipe da ESF mudou sua vida (ACD1.1)
- considerando a experiência muito produtiva e crescimento pessoal (ACACD6.14).
- considerando que o trabalho na ESF significa um avanço em sua vida (ACACD6.15).
-considerando o trabalho muito bom na vida profissional e pessoal (ACD6.15)
-considerando que houve um desenvolvimento de ordem pessoal na sua vida após trabalhar na ESF (ACD2.3).
- aprendendo a dar valor a tudo que tem, a dar valor à vida observando a carência da população. (ACD5.11)

Categoria ACD1.2 - Aprendendo a ser ACD na ESF com a equipe multiprofissional

- considerando que para trabalhar em equipe na ESF tem que gostar e amar o próximo (ACD1.1)
- aprendendo a conhecer os membros da equipe e da comunidade (ACD1.1)
-considerando o bom entrosamento entre ela e a dentista nestes anos permitiu um bom trabalho na ESF (ACD2.2)
- percebendo a existência de ajuda mútua entre os membros da equipe (ACD2.2)
- considerando um aprendizado trabalhar em equipe multidisciplinar (ACD1.1)
- participando mais das atividades da equipe (ACD3.3)
- acreditando no desenvolvimento da equipe para que ela chegue a ser transdisciplinar (ACD1.3)

Categoria ACD1.1-3 -Sentindo-se valorizada a profissão de ACD pela comunidade

-considerando a população usuária muito legal e valorizam o trabalho da bucal (ACD2.4)
- percebendo valorização de seu trabalho pela comunidade (ACD2.4)
desenvolvendo o trabalho e sendo recompensado pela valorização da população (ACD3.3)

Categoria ACD1.4 - Sentindo satisfação em estabelecer vínculo com a comunidade da ESF

- vindo de uma experiência de consultório particular e notando a diferença do consultório da ESF (ACD3.6)
- considerando que no consultório particular não existe um bom contato com o paciente como existe na ESF (ACD3.6)
-relatando a diferença existente em trabalhar individualizado no consultório e numa equipe da ESF (ACD1.1)
- considerando a odontologia do modelo tradicional fechada e difícil, isolada (ACD1.1)
- considerando que no consultório particular os pacientes recebem a orientação de forma diferente (ACD4.4)
-vindo de uma experiência particular e acostumada com pessoas de outro nível social (ACD4.8)
-vindo de uma experiência de consultório particular e percebendo a diferença de nível social com a ESF (ACD6.12)
- avaliando a diferença de trabalhar num consultório particular (mais restrito) e num posto é mais aberto, com muito mais pessoas. (ACD6.14).

Categoria ACD1.5 - Vivenciando as dificuldades de encaminhamentos para outros níveis de atenção na ESF

- considerando a demanda muito grande para poucos profissionais. (ACD7.16)
- sentindo necessidade de mais portas abertas para encaminhamento (ACD7.16).
- sentindo-se de mãos atadas por não conseguir encaminhar os pacientes para outros níveis de atenção (ACD7.16)
- sentindo necessidade de apoio da rede (ACD7.16)
sentindo falta de tempo para prevenção devido as consultas eventuais (ACD7.15)
- sentindo que ao invés de fazer a prevenção atua como Pronto Socorro. (ACD7.15)

Categoria ACD1.6 - Conseguindo materializar o cuidado integral centrado na prevenção e promoção da saúde bucal materno-infantil

-considerando que o atendimento odontológico não deve ser fracionado (ACD1.1)
-percebendo que a ESF não é só trabalho curativo, mas preventivo na área da criança que será o adulto de amanhã (ACD3.6)
-achando a prevenção uma possibilidade muito boa do programa (ACD2.2)
- tratando não só o problema dental, mas vendo o paciente como um todo (ACD3.3)
-compreendendo a extensão da prevenção e promoção a saúde na ESF. (ACD3.3)
- considerando que a área de odonto oferece condições para trabalhar na prevenção (ACD7.18)
- entendendo que o atendimento integral é não ver as pessoas por partes (ACD1.2)
- considerando que é possível a integralidade na atenção a saúde bucal (ACD1.3)
- orientando sobre a prevenção da cárie na ESF (ACD3.7)
- sentindo a importância do trabalho de orientação à população (ACD4.9)

APÊNDICE E – QUANDO DE CÓDIGOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Fenômeno E1. Mantendo-se motivado no processo de trabalho na ESF, apoiado: na materialização do cuidado integral longitudinal, no sentimento de pertença à equipe e no papel de decodificador das queixas do usuário ao médico no espaço do acolhimento

Quadro 21 - Categoria E1.1. Vislumbrando na ESF a possibilidade de vivenciar a satisfação em realizar o cuidado integral longitudinal da família

Subcategoria E1.1.1. Elegendo a ESF como seu novo cenário de práxis
- comparando a experiência de trabalho no hospital e na ESF (AE.6.12)
- sendo diferente do hospital (AE1.1)
- considerando a diferença entre o trabalho hospitalar com o da ESF (AE.3.3).
- considerando o trabalho hospitalar mecânico (AE.3.3).
- considerando a diferença entre o trabalho do hospital e da ESF, sendo a ESF melhor(AE.2.5)
Subcategoria E1.1.2. Vendo a possibilidade de realizar cuidado integral e longitudinal com a família.
- vendo a continuidade do trabalho na ESF (AE.6.12)
-considerando a experiência de trabalho na ESF como contínua e global (AE.6.12)
- considerando o programa um diferencial na saúde (AE.5.5)
- -considerando a experiência de trabalho na ESF importante (AE.2.5)
- considerando que o trabalho na ESF funciona (AE.2.5)
- considerando que a ESF envolve a família (AE.1.1)
- vendo o paciente como um todo (AE.1.1)
- considerando que trabalhar na ESF é ajudar o próximo (AE10..5)
Subcategoria E1.1.3. Fazendo promoção à saúde e prevenção à doença
- Entendendo que a orientação é o que mais ela sabe fazer (AE4.9)
- Fazendo prevenção na ESF (AE4.9)
-Vendo o trabalho na ESF como oportunidade de orientar os pacientes e dar o melhor para eles (AE4.9)
- tentando explicar aos pacientes sobre os cuidados em casa e na ESF (AE7.1)
- gostando de apoiar e ajudar a mãe, o pai e o filho, todos da família (AE7.1)
- entendendo que deve fazer prevenção antes da doença chegar (AE11.8)
- tendo paciência para ouvir os pacientes em casa é promoção(AE11.8)
Subcategoria E1.1.4. Conhecendo e intervindo nos problemas da família por meio da visita domiciliar
- podendo fazer visita domiciliar (AE1.1)
- entendendo a dificuldade dos pacientes em entender a medicação (AE.1.1)
- -considerando que a população desconhece noções de higiene (AE.2.2)
- aprendendo a conviver com a carência (AE.6.13)
- entendendo melhor a população carente depois de trabalhar com ela (AE.6.13)
- aprendendo a conviver com a carência da comunidade (AE.613)
- tendo contato com as famílias carentes (AE.2.4)
- preocupando-se com o paciente em sua casa (AE.3.3).
- considerando que a população desconhece noções de higiene (AE.2.4)
- podendo fazer educação em saúde para famílias que conhece (AE.2.4)
- achando importante ajudar as famílias em casa e não somente o paciente na unidade ESF (AE7.1)
- aprendendo a realizar VD na ESF(AE7.1)
- gostando de fazer VD como parte de seu trabalho(AE7.1)

- gostando de fazer VD porque ajuda as famílias (AE9.4)
- sendo bem recebido pelas famílias na VD(AE9.4)

Subcategoria E1.1.5. Considerando gratificante o resultado de seu trabalho na ESF

considerando a experiência de trabalho na - ESF uma realização (AE.3.3).
- considerando a experiência de trabalho na ESF gratificante (AE.3.3).
-considerando gratificante o trabalho (AE.3.3).
-considerando gratificante trabalho na ESF após ter sido paciente da UBS (AE4.8)
-sendo gratificante trabalhar na ESF quando observa um sorriso da pessoa (AE3.7)
- não trocaria a ESF por outro trabalho(AE7.2)
- considerando bom e humanizado o trabalho na ESF(AE8.2)
- considerando o trabalho gratificante(AE9.3)
- gostando do trabalho na ESF(AE10..5)
- trabalhar na ESF significa experiência e realização profissional(AE10.6)
- considerando o trabalho na ESF um aprendizado(AE11.8)

Quadro 22 - Categoria E1.2. Desfrutando do sentimento de pertença no processo de trocas de saberes no trabalho em equipe

Categoria E1.2 - Desfrutando do sentimento de pertença no processo de trocas de saberes no trabalho em equipe

- considerando o trabalho em equipe muito importante (AE.4.9).
- considerando que o trabalho solitário não alcança objetivos (AE.4.9).
- considerando o trabalho em equipe bom e importante(AE.2.2)
- considerando o engajamento da equipe importante para o trabalho dar certo (AE.2.2)
- considerando o trabalho em equipe espaço de trocas (AE.2.2)
- considerando o trabalho em equipe importante para continuidade do trabalho (AE.2.4)
- encontrando união na equipe da ESF (AE.3.3).
- estando os membros da equipe um em função do outro (AE.3.3).
- considerando que a parceria dos membros da equipe melhora o desempenho da unidade(AE.3.3).
- considerando o trabalho em equipe muito importante (AE.4.4).
- entendendo que existe diferença entre as pessoas por meio do trabalho em equipe (AE.5.5)
- havendo união da equipe melhora o atendimento à comunidade (AE.5.5)
- considerando o trabalho em equipe como essencial (AE.6.13)
- vivenciando troca de experiências com os demais membros da equipe (AE.6.13)
- considerando que a equipe deve ser entrosada (AE.6.13)
- sabendo respeitar as diferenças individuais no trabalho em equipe(AE.6.13)
- reconhecendo que está num processo de aprendizagem neste trabalho(AE.4.9).
- reconhecendo que gosta de repassar aos pacientes todo conhecimento novo que adquire (AE.4.9).
- considerando que o trabalho solitário não alcança objetivos (AE.4.4).
- considerando a experiência de trabalho na ESF como um aprendizado (AE.6.6)
- aprendendo com a prática da ESF e estando feliz em poder repassar para os pacientes (AE.3.8).
- aprendendo sempre na ESF (AE.3.3).
- considerando o trabalho em equipe um trabalho de família (AE7.1)
- considerando o trabalho em equipe um bom entrosamento (AE8.3)
- reconhecendo que o trabalho em equipe funciona (AE11.7)
- considerando que quando existe o trabalho em equipe tudo funciona(AE11.8)
- referindo que todos trabalham contentes e alegres quando existe o trabalho em equipe(AE11.8)

Quadro 23 - Categoria E1.3. Tendo prazer em decodificar para o médico sinais, sintomas e queixas do usuário

Categoria E1.3. Tendo prazer em decodificar para o médico sinais, sintomas e queixas do usuário
-tentando ajudar as pessoas (AE5.10) -considerando o acolhimento muito importante (AE5.10) - considerando que os membros da equipe na ESF estão buscando resolver problemas e acolher as pessoas que chegam na unidade (AE5.10) -considerando que o auxiliar de enfermagem tem mais contato com o paciente quando se dirige ao acolhimento (AE6.14) - gostando de ajudar as pessoas e a melhoria de suas vidas (AE.3.3). - interpretando os sinais, sintomas e queixas do usuário para facilitar a consulta médica (AE6.14) -gostando de conversar com as pessoas (AE.3.3). - construindo amizades com facilidade até o ponto de se expor (AE.3.3). - podendo ajudar as pessoas por meio da ESF (AE8.2) - podendo ajudar o próximo mais carente no trabalho da ESF (AE10..5) - aprendendo a ter paciência para ouvir os pacientes na VD (AE11.8)

Quadro 24 - Tema E21. Desmotivando-se no processo de trabalho na ESF diante da falta de apoio do gestor: temas.

Tema E2.1. Sentindo falta de apoio do gestor no processo de trabalho
- considerando que o gestor não apóia o trabalho do AE (AE.1.3) - gestor desconsiderando a necessidade de contratação (AE.1.1) - reconhecendo que não há incentivo salarial por parte do gestor(AE9.4) - tendo que trabalhar embora não seja reconhecido (AE9.4) - sentindo desanimo por falta de reconhecimento salarial(AE9.4) -trabalhando há 5 anos sem melhorias salariais(AE9.4) - tendo melhorias para o cliente e nada para os profissionais (AE9.4) - sentindo tristeza pela falta de gratificação(AE9.5) - tendo sobrecarga de trabalho porque é menos funcionário na ESF(AE9.5) - referindo a falta de reconhecimento como uma das principais dificuldades do momento(AE10..5) - dando o melhor de si no trabalho mesmo sem incentivos (AE9.5)

Quadro 25 - Categoria E2.1.2. Perdendo o referencial de cuidado integral e longitudinal, perante a sobrecarga de trabalho imposta pelo déficit de AE: subcategorias.

Subcategoria E2.1.2.1. Vivenciando o déficit de AE por falta de contratação
- ficando apenas 2 funcionários na unidade (AE.1.1) - faltando auxiliar de enfermagem na ESF (AE.1.1) - necessitando de mais funcionários e mais tempo (AE.2.2) - considerando que não pode oferecer um trabalho melhor pelo excesso de demanda(AE11.8) - tendo dificuldade de realizar o que diz a ESF por excesso de demanda(AE11.8) - referindo que há falta de AE e outros funcionários(AE9.3) - referindo muita demanda e sobrecarga pela falta de AE (AE9.3)

Subcategoria E2.1.2.2. Sentindo-se sobrecarregado
- sentindo solidão e sobrecarga (AE.1.2)
- sentindo que está na corda bamba devido a sobrecarga (AE.1.1)
- sentindo sobrecarga de trabalho (AE.2.4)
- experienciando sobrecarga de trabalho (AE.2.4)
- referindo muita demanda e sobrecarga de trabalho(AE9.3)
- reconhecendo que há poucos funcionário pelo tamanho da demanda (AE9.3)
- referindo excesso de demanda e corre corre o dia todo (AE9.5)

Subcategoria E2.1.2.3. Não conseguindo realizar visitas domiciliares por déficit de AE
- considerando importante a visita domiciliar dos ACS (AE.5.10)
- realizando visita domiciliar quando pode (AE.1.1)
- cuidando da pessoa na casa (AE.1.1)
- achando interessante fazer visita domiciliar(AE.2.4)
- faltando funcionário prejudica visita domiciliar (AE.1.1)
- deixando de realizar ações domiciliares por sobrecarga na unidade (AE.1.1
-fazendo visita domiciliar por obrigação, pois a sobrecarga na unidade é grande (AE.1.1)
- inexistindo auxiliar de enfermagem para realizar visita domiciliar (AE.1.1)
-considerando que o ACS e o AE fazem visita domiciliar para identificar problemas e tentar resolvê-los (AE5.11)

Quadro 26 - Categoria E2.1.3. Recebendo baixos salários

Categoria E2.1.3. Recebendo baixos salários
- achando o salário baixo (AE.1.1)
-muitas mudanças associadas à sobrecarga de trabalho (AE1.1)
-sentindo-se desestimulado com os baixos salários e a sobrecarga (AE1.1)
- desanimando pela falta de incentivos salariais (AE9.4)
- trabalhando na medida do possível,, pois não há incentivos financeiros (AE9.4)
- reconhecendo que toda equipe trabalha sem incentivos salariais (AE9.5)
- tendo que tocar o serviço desanimado pela falta de reconhecimento salarial (AE9.4)

Quadro 27 - Categoria E2.1.4. Não contando com apoio psicológico

Categoria E2.1.4. Não contando com apoio psicológico
vivenciando mudanças no processo de trabalho (AE.1.1)
- considerando que não existe apoio psicológico para os funcionários (AE.1.1)
- referindo a falta de reconhecimento como uma das principais dificuldades do momento(AE10..5)

Quadro 28 - Categoria E2.1.5. Sofrendo o impacto nas transições políticas

Categoria E2.1.5. Sofrendo o impacto nas transições políticas
- considerando que as mudanças políticas sobrecarregam a equipe (AE.1.1)
- vivenciando as mudanças com expectativa (AE.1.2)
- considerando que devido as mudanças que aconteceram estão tendo que reconstruir a equipe (AE.1.1)

Quadro 29 - Tema E2.2. Rompendo psiquicamente com o modelo ESF

Tema E2.2. Rompendo psiquicamente com o modelo ESF
- desacreditando na permanência dos novos auxiliares (AE.1.1) - entendendo que não existe muita opção para resolver esse problema pela coordenação da unidade (AE.1.3) - esperando que o gestor se preocupe mais com a ESF porque pela desmotivação apenas vão tocar serviço (AE.1.1) - perdendo o sentido de saúde da família (AE.1.1) - temendo virar rede básica tradicional (AE.1.1) - considerando desmotivação em relação ao trabalho (AE.1.1) - acabando o amor do início do seu trabalho na ESF (AE.1.1) - considerando difícil a situação do auxiliar de enfermagem (AE.1.1) - existindo preocupação que tudo possa acabar em nada (AE.1.1) - dando o melhor de si para o trabalho e não há reconhecimento (AE9.5) - atendendo na medida do possível(AE9.5) -sentindo tristeza pela falta de reconhecimento de seu trabalho(AE9.5) - referindo a falta de reconhecimento por parte de todos como uma das principais dificuldades do momento(AE10..5)

APÊNDICE F – QUANDO DE CÓDIGOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

MANTENDO-SE MOTIVADO AO VIVENCIAR A VISIBILIDADE DE SUA PROFISSÃO MEDIANTE A RECIPROCIDADE COM A COMUNIDADE NA ESF.

Quadro 30 – CategoriaF1.1 - Considerando o trabalho gratificante no início

Categoria F1.1 - Considerando o trabalho gratificante no início
- considerando um sonho o trabalho na ESF quando começou trabalhar na ESF (ACS.1.1)
- considerando uma realização profissional trabalhar na ESF (ACS.1.1)
- considerando uma experiência nova e legal o trabalho na ESF (ACS.2.2)
- achando legal o trabalho (ACS.2.2)
- considerando a experiência de trabalho muito boa (ACS.2.4)
- gostando de trabalhar na ESF (ACS.3.6)
- considerando o inicio do trabalho na saúde da família bom (ACS.4.8)
- considerando a experiência de trabalho na ESF gratificante (ACS.4.8)
- considerando a experiência de trabalho na ESF boa (ACS.5.8)
- sendo boa a experiência na ESF (ACS6.1)
-considerando que o trabalho na ESF é amor e perseverança(ACS6.4)
-gostando muito de trabalhar na ESF (ACS8.4)

Quadro 31 – Categoria F1.2 - Constituindo competências e habilidades no exercício da práxis, por meio da reciprocidade estabelecida com a equipe

Categoria F1.2 -Constituindo competências e habilidades no exercício da práxis, por meio da reciprocidade estabelecida com a equipe
- Não conhecia o PSF previamente (ACS3.6)
- começando a trabalhar na ESF porque estava parada há muito tempo (ACS.3.6)
- começando a trabalhando sem conhecer nada da ESF (ACS.3.6)
- sendo uma líder comunitária antes de iniciar como ACS (ACS2.3)
- conhecendo muita gente do centro comunitário (ACS2.3)
-considerando que começou do nada seu trabalho na ESF (ACS.2.3)
- prestando concurso para arrumar um emprego na ESF porque estava parada (ACS.2.3)
- considerando que começou trabalhar na ESF sem saber do que se tratava (ACS.4.7)
- considerando o relacionamento com a equipe bom (ACS3.7)
- sentindo proteção na equipe (ACS3.7)
- considerando o trabalho em equipe um espaço de trocas (ACS3.7)
- considerando o trabalho em equipe um ganho profissional (ACS5.9)
- vivendo novas aprendizagens no trabalho em equipe, tanto como pessoa quanto profissional (ACS5.9)
-aprendendo a lidar melhor com o próximo, na equipe multiprofissional (ACS5.9)
- convivendo com pessoas diferentes na equipe é bom (ACS5.9)
- reconhecendo que ganha novos conhecimento na área da saúde no trabalho de ACS (ACS5.9)
- gostando do trabalho em equipe(ACS7.3)
-achando a equipe batalhadora(ACS7.3)
- achando a equipe bem formada e estruturada(ACS7.3)

Quadro 32 - Categoria F1.3. Alcançando a visibilidade da profissão por meio do exercício da mutualidade com a comunidade

Subcategoria F1.3.1. Sentindo prazer em poder ajudar as famílias na ESF, por meio de processo interacional terapêutico estabelecido durante as visitas domiciliares

- gostando de ajudar as pessoas (ACS1.1)
- solucionando os problemas das famílias (ACS1.2)
- ajudando as pessoas da área de abrangência (ACS2.3)
- tendo um sentimento bom de poder ajudar as pessoas (ACS2.4)
-considerando a possibilidade de conversar com as pessoas e ajudá-las (ACS3.6)
-considerando o envolvimento com a comunidade uma oportunidade de poder ajudar (ACS2.3)
- sentindo capacidade de ajudar as pessoas (ACS4.8)
- sentindo-se capaz de ajudar as pessoas conforme o tempo de trabalho foi passando (ACS.4.8)
- compartilhando as alegrias e tristezas das famílias (ACS4.8)
-considerando o trabalho na ESF como oportunidade de aprendizado com a comunidade (ACS5.8).
- considerando o trabalho em equipe na ESF como gratificante por poder ajudar mais as pessoas (ACS5.9)
- trazendo os problemas para unidade para tentar resolver e ajudar as pessoas (ACS5.8)
- considerando fundamental a visita domiciliar (ACS1.1)
- cumprindo a visita aos programáticos (ACS1.1)
- fazendo visita domiciliar, entrando nas casas, era tudo que eu queria (ACS.1.1)
- considerando que as VD auxiliam as famílias (ACS9.7)
- sentido prazer em executar as tarefas do ACS porque ajuda a comunidade (ACS9.7)

Subcategoria F1.3.2. Sentindo-se reconhecido e valorizado o seu trabalho pela comunidade

- sentindo-se valorizada pela população que atende na área (ACS2.4)
- tendo momentos felizes por ser lembrada pelas pessoas da comunidade (ACS2.4)
- sentindo reconhecimento da comunidade em relação ao seu trabalho (ACS5.8)
- sentindo-se acolhido pelas famílias quando faz VD(ACS9.8)
- sentindo-se acolhida pelas famílias da área(ACS9.10)
- sentindo prazer em realizar VD e conversar com as famílias (ACS9.8)
- sentindo-se encorajado a fazer VD por ser acolhido pelas famílias (ACS9.8)

Quadro 33 - Categoria F2.1 - Sentindo-se frustrado ao se sentir limitado na resolução de problemas da comunidade pela ineficiência da rede secundária de atenção à saúde

Categoria F2. 1. Sentindo-se frustrado ao se sentir limitado na resolução de problemas da comunidade pela ineficiência da rede secundária de atenção à saúde

- sentindo-se incapaz quando sabe que o paciente precisa de encaminhamento para UNESP e não tem vaga (ACS2.4)
- considerando solicitação de exames de urgência um problema de encaminhamento para outros lugares (ACS3.6)
- entendendo que não depende só da unidade agilizar os encaminhamentos de exames (ACS3.6)
- sentindo limitação por não conseguir dar encaminhamentos a exames no secundário e não ter resposta para levar ao paciente(ACS3.6)
- sentindo limitações em suas atividades de ACS para resolução de problemas urgentes das famílias (ACS3.6)

-sentindo tristeza por não ter encaminhamento para rede secundária da atenção (ACS2.4)
-sentindo frustração porque não consegue resolver os problemas das famílias (ACS3.6)
- faltando rede secundária de encaminhando para especialidades (ACS6.1)
-referindo a importância da rede secundária de encaminhamento(ACS6.1)
-o que mais peca no programa é a falta de encaminhamento para especialidade(ACS6.1)
-sentindo que especialistas ajudariam muito na ESF como apoio secundário (ACS6.3)
-reconhecendo que as especialidades são continuidade da ESF(ACS6.3)
- sentindo que a maior dificuldade do trabalho é a falta de encaminhamentos para rede secundária (ACS8.4)
- tendo dificuldade de encaminhamentos para nível secundário(ACS9.6)
- referindo que grande parte da população aguarda encaminhamento para UNESP(ACS9.7)
-considerando que o maior problema da área é com encaminhamentos para especialidades(ACS10.11)

Quadro 34 - Categoria F2.2. Sofrendo com o afastamento das atividades de prevenção e promoção junto à comunidade, perante sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor

Categoria F2.2. Sofrendo com o afastamento das atividades de prevenção e promoção junto à comunidade, perante sobrecarga de atividades burocráticas impostas pelo gestor
- considerando que o gestor burocratiza muito as ações dos ACSs (ACS1.2)
-sendo avaliada pelo gestor quantitativamente e não qualitativamente (ACS1.2)
- sentindo sobrecarga de trabalho em relação às visitas domiciliares porque tem muitas fichas para preencher (ACS1.2)
-considerando o trabalho muito burocrático (ACS1.1)
- tendo muita papelada para preencher (ACS1.1)
- passando o tempo preenchendo ficha (ACS1.1)

Subcategoria F2.2.1. Sentindo-se insatisfeito com a sobrecarga gerada pelo preenchimento de papéis em detrimento à visita domiciliar e com a avaliação profissional quantitativa instituída pelo gestor
- considerando que o gestor burocratiza muito as ações dos ACSs (ACS1.2)
-sendo avaliada pelo gestor quantitativamente e não qualitativamente (ACS1.2)
- sentindo sobrecarga de trabalho em relação às visitas domiciliares porque tem muitas fichas para preencher (ACS1.2)
-considerando o trabalho muito burocrático (ACS1.1)
- tendo muita papelada para preencher (ACS1.1)
- passando o tempo preenchendo ficha (ACS1.1)

Subcategoria F2.2.2 - Sofrendo por não realizar ações de promoção e prevenção à saúde junto à comunidade por sobrecarga de trabalho na USF
- considerando sofrimento porque não tem tempo para fazer ações de promoção a saúde como a limpeza do bairro(ACS1.2)
- sofrendo porque não tem tempo para fazer prevenção, são muitas cobranças por parte do gestor (ACS1.2)
-sofrendo ao ser cobrada quando não faz todas as visitas previstas em detrimento de atividades na unidade (ACS1.2)
- considerando a demanda muito grande na unidade(ACS9.10)
- referindo que não dá para atender todo mundo no horário porque a demanda é grande (ACS9.10)
- referindo que não realiza atividades em grupo pelo excesso de demanda na unidade (ACS9.10)

Quadro 35 - Categoria F2.3 - Rompendo psiquicamente com a operacionalização do modelo ESF no município

Categoria F2.3 - Rompendo psiquicamente com a operacionalização do modelo ESF no município
- considerando sofredor o trabalho na ESF após alguns anos de trabalho (ACS1.1) -sentindo solitária na resolução dos problemas (ACS1.1) - sentindo frustração quando não consegue solucionar os problemas das famílias (ACS1.2) -considerando que a ESF na teoria é a mesma coisa, mas na prática mudou muito (ACS1.1) - considerando a ESF bonita só no papel (ACS2.4) - reconhecendo que o programa era bom apenas no começo(ACS9.6) - vendo depois de um tempo que o programa era lindo no papel (ACS9.6) - referindo que na prática a coisa não acontece como pensava(ACS9.6) - sentido enganada pela proposta da ESF na prática (ACS9.6) - vendo que na prática era outra coisa(ACS9.6)

APÊNDICE G – QUADRO DE CÓDIGOS DA METASSÍNTESE DOS MODELOS TEÓRICOS

Quadro 36 - Categoria EQ1.1. Entusiasmando-se com a possibilidade de ver reconhecida a sua práxis na ESF

Categoria EQ1.1. Entusiasmando-se com a possibilidade de ver reconhecida a sua práxis na ESF
- entusiasmando-se pela ESF como oportunidade de tornar reconhecido o exercício profissional do enfermeiro. (E) - entusiasmando-se com a operacionalização do cuidado integral. (E) - vendo a possibilidade de oferecer cuidado integral ao exercer autonomia profissional. (E) - reconhecendo a ESF como possibilidade real de exercer a profissão com autonomia. (E) - percebendo na ESF a oportunidade para um exercício profissional autônomo, quando comparado ao hospital. (E) -reconhecendo na ESF a oportunidade de tornar visível o trabalho do PSF, por meio do estabelecimento de um relacionamento de responsabilidades junto a comunidade. (E) sentindo entusiasmo ao ser retroalimentado pelo processo interacional com a comunidade. (ACS) -mantendo-se motivado no processo de trabalho na ESF, apoiado na materialização do cuidado integral longitudinal, no sentimento de pertença na equipe e no papel de - decodificador das queixas do usuário ao médico no espaço do acolhimento. (AE) -motivando-se junto à ESF, mediante estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade-equipe. (M) -compreendendo o modelo ESF como oportunidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro, por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade. (E) -encontrando prazer ao perceber o reconhecimento de seu trabalho perante a equipe e comunidade. (M) mantendo-se motivando com o exercício da enfermagem na ESF, mediante reconhecimento na comunidade. (E)

Quadro 37 - Categoria EQ1.2. Construindo vínculos com a comunidade e equipe

Categoria EQ1.2. Construindo vínculos com a comunidade e equipe
- fortalecendo vínculos com o paciente a partir do cuidado integral. (M) - estabelecendo um relacionamento de interdependência médico-comunidade para enfrentar os desafios no processo de trabalho na ESF. (M)

Quadro 38 - Categoria EQ1.4. Materializando cuidado integral na práxis

Categoria EQ1.4. Materializando cuidado integral na práxis
- motivando-se junto à ESF, mediante estabelecimento de reciprocidade médico-comunidade-equipe. (M) - compreendendo o modelo ESF como oportunidade de tornar visível o trabalho do enfermeiro, por meio do estabelecimento do vínculo com a comunidade. (E) - encontrando prazer ao perceber o reconhecimento de seu trabalho perante a equipe e comunidade. (M) - mantendo-se motivando com o exercício da enfermagem na ESF, mediante reconhecimento na comunidade. (E) - Construindo o processo ensino-aprendizagem por meio da reciprocidade médico-equipe. (M)

- Sentindo prazer ao realizar a reciprocidade entre os membros da equipe. (M)
- Buscando conhecimento e compartilhando suas vivências. (M)
- Tendo prazer em ver reconhecido o seu trabalho pela comunidade, mediante o retorno positivo do impacto de suas intervenções. (E)

Quadro 39 - Categoria EQ1.4. Materializando cuidado integral na práxis

- sendo estimulado a continuar no processo de trabalho na ESF por meio do cuidado integral longitudinal. (AE)
- vislumbrando na ESF a possibilidade de vivenciar a satisfação em realizar o cuidado integral longitudinal da família. (AE)
- entendendo sua práxis pautada em ações de prevenção e promoção a saúde. (AE)
- oferecendo o melhor de si quando realiza orientações a hipertensos, diabéticos, uso de medicações e dietas. (AE)
- sentindo satisfação com a práxis voltada a promoção e prevenção na saúde bucal materno-infantil. (ACD)
- sentindo satisfação quando realiza cuidado integral por meio das ações de promoção e prevenção a Saúde bucal materno-infantil. (ACD)
- sentindo satisfação ao ver valorizada sua profissão por meio das ações de promoção e prevenção a saúde bucal materno-infantil. (ACD)
- conseguindo materializar o cuidado integral centrado na prevenção e promoção da saúde bucal materno-infantil. (ACD)
- sendo a operacionalização do cuidado integral a razão de sua escolha. (E)
- percebendo a ESF como uma oportunidade de oferecer cuidado integral à família. (E)
- optando pelo exercício profissional da Enfermagem na ESF ao invés do cenário hospitalar. (E)
- vendo na ESF a oportunidade de operacionalizar o cuidado integral por meio da consulta de enfermagem. (E)

Quadro 40 - Categoria EQ1.5. **Alcançando a visibilidade da profissão**

- alcançando visibilidade da profissão por meio do exercício da m sentindo-se valorizada a profissão de ACD pela comunidade. (ACD)
- sentindo-se valorizada a profissão de ACD pela comunidade. (ACD)
- superando o desafio do reconhecimento social na ESF por meio de uma práxis centrada na atenção materna infantil. (D)
- escolhendo a ESF mediante e a possibilidade do reconhecimento de sua práxis na equipe e na comunidade. (D)
- potencializando seu reconhecimento numa práxis centrada na saúde bucal materno infantil. (D)
- tornando visível a atuação do enfermeiro estabelecida por meio de um relacionamento comunidade-enfermeiro próximos, de compromissos, responsabilidades. (E)

Quadro 41 - Categoria EQ2.1. Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF diante da falta de apoio da gestão

- enfrentando os desafios da ESF em seu processo de trabalho mediante cenários dificultadores que são apreendidos apenas no decorrer da vivencia do seu cotidiano. (E) - não sendo reconhecido o exercício profissional pelo gestor municipal. (E) - referindo a falta de reconhecimento como uma das principais dificuldades do momento.(AE) - tendo que trabalhar embora não seja reconhecido pelo gestor. (AE)

Quadro 42 - Categoria EQ2. 2 Defrontando-se com o não reconhecimento do seu papel pela comunidade no modelo ESF

- considerando a consulta de enfermagem uma ação difícil da população entender e aceitar. (E) - tendo que interromper a consulta de enfermagem para gerenciar conflitos relativos à demora do atendimento. (E) sentindo-se desgastada mediante a revolta da comunidade com os atrasos do atendimento. (E) - sentindo dúvida sobre seu papel profissional. (E) considerando que faz mais que o papel de enfermeira, isto é, também de assistente social e psicóloga. (E) - sentindo medo de ser dentista na ESF e não conseguir ser reconhecida. (D)

Quadro 43 - Categoria EQ3.1. Não contando com o apoio do gestor ao exercício da profissão na ESF

-sendo a falta de apoio do gestor um componente desmotivador à manutenção do engajamento do AE na ESF. (AE) - sendo a desmotivação do AE decorrente de fatos e transições político-administrativos que - promovem a precarização do trabalho pela sobrecarga imposta pelo déficit do profissional por falta de contratação. (AE) - sendo as transições políticas um fator de insegurança para o AE gerando um futuro incerto e inseguro quanto a continuidade de seu contrato. (AE) - sentindo falta de apoio da coordenação municipal da ESF. (E) - acreditando estar abandonada pelo nível central. (E) - referindo a falta de reconhecimento como uma das principais dificuldades do momento.(AE) - considerando que não existe apoio psicológico para os funcionários (AE) - considerando que o gestor burocratiza muito as ações dos ACSs. (ACS) - sendo avaliada pelo gestor quantitativamente e não qualitativamente. (ACS)

Quadro 44 - Categoria EQ3.2. Percebendo a invisibilidade do exercício profissional relacionado à falta de apoio do gestor

- percebendo que a população desconhece a consulta de enfermagem gerando dificuldades em sua práxis e, portanto, não é reconhecida realizando consultas de enfermagem. (E) - compreendendo a invisibilidade de seu exercício profissional mediante a atitude opressora e não apoiadora acerca do processo avaliativo instituído pelo nível central da ESF, que desconsidera a dimensão qualitativa peculiar ao seu trabalho. (E) - sentindo sobrecarga de trabalho em relação às visitas domiciliares porque tem muitas fichas para preencher. (ACS) - percebendo as limitações impostas ao exercício profissional decorrentes da sobrecarga atribuída pelo processo de trabalho da ESF frente a sua equipe e a comunidade. (E) encontrando as dificuldades mediante falta de uma rede de apoio diagnóstica e social. (E)

Quadro 45 - Categoria EQ3.3. Vivenciando o processo de sofrimento psíquico

Subcategoria EQ3.3.1. Frustrando-se ao descobrir que o ideal de cuidado integral se tornou uma ilusão na ESF - faltando auxiliar de enfermagem na ESF para operacionalizar o cuidado. (AE) - necessitando de mais funcionários e mais tempo. (AE) - considerando que não pode oferecer um trabalho melhor pelo excesso de demanda. (AE) - sentindo o sofrimento moral e amargura mediante a perda da esperança e descrença na possibilidade de operacionalizar o cuidado integral na ESF. (E) - sentindo frustrado mediante a percepção de que o modelo idealizado da ESF não se configura na prática. (E)
Subcategoria EQ3.3.2. Desmotivando-se com um processo de trabalho na ESF diante da falta de apoio do gestor - frustrando-se quando não consegue solucionar os problemas das famílias. (ACS) - considerando que a ESF na teoria é a mesma coisa, mas na prática mudou muito. (ACS) - tendo esperança que o gestor se preocupe mais com a ESF porque, pela desmotivação, apenas vão tocar serviço. (AE) - considerando que há muita desmotivação em relação ao trabalho. (AE) - esperando que o gestor se preocupe mais com a ESF porque pela desmotivação apenas vão tocar serviço. (AE.1.1) - perdendo o sentido de saúde da família. (AE)

Anexos

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

Ética

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 11 de fevereiro de 2008 — Of. 023/08-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª Silvia Cristina Mangini Bocchi
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª. Silvia Cristina.

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa **"Compreendendo o processo de trabalho na perspectiva da Equipe de Saúde da Família numa abordagem complexa"**, que será conduzido por Regina Stella Spagnuolo, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 11/02/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO.** Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP **"Relatório Final de Atividades".**

Atenciosamente,

Sueli Aparecida Garcia
Secretário do CEP/Subst.

Fls. .....
Proc. .....
Rub. .....

unesp
DIVISÃO TÉCNICA ACADÊMICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Seção de Pós-Graduação

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18.618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "COMPREENDENDO O PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NUMA ABORDAGEM COMPLEXA, aprovado pelo CEP em 11/02/2008, teve seu título alterado para "ENTRE OS PROCESSOS DE FORTALECIMENTO E FRAGILIZAÇÃO DO MODELO ESF: GESTÃO MUNICIPAL E ÓRGÃOS FORMADORES COMO COMPONENTES INTERVENIENTES", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Tese de Doutorado.

Botucatu, 24/02/2010

Nome/Assinatura do(a) aluno(a)Regina Stella Spagnuolo .....

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi.....

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

11:32 25/02/2010 000000 COMITE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP

OBS.: Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo CEP