



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

ROSIMEIRE APARECIDA MANOEL

**A atividade de coordenação do trabalho na equipe da
Estratégia de Saúde da Família: as contradições para
a produção do cuidado na atenção psicossocial**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu
2016

ROSIMEIRE APARECIDA MANOEL

A atividade de coordenação do trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família: as contradições para a produção do cuidado na atenção psicossocial

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin
Apoio: CAPES

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Manoel, Rosimeire Aparecida.

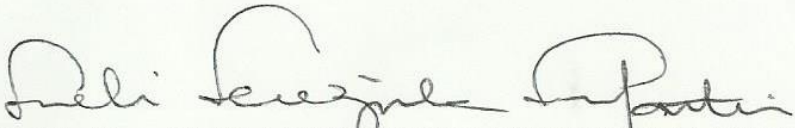
A atividade de coordenação do trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família : as contradições para a produção do cuidado na atenção psicossocial / Rosimeire Aparecida Manoel. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin
Capes: 40600009

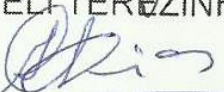
1. Atenção primária à saúde. 2. Programa Saúde da Família (Brasil). 3. Serviços de saúde mental. 4. Equipes de saúde. 5. Psicologia social.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Atenção psicossocial; Coordenação; Psicologia histórico-cultural; Trabalho em equipe.

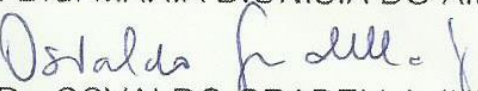
Comissão Examinadora



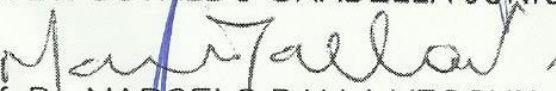
Profa. Dra. SUELI TEREZINHA FERRERO MARTIN



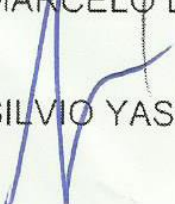
Profa. Dra. MARIA DIONISIA DO AMARAL DIAS



Prof. Dr. OSVALDO GRADELLA JUNIOR



Prof. Dr. MARCELO DALLA VECCHIA



Prof. Dr. SILVIO YASUI

Dedico este trabalho a todos que acreditam, trabalham e lutam pela consolidação do SUS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à profa. Sueli, orientadora deste trabalho, pela atenção e acolhida em todos os percalços que marcaram a minha caminhada nesse processo de formação, bem como pelos momentos de supervisão, até nos horários mais inoportunos, demonstrando toda a sua compreensão e dedicação, o meu MUITO OBRIGADA!

Agradeço, de maneira especial, aos professores Marcelo e Osvaldo, pelas valiosas e decisivas contribuições durante a banca de qualificação, momento de reflexões fundamentais para o andamento e conclusão do trabalho.

Agradeço aos professores da banca de defesa por aceitarem a participar desse momento tão especial para mim e de compartilharem dos seus conhecimentos e experiências para a evolução desse estudo.

Agradeço a todos os trabalhadores que demonstraram interesse em participar dessa pesquisa e compartilharam de suas experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços no SUS, condição indispensável para que esse conhecimento fosse construído.

Agradeço à Josy e ao Fábio, amigos de profissão e companheiros de alguns momentos “terapêuticos”, que participaram como observadores nos grupos focais, primordiais para o extenso momento da coleta de dados, além de me auxiliarem em vários momentos para ter o acesso a materiais bibliográficos.

Agradeço à Katy e à Denise, amigas de sempre e de todas as horas.
Agradeço a todos os docentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação, e de maneira especial, ao Wagner, servidor do Departamento de Saúde Pública, pela disponibilidade, atenção e carinho em atender sempre os pedidos “de última hora”.

Agradeço à Aninha, amiga inesquecível, que sempre me acolheu em seu lar, e junto com o Marcão, propiciaram momentos saudosistas e de muito prazer, amigos que levarei na memória e no coração da minha passagem por Botucatu. Agradeço também ao Alexandre e Vinicius, que mesmo ausentes, se faziam presentes animando as nossas recordações e motivando a esperança do reencontro da “turminha mais ou menos”.

Agradeço a todos os amigos que sempre torceram pela concretização de mais esse meu projeto de vida/profissional, especialmente, à Marlene e à Amanda, pelos deliciosos momentos de “desligamentos” tão necessários na rotina intensa de estudos.

Agradeço a minha família pela paciência e compreensão dos vários momentos de ausência.

Agradeço ao meu companheiro, Irley, por me acompanhar nessa trajetória acadêmica, desde a graduação, me incentivando e apoiando as minhas escolhas.

NADA É IMPOSSÍVEL DE MUDAR

*Desconfiai do mais trivial,
Na aparência singela.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
Não aceiteis o que é de habito como coisa natural,
Pois em tempo de desordem sangrenta,
De confusão organizada, de arbitrariedade consciente,
De humanidade desumanizada,
Nada deve parecer natural
Nada deve parecer impossível de mudar.*

(Antologia Poética de Bertolt Brecht).



MANOEL, R. A. **A atividade de coordenação do trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família:** as contradições para a produção do cuidado na atenção psicossocial. 2016. 275f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2016.

RESUMO

Considerando a relevância que os serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) assumem no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), convém trazer para o centro da discussão sobre a qualificação desses serviços a atividade de coordenação do trabalho na equipe, considerando o papel operativo desse trabalho na consolidação dessa política. Desse modo, o objetivo desse estudo foi analisar a atividade de coordenação do trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família em interface com a produção do cuidado em saúde mental, tendo em vista explicitar as contradições para a consolidação da atenção psicossocial na APS. Trata-se de uma pesquisa de campo, cujo referencial teórico é o da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentada no Materialismo Histórico e Dialético (MHD). A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo. Foram convidados a participar dessa pesquisa os trabalhadores atuantes na/junto à rede de atenção primária envolvidos no cuidado em saúde mental. Para a coleta de dados utilizou-se dois instrumentos: questionário para levantamento inicial das atividades relacionadas ao cuidado em saúde mental e grupo focal. Na primeira etapa obteve-se um total de 81 questionários (52 – Unidade Básica com Saúde da Família - UBSF; 01 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF; 02 – Centro de Atenção Psicossocial - CAPS; 05 – Ambulatório de Saúde Mental; 04 - Residência Terapêutica; 12 – Centro de Referência de Assistência Social - CRAS; 05 – Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS). Realizou-se um total de dez encontros com os seis grupos formados (grupo técnico de enfermagem da UBSF; três grupos de Agentes Comunitários de Saúde - ACS; grupo de coordenadoras da Estratégia de Saúde da Família - ESF; grupo com trabalhadores da saúde mental). Com relação ao procedimento de análise dos dados, por referir a uma pesquisa explicativa, o conteúdo da fala torna-se seu principal recurso de análise. Para apreensão dessa realidade lançamos mão das categorias psicossociais consciência e atividade, buscando entender o movimento da consciência dos profissionais da APS que se dá em relação às atividades que eles desenvolvem em interação com a coordenação, com os outros profissionais da equipe e com os serviços da rede psicossocial na produção do cuidado em saúde mental. A análise foi sistematizada dentro da proposta dos núcleos de significação, seguindo em dois movimentos: do empírico ao abstrato e do abstrato ao concreto. Das análises do nosso objeto de estudo emergiram oito núcleos de significação: 1) A coordenação da equipe como “elo de ligação”; 2) O trabalho da equipe está centrado no médico; 3) Os tipos de vínculos de trabalho e seus impactos na rotatividade dos trabalhadores; 4) O cuidado em saúde mental exige tempo, escuta e vínculo; 5) Do reconhecer ao fazer frente às necessidades psicossociais: o sofrer e o pensar profissional; 6) ESF: porta de encaminhamento e medicação; 7) A distante, desconhecida e inexistente rede de atenção psicossocial; 8) As limitações e potencialidades da atividade do ACS para a atenção psicossocial. A partir da análise dos núcleos foram identificadas contradições históricas já conhecidas no processo de trabalho da ESF (generalista/especialista; encaminhar/referenciar; quantitativo/qualitativo e ter/não ter poder), ao mesmo tempo em que possibilitaram um avanço ao desvelar algumas particularidades, especialmente, quando inserido no cenário do cuidado de saúde mental em interface com a rede (trocar/prescritor; passar/responsabilizar; atender/acolher), recorte que nos permitiu

compreender sob qual perspectiva de cuidado se assenta o trabalho na APS – o do modelo biomédico. A compreensão dos determinantes que estão por trás do processo de materialidade desse modelo, possibilita apontar para a necessidade de uma ressignificação na concepção da atividade de coordenação na ESF tanto nas políticas, buscando por sua valorização e qualificação de sua atuação como na significação dos profissionais, a fim de ampliar a concepção de cuidado dentro de uma perspectiva psicossocial, bem como possibilitar a grupalização e articulação das ações da equipe no caminho da humanização e integralidade do cuidado.

Palavras-Chaves: Atenção Primária à Saúde; Atenção psicossocial; Coordenação; Psicologia histórico-cultural; Trabalho em equipe.

MANOEL, R. A. **The work coordination activity in the Family Health Strategy team: the contradictions for the production of care in psychosocial.** 2016. 275f. Thesis (Doctorate in Collective Health) – Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2016.

ABSTRACT

Considering the relevance that works on Primary Health Care (PHC) assume in the process of consolidation of the Unique System of Health (USH), it's ok to bring to the center of the discussion about qualification of these services the activity coordination of the team work, considering the operative paper of this work in the consolidation of this politic. That way, the objective of this study was analyze the work coordination activity in the Family Health Strategy team in interface with the production of mental health care, in order to explain the contradictions for the consolidation of psychosocial care in PHC. Be about a field research, whose theoretical referential it's the Cultural Historical Psychology, substantiated in Historic Materialism and Dialectical (HMD). The research where realized in one small size county of the São Paulo State. Were invited to participate of this research the workers acting in primary attention net involved on mental health care. To the collect of data was used two instruments: quiz for initial lifting of the activities related to care on mental health and focal group. On the first stage it was obtained 81 questionnaires (52- Basic Unite with Family Health – BUFH; 01 – Family Health Support Core – FHSC; 02 – Psychosocial Attention Core – PSAC; 05 – Mental Health Ambulatory - MHA; 04 Therapeutic Residence ; 12 –Reference Center of Social Assistance – RCSA; 05 – Specialized Reference Center of Social Assistance - SRCSA). Was performed a total of ten encounters with the six formed groups (Nursing Technician Group of FHB; three groups of Community Agents of Health – CAH; group of Family Health Strategy Coordinators – FHSC; group with mental health workers). In relation with the proceed of analysis of data, by refer to a explanatory research, the content of speech becomes his major analysis resource. For the seizure of this reality we give up of the psychosocial category of consciousness and activity, seeking out to understand the movement of the professional consciousness of the PHC that is related to the activities they develop in interaction with the coordination, with the other professional that are part of the team and with the services of the psychosocial network in the production of the mental health care. The analysis was systemized within the purpose of the significance core, following two lines: from empyrean to the abstract and from the abstract to the concrete. From the analysis of the object appeared eight significance core: 1) The coordination team as “the link”; 2) the work of the team is focus on the doctor; 3) The types of work links and their impacts on worker turnover; 4) the care in mental health demands time, listening and tie; 5) From recognize to do according to the psychosocial necessities: the suffering and the professional thought; 6) FHS: the way to the routing and medication; 7) The distance and the unknown psychosocial network; 8) The limitations and potentialities of the CAH activities for the psychosocial care, they presented historical contradiction already known in the work process of the FHS (generalist/specialist; forward/refer, quantitative/qualitative, to have/ not have the power), in the same time that became possible an advance about unveiling some particularities, specially, when its inserted in the scenario of the mental health care in interface to the network (exchanger/prescriber; to pass/to charge, to attend/to welcome), this cutting allowed us to understand from what perspective of care is based the work in the PHC – the biomedical model. The understanding of the determinants that are behind of the materiality process in this model, allow to point to necessity of a redetermination of the conception of the coordination activity such in the politics, seeking for the valorization and qualification of its performance

as in the professionals meanings, in order to enlarge the care conception with the psychosocial perspective, as well as to enable the grouping and the articulation of the team action in the way to humanize and integrality of the care.

Keywords: Primary Health Care; Psychosocial care; Coordination; Historical-Cultural Psychology; Team work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Da atenção médica primária à atenção primária à saúde.....	40
Quadro 2. Relação dos serviços/profissionais que responderam o questionário	101
Quadro 3. Relação dos serviços/profissionais que participaram dos grupos focais	103
Quadro 4. Caracterização dos encontros dos grupos focais	104
Quadro 5. Caracterização dos participantes dos grupos focais	105
Quadro 6. Caracterização das Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família	275

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB -	Atenção Básica
ABS -	Atenção Básica de Saúde
ACE -	Agente de Controle de Endemias
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM -	Apoio Matricial
AME -	Ambulatório Médico de Especialidades
APS -	Atenção Primária à Saúde
AVD -	Atividades da Vida Diária
BIRD -	Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
BPC -	Benefício de Prestação Continuada
BZD -	Benzodiazepínicos
CAD ÚNICO -	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad -	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP -	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST -	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CRAS -	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS -	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRP - SP -	Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
DAB -	Departamento de Atenção Básica
DCN -	Diretrizes Curriculares Nacionais
DST -	Doença Sexualmente Transmissível
EAP -	Estratégia de Atenção Psicossocial
EIP -	Educação Interprofissional
EPSJV -	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EqSF -	Equipes de Saúde da Família
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ -	Fundação Oswaldo Cruz
FMB -	Faculdade de Medicina de Botucatu
MHD -	Materialismo Histórico Dialético

MS	-	Ministério da Saúde
MTSM	-	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	-	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	-	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	-	Organização Social de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PART.	-	Participante
PET-SAÚDE	-	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ – AB	-	Programa Nacional de Melhoria de Acesso da Qualidade da Atenção Básica
PMS	-	Plano Municipal de Saúde
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	-	Política Nacional de Assistência Social
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PPHM	-	Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PROESF	-	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROI	-	Programa de Reeducação e Obesidade Infantil
PRÓ-SAÚDE	-	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	-	Programa Saúde da Família
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
QTD.	-	Quantidade
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RET-SUS	-	Redes de Escolas Técnicas do SUS
RT	-	Residência Terapêutica
SEADE	-	Sistema Estadual de Análise de Dados
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	-	Sistema Único de Assistência Social
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- TMC - Transtorno Mental Comum
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UBSF - Unidade Básica com Saúde da Família
- UPA - Unidade de Pronto-Atendimento
- USF - Unidade de Saúde Familiar
- USP - Universidade de São Paulo
- WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVO GERAL.....	24
4	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	25
4.1	A perspectiva psicossocial nas práticas de saúde.....	25
4.2	A organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde.....	38
4.3	O trabalho da APS em interface com as redes de atenção.....	47
4.4	A produção do cuidado em saúde mental na APS e em interface com a rede de atenção psicossocial	53
4.5	A coordenação do trabalho em equipe na ESF	65
5	PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	83
6	METODOLOGIA.....	92
6.1	Local.....	92
6.2	Participantes.....	96
6.3	Aspectos éticos.....	96
6.4	Procedimentos da pesquisa	96
6.4.1	<i>Instrumentos.....</i>	96
6.4.2	<i>Coleta de dados.....</i>	98
6.4.3	<i>Organização e análise dos dados.....</i>	107
7	ANÁLISE DOS DADOS	109
7.1	O CONCRETO ABSTRATO: aspectos gerais da realidade pesquisada	109
7.2	OS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO: desvelando a essência do objeto	118
7.2.1	<i>A coordenação da equipe como “elo de ligação”</i>	119
7.2.2	<i>O trabalho da equipe está centrado no médico.....</i>	136
7.2.3	<i>Os tipos de vínculos de trabalho e seus impactos na rotatividade dos trabalhadores.....</i>	153
7.2.4	<i>O cuidado em saúde mental exige tempo, escuta e vínculo.....</i>	163
7.2.5	<i>Do reconhecer ao fazer frente às necessidades psicossociais: o sofrer e o pensar profissional.....</i>	169
7.2.6	<i>ESF: porta de encaminhamento e medicação</i>	179
7.2.7	<i>A distante, desconhecida e inexistente rede de atenção psicossocial.....</i>	193
7.2.8	<i>As limitações e potencialidades da atividade do ACS para a atenção psicossocial</i>	213
7.3	O CONCRETO PENSADO: possibilidades de transformação.....	229
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS: para um novo vir a ser	240
	REFERÊNCIAS	243
	APÊNDICES	269

1 INTRODUÇÃO

Após estudar a coordenação de equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sob a perspectiva dos profissionais que desempenhavam essa atividade e ter passado pela experiência de coordenar um serviço e, conseqüentemente, a sua equipe, embora fora do contexto da saúde, foram experiências que constituíram no ponto de partida para o presente estudo.

A fim de ampliar o espectro sobre esse mesmo objeto, a atividade de coordenação do trabalho em equipe na ESF, buscando captá-lo em seu movimento, nessa pesquisa apreendeu-se esse objeto em suas interfaces, ou seja, na produção do cuidado junto a rede de atenção à saúde sob a perspectiva dos demais profissionais atuantes na ESF e na rede. O recorte escolhido para o cuidado foi o da saúde mental, considerando os avanços desse campo em relação a constituição da rede de atenção psicossocial.

Assim, norteamos o nosso estudo a partir de algumas indagações:

- Como garantir que as contribuições do trabalho em equipe tanto para o cuidado como para o desenvolvimento profissional se concretizem na prática dos serviços? De que forma a coordenação pode contribuir para isso?
- As equipes na ESF têm produzido um cuidado que contempla a perspectiva psicossocial, superando os modelos que a antecederam?
- De que forma se relacionam: processo de trabalho e produção do cuidado?

Questionamentos sobre os quais nos debruçamos para tentar desvelar. Desse modo, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a atividade de coordenação do trabalho na equipe de saúde da família em interface com a produção do cuidado em saúde mental, tendo em vista explicitar as contradições para a consolidação da atenção psicossocial na APS.

Na contextualização teórica procuramos apresentar parte do acúmulo histórico social sistematizado, permitindo uma visão acerca do conjunto de elementos que compõem a realidade/totalidade abordada nessa pesquisa. Iniciamos pelo desenvolvimento histórico da perspectiva psicossocial nas práticas em saúde por acreditar que essa dimensão do cuidado, embora seja reconhecida e reproduzida no discurso na área da saúde, ainda ocupa uma posição marginal em relação aos aspectos biológicos, que sustentam o paradigma biomédico, estando cada vez mais em evidência em “tempos de medicalização da vida”.

Apontamos, em seguida, as bases teóricas da nossa interpretação da realidade pesquisada - no modo psicossocial para o cuidado em saúde mental, na Psicologia Histórico-

Cultural e na Medicina Social. Correntes de pensamento que reafirmam as condições históricas e sociais como determinantes da relação saúde-doença.

Condições contempladas nas proposições para o modelo de atenção da APS. No nosso país, as experiências no âmbito da APS antecederam a materialização das leis do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais experiências tornaram-se referências para a construção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), configurada desde 1994 como o principal modelo para a reordenação assistencial dos serviços para esse nível de atenção.

Mas como alertou Testa (1992) uma das condições para a efetivação da atenção primária é estar inserida em uma rede, caso contrário, se conforma em uma atenção primitiva. Nesse sentido, pauta-se a proposição de sair de uma organização piramidal com uma rígida hierarquia para a da rede, na qual os serviços na APS devem representar a principal porta de entrada para a assistência e ocupar o seu centro, a sua base, nas inter-relações com os demais serviços para se atingir a integralidade do cuidado. Desse modo, a APS ganha mais evidência no desafio de consolidação do SUS, assumindo a responsabilidade pela coordenação do cuidado junto às redes de atenção à saúde. Além do mais, há o prescritivo desafio racionalizador, o de apresentar uma resolubilidade de 85% dos problemas que chegam a sua porta. Neste sentido que estruturam as propostas de apoio ao trabalho das equipes, de modo especial, o do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o apoio institucional para produzir um cuidado integral e resolutivo.

Por meio da produção do cuidado em saúde mental em interface com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscamos exemplificar as relações da ESF junto ao trabalho em rede. Primeiramente, resgatamos as discussões em torno da inserção da atenção psicossocial na APS, tendo como um marco a Declaração de Caracas (OMS/OPAS, 1990). No entanto, completando quase três décadas da reforma psiquiátrica brasileira, os serviços na APS têm um extenso caminho a avançar em direção a consolidação do modo psicossocial de cuidado. O “não fazer”, muitas vezes, se reveste da justificativa da insegurança e ausência de formação e de apoio para a realização desse cuidado. Diante disso, o apoio matricial visa atuar tanto na dimensão técnica com a oferta de retaguarda assistencial como na dimensão pedagógica, na formação educativa para atuação na área. É o que mostram vários estudos nesse campo, que acenam para alguns avanços na atuação da área por meio do apoio matricial, embora ressaltem diversas fragilidades no processo de trabalho que ainda precisam ser superadas (TÓFOLI; FORTES, 2007; CAMPOS ONOCKO et al., 2011; ANDRADE et al., 2012; QUINDERÉ et al., 2013).

Dessa forma o nosso olhar volta-se para o trabalho da equipe, especialmente, para a sua coordenação. Orientados pela perspectiva psicossocial de cuidado, na qual o trabalho da equipe é revestido por um sentido maior, que vai muito além do agrupamento dos diferentes saberes/profissões representantes dos aspectos bio-psico-social, com destaque para os desafios contidos na abordagem interdisciplinar.

Recorrentemente utilizada no discurso para conceituar o trabalho em equipe, mas na prática ainda causa muita dúvida, enfatizamos, de maneira especial, a atividade de coordenação, visto que assume um papel relevante pois ocupa uma posição intermediária entre as instâncias municipais, responsáveis pelo delineamento das políticas de saúde local e a produção do cuidado direto ao usuário, passando pela organização e pelas ações do trabalho na equipe inseridas em uma rede de atenção.

Além disso, a coordenação de equipe é uma atividade preterida na PNAB, sendo reduzida ao mero gerenciamento de insumos. A profissão que vem exercendo essa função é a Enfermagem, o que lhe traz algumas particularidades em sua prática, como por exemplo, o foco no controlar dos aspectos administrativos (MANOEL, 2012).

Essa forma de compreensão reduz as potencialidades que essa atividade carrega para o processo de resignificação do modo de trabalhar em equipe, no sentido de buscar a articulação das distintas e fragmentadas ações dos profissionais de saúde circunscritas em um objetivo maior: o da integralidade do cuidado.

O caminho metodológico escolhido para esse estudo parte do referencial da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentada no Materialismo Histórico Dialético (MHD). Dessa forma, na visão dialética, a realidade é apreendida como uma transição entre o passado e o futuro. E sendo assim, só é possível identificar as contradições, bem como as possibilidades de transformações por meio do estudo do movimento do fenômeno.

A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte do Estado de São Paulo, onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui cobertura total da população. Participaram dessa pesquisa os profissionais da APS e da rede de atenção psicossocial (RAPS), atuantes há pelo menos um ano. Os instrumentos para a coleta de dados foram: questionário e grupos focais. A organização e a análise do material nortearam-se dentro da proposta dos núcleos de significação.

Assim, partindo de dados gerais da realidade pesquisada, buscou-se resgatar aspectos do período de implantação do modelo de atenção da ESF, em sua dimensão imediata/na aparência (concreto abstrato), para em seguida captar as mediações e as

contradições da totalidade pesquisada por meio das discussões dos núcleos de significação (concreto pensado).

Em um momento em que congregamos forças para manter os avanços do SUS, nossa pesquisa reveste-se de mais um esforço nessa direção. Explicitando como as contradições históricas se materializam e são mediatizadas socialmente na realidade local, atenta para as particularidades do contexto da pesquisa, a partir do cuidado em saúde mental, que impedem a construção e/ou manutenção de ações que fortaleçam a produção do cuidado dentro do modo psicossocial e a ESF como ordenadora da rede de atenção psicossocial.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a relevância que a Atenção Primária à Saúde assume no contexto internacional ao promover as discussões para nortear a construção de políticas de saúde comprometidas, em especial, com o desenvolvimento social, no Brasil, representada pelas Unidades Básicas (UBS) com e sem Saúde da Família, esses serviços tornaram-se a grande aposta para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque nas discussões em torno da APS para a orientação dos sistemas de saúde, as experiências demonstram a eficiência e eficácia dos sistemas de saúde em responder aos novos desafios epidemiológicos quando são fortemente orientados pela APS em comparação aos que possuem uma relação fraca (OPAS, 2007).

Mas para isso é imprescindível destacar a necessidade da articulação e integração da APS com os demais serviços de saúde trabalhando na lógica da rede de atenção. Neste sentido, Testa (1992, p. 162) faz uma ressalva importante: “[...] Em países que não conseguiram estabelecer um sistema com essas características, isto é, regionalizado e com um adequado sistema de referência, a atenção primária de saúde se transforma em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria [...]”. Responsável por coordenar a entrada e conduzir o usuário pelas diversas redes que compõem o sistema de saúde, a APS deve ocupar o centro desse sistema e prestar um cuidado integral, contínuo e resolutivo.

Dentre os modelos de reorganização assistencial previstos para atuar na APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem ganhado forte investimento do governo federal desde 1994 por considerar entre outros aspectos a determinação social do processo saúde-doença e problematizar a fragmentação do cuidado expressa na organização do processo de trabalho. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) sobre a evolução da ESF, é possível identificar uma expansão significativa a partir dos anos 2000, sendo a estimativa atual da população coberta por esse modelo de 123.006.021 (referente ao mês de agosto/2016), representando um percentual de 63,41% da população brasileira (BRASIL, 2016a).

Assim, para além do processo de expansão, conforme citado acima, convém trazer para o centro da discussão a qualificação desses serviços em responder as necessidades de saúde da população. Sob um elevado ideal racionalizador, suas estimativas para a resolubilidade são de aproximadamente 85%. Diante disso, o recorte escolhido por este estudo foca-se no processo de trabalho, especificamente, na atividade de coordenação do trabalho na equipe em interface com a produção do cuidado junto a rede.

Em relação ao processo de trabalho, entendemos que a coordenação do cuidado na atenção primária perpassa, necessariamente, pela organização do processo de trabalho, e consequentemente, pela coordenação do trabalho na equipe. Isso se dá, sobretudo, por compreender que essa atividade é imprescindível para a construção da atuação coletiva no trabalho em equipe, condição que está intrinsecamente relacionada à produção do cuidado integral e resolutivo. Vale destacar que as políticas na área não explicitam essa atividade (MANOEL, 2012).

No modelo das Unidades Básicas de Saúde “tradicionais”, o papel de coordenação cabia aos gerentes das unidades, função que competia a um profissional. Castanheira (1996) discute a importância dessa função ao dizer que:

Muitas vezes a gerência tem sido colocada como área estratégica para a transformação das práticas de saúde. De fato, sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas, e a prestação direta de serviços, onde está imediatamente em contato com o processo de produção e com seus usuários, caracteriza-a como um pólo privilegiado para a tradução de políticas em formas concretas de organização das ações de saúde (p. 223).

Diferentemente, na ESF, essa função é exercida, mas, na maioria das vezes, “subentendida”, visto que não há uma atribuição formal e muito menos formação na área, ocupando um lugar secundário na organização dos processos de trabalho (MANOEL, 2012).

E considerando os seus princípios para a produção do cuidado contemplar a longitudinalidade e a integralidade na atenção, estar adscrito a um território e apoiar-se no trabalho em equipe interdisciplinar, na intersetorialidade, na comunidade e na família, mostram como a ESF encontra-se, fortemente, fundamentada dentro da perspectiva psicossocial, representando um potencial para a desinstitucionalização do cuidado em diversos âmbitos: saúde mental, envelhecimento, cuidados paliativos entre outros. Dessa forma, o cuidado particularizado por essa pesquisa foi o de saúde mental, visto que é um dos que mais avançou na formulação de uma rede de atenção. Além da sintonia nas concepções ideológicas, teóricas e éticas entre os movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, culminando na Estratégia Saúde da Família (ESF) e em seu paralelo, na Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP), respectivamente (YASUI; COSTA-SILVA, 2008).

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, cerca de 3% da população necessitam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes); 12% da população geral precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) e aproximadamente 6% a 8% da população apresentam necessidades de cuidado decorrentes do

uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). De acordo com a organização prevista para a atuação das redes de atenção psicossocial, o cuidado às necessidades de saúde mental menos graves devem ocorrer na ESF.

No entanto, alguns estudos apontam que as estimativas mencionadas acima estão bem maiores. Na pesquisa de Fortes, Villano e Lopes (2008), realizada em Unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, detectou-se uma prevalência de 56% para os Transtornos Mentais Comuns¹ (TMC) e de prevalência de 37% para transtornos com intensidade grave, com alta frequência de comorbidade, especialmente, entre transtornos ansiosos, depressivos, somatoformes e dissociativos. Com um percentual um pouco menor, os estudos de Moreira et al. (2011) e de Tavares, Souza e Pontes (2013) identificaram uma prevalência para os TMC de 43,7% e 43%, respectivamente. O último estudo ainda verificou um percentual de 16% relacionado ao uso de álcool e outras drogas.

Esses dados demonstram a grande demanda de cuidado em saúde mental a ser incorporada nas práticas assistenciais da APS, reforçando a necessidade de articulação do trabalho na rede psicossocial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta algumas razões para a articulação das ações de saúde mental na APS: 1ª) A carga² que o transtorno mental desencadeia é grande; 2ª) Os problemas de saúde física e mental estão entrelaçados, e não devem ser tratados de maneira separada; 3ª) A negligência com a questão da saúde mental no âmbito das políticas públicas; 4ª) Muitas pessoas não reconhecem que estão sofrendo com sintomas de um transtorno mental; 5ª) O respeito pelos direitos humanos; 6ª) A acessibilidade financeira com os cuidados em saúde mental; 7ª) O resultado satisfatório da parceria entre atenção psicossocial e atenção primária (WHO, 2008).

Assim, o estudo da saúde mental na atenção primária não é algo inédito, visto que no levantamento de estudos avaliativos dos serviços na área, compreendido entre 2004-2013, com base em teses, dissertações e artigos de periódicos, a atenção básica aparece como o segundo serviço mais pesquisado (DANTAS; ODA, 2014). O relato dos profissionais sobre a falta de formação e capacitação, a insegurança, a angústia e o sofrimento gerados na interface desse cuidado sinalizam para sua complexidade e dificuldade de se consolidar na prática dos

¹ A expressão Transtorno Mental Comum (TMC) criada por Goldberg e Huxley (1992) apud Ludemir e Melo Filho (2002) refere-se a um conjunto de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, sintomas depressivos, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Esses sintomas, embora não preencham critérios diagnósticos, produzem algum tipo de incapacidade funcional.

² Os transtornos mentais afetam os indivíduos e seus familiares, bem como produzem dificuldades econômicas e sociais, que afetam a sociedade como um todo. Por exemplo, se considerarmos o elevado número de afastamentos do trabalho por motivos de adoecimento mental (WHO, 2008).

serviços na APS (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009a; GONÇALVES; PEDROSA, 2009; RIBEIRO et al., 2010; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; PAES et al., 2013; QUINDERÉ et al., 2013;; RIBEIRO; CACCIA-BRAVA; GUANAES-LORENZI, 2013; VELOSO; MELLO SOUZA, 2013; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Como explicam Lancetti e Amarante (2008), a lógica de complexidade na saúde mental na APS é contrária a da saúde geral, visto que os procedimentos são mais complexos no território, se consideradas as finalidades de cada intervenção, a do hospital ser direcionada para a contenção enquanto a do território ser de continência. Por isso, no hospital as intervenções são “simplificadas” do ponto de vista dos procedimentos e do tipo de complexidade das relações envolvidas no cuidado. Nesse local os procedimentos são direcionados para a contenção de uma crise e as relações de cuidado mantêm-se por um tempo delimitado, dando início ao processo de reabilitação, a fim de eliminar a condição/sintomas que levaram a internação. Por outro lado, considerando as características do cuidado no território, especialmente, no que tange à longitudinalidade, a atuação nesses casos implica em outros procedimentos e complexidades nas relações no cuidado. Os procedimentos envolvem inventar e/ou buscar no próprio território os recursos terapêuticos para dar continuidade ao processo de reabilitação com vistas à produção da autonomia e cidadania do sujeito em sofrimento psíquico. O que necessariamente implica em realizar o acompanhamento/monitoramento contínuo desse processo, bem como em relações duradouras que abrangem o acolhimento, a escuta, a responsabilização, o vínculo tanto para com o sujeito como para com todo o seu entorno social.

Diante do exposto, salienta-se ainda mais a relevância de estudar o processo de trabalho da equipe na ESF, com destaque para a atividade de coordenação nesse processo de consolidação do paradigma psicossocial para o cuidado, considerando que a equipe é base para esse tipo de atenção, configurando-se no principal instrumento de intervenção, invenção e produção do cuidado (YASUI; COSTA-SILVA, 2008).

3 OBJETIVO GERAL

Analisar a atividade de coordenação do trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família em interface com a produção do cuidado em saúde mental, tendo em vista explicitar as contradições para a consolidação da atenção psicossocial na APS.

4 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

4.1 A perspectiva psicossocial nas práticas de saúde

O termo “psicossocial”, o qual remete à aglutinação dos aspectos psíquicos e sociais, já se tornou conhecido no âmbito da saúde, seja por compor a definição de saúde ou por nomear dispositivos institucionais no campo da saúde mental, como os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS/NAPS. Embora hoje esteja presente no discurso, sentimos a necessidade de aprofundar sua análise a partir das significações construídas historicamente e das implicações para a organização das práticas em saúde. Com a finalidade de elucidar o processo de reconhecimento dos aspectos psicossociais, em um primeiro momento resgataremos como foi se materializando essa dimensão nos modelos explicativos de saúde e doença, para em seguida explicitar a sua relação com os nossos referenciais teóricos.

Buscando situar essa discussão dentro de um contexto maior,

Podemos dizer que o trabalho em saúde surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Precisamente, a partir do momento em que começa a se perguntar sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, e quando, com a resposta, funda e enriquece esse tipo de trabalho com as mediações que articula para satisfazer tais carecimentos. Essas necessidades variam de sociedade para sociedade e dentro de uma mesma sociedade em distintos momentos históricos, configurando aos poucos uma estrutura de normatividade em que os homens vão definindo o que é ‘normal’ e ‘patológico’ para a vida social e individual (LIMA, 2007, p. 57).

Assim, as práticas em saúde estão necessariamente circunscritas dentro das práticas sociais, sendo entendidas enquanto modos de organização da vida material humana. Esse breve resgate é importante para entendermos que os aspectos psíquicos e sociais inerentes à relação saúde-doença vai muito além da simples justaposição aos aspectos biológicos. O desenvolvimento do conceito psicossocial nas práticas de saúde demarca uma mudança de paradigma para o cuidado.

A seguir apresentaremos a historicidade da relação saúde-doença, percorrendo os principais modelos explicativos que marcaram os grandes períodos históricos e as transformações nas práticas em saúde. Partindo de uma visão mágico-religiosa na Antiguidade Clássica, passaremos pelas mudanças promovidas na fase empírica-racional na

Idade Média, para findarmos, a partir do Renascimento (marco da Idade Moderna), com o modelo biomédico e em suas críticas até a Contemporaneidade.

O primeiro conceito em saúde ligava-se ao misticismo das comunidades primitivas, estando suas intervenções limitadas aos rituais e oferendas às divindades. O executor das práticas em saúde era o intérprete do divino, autoridade pelo seu poder e saber.

As práticas eram também religiosas e se revestiam de rituais elaborados e trabalhosos. Devem ter exigido uma organização hierárquica, ou seja, logo o sacerdote precisou de auxiliares que se ocupassem dos detalhes operacionais dessas práticas. Tais ajudantes libertariam o intérprete de algumas ações, porém não partilhariam do saber (REZENDE, 1989, p. 26).

Observa-se uma primeira divisão do trabalho em saúde, ainda nesse período. Aos “sacerdotes gregos encarregavam-se da essência dos rituais, detendo o saber-poder da cura; aos leigos cabiam as ações dos rituais e os filósofos detinham-se nas especulações teóricas dos problemas de saúde” (REZENDE, 1989, p. 34). Em virtude do isolamento das comunidades, cada uma desenvolvia suas ações, utilizando os recursos da época (ervas, bebidas, medidas higiênicas) para a prevenção, cura ou a morte, mantendo o sobrenatural enquanto explicação para as doenças e reproduzindo a divisão social nas práticas em saúde (REZENDE, 1989).

Considerando que o ser humano era visto em sua integralidade, ou seja, como uma unidade indivisível, cuja alma preexiste ao corpo, é interessante verificar que, nesse período, o louco ocupava um lugar de prestígio, pois desempenhava um papel importante, era o mediador da verdade divina. Platão, em sua explicação sobre a loucura, associa-a à arte divinatória/delirante (*mantikê*), não sendo considerada, portanto, um fenômeno ruim, negativo, que causasse pavor social. Pelo contrário, na obra de Pelbart (1989), ao relatar essa passagem o autor conclui: “[...] é preferível o delírio que vem de um deus (e que é uma profecia) ao bom-senso de origem humana” (p. 25).

Avançando para além das especulações transcendentais, a medicina hipocrática marcou uma descontinuidade das práticas centradas no sobrenatural, inaugurando a fase empírico-racional. Período em que se contrapõe uma outra concepção, natural e laica, empreendida por Hipócrates, considerado o pai da Medicina, compreendia a doença enquanto um processo de interação com o meio, no qual homem e meio eram compostos por elementos (água, terra, fogo e ar), cuja ação terapêutica consistia em atenuar o desequilíbrio entre eles, ou seja, saúde é entendida como homeostase e doença como desequilíbrio (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

A compreensão hipocrática da relação saúde-doença traz uma ênfase para a relação com o ambiente externo, ou seja, os fatores ambientais. Dentro da vertente teórica de Hipócrates, a explicação para a loucura seguia a mesma base do desequilíbrio da teoria dos humores. Convém lembrar que nesse período a loucura rompe com o seu papel de porta-voz da verdade divina, mas se mantém inserida no espaço social.

Cabe lembrar que a relevante contribuição da visão hipocrática, posteriormente aprofundada por Galeno e Paracelso para as práticas médicas, não extinguiu a concepção religiosa que coexistia e era justificada pela necessidade das práticas de purificação e expiação (BARROS, 2002; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Como explica Mendes-Gonçalves (1992), com essa interrupção do pensamento grego, o pensamento do cristianismo, que dominou a Idade Média, passou a predominar nas concepções de doença, que passaram a ser concebidas como “[...] a provação, o preço a ser pago pelo paraíso, com um caráter contraditoriamente negativo, e o núcleo da atividade terapêutica, por paradoxal que possa parecer, desloca-se da intervenção para a expectativa [...]” (p. 34).

Assim, o fazer médico passa a ser desqualificado dentro desse contexto social, sob o argumento de que o clero, elite social, não poderia se sujeitar a um trabalho pouco digno (trabalho manual), passando a conformar na divisão das práticas em saúde o pensar, a intelectualidade. “A organização das universidades marca a diferença de status social entre o trabalho intelectual, oriundo do conhecimento abstrato, privilegiado, e do trabalho manual, desenvolvido pelo povo, nascido das necessidades de sobrevivência e socialmente desvalorizado.” (REZENDE, 1989, p. 58). Como exemplo, podemos citar as práticas de enfermagem, caracterizadas nesse período como atividade puramente manual e sem autonomia, exercidas nos conventos, as quais eram impregnadas de valores místicos, devendo ser norteadas pela filantropia e caridade (REZENDE, 1989).

Essa passagem da história nos mostra a divisão entre o fazer e o pensar nas práticas em saúde, assim como as raízes da prática da enfermagem, ligada ao papel da mulher, dedicada ao cuidado, sendo sua prática uma expressão de amor.

Além disso, deixa como herança para as sociedades futuras uma característica do processo de trabalho que mal começa a ser posta em causa, à medida em que sua negação desponta como necessidade: sua organização sob a forma de “assistência”, com as assimetrias, hierarquias e poderes implicados, e o bloqueio das possibilidades de construção de uma necessidade positiva de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 34).

Com o desígnio de oferecer assistência de toda ordem (abrigo, hospedagem, alimentação, religiosa) foram criados os “hospitais gerais”. Como explica Rosen (1994), os hospitais tiveram sua origem na Igreja, contrariando o que muitos pensam, de que sempre foram instituições médicas. “Esses hospitais monásticos tinham pouco em comum com as modernas instituições de mesmo nome, e muitas vezes não passavam de pequenas casas onde se oferecia alguma espécie de enfermagem” (p. 67). E revestidos por uma função de ordem política social, o número de hospitais ampliou de forma avassaladora, tendo no cerne das explicações para a doença, o pecado.

[...] A dor como experiência social ligada ao corpo atribui à doença o papel de entidade mediadora entre a vida mundana dos homens e a verdade religiosa inscrita no além-mundo. A dor intensa produzida por doenças era vista como expressão de decomposição moral, um castigo sofrido em razão de pecados sexuais e luxuriosos, ou fonte de transmutação divina (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 35).

Um clássico exemplo foi a lepra, vista como impureza espiritual, sendo uma manifestação divina, coberta de todo temor social. “[...] Os doentes eram isolados das comunidades, submetidos a regras minuciosas e rituais específicos de purificação [...]” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 33). Por outro lado, a peste, concebida como uma doença de contato pessoal e com objetos de acordo com a tradição hipocrática, bases da teoria miasmática, também ocasionou nas práticas de isolamento, visto que a relação do homem com o meio (ar ou água) contaminado era a fonte do desequilíbrio, isto é, da doença. Por isso o isolamento tinha por finalidade proteger o corpo das más influências do ambiente (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Ambos exemplos são importantes para compreendermos o papel do isolamento nas práticas em saúde, tendo em vista que a doença era concebida seja por uma “maldição divina” ou por algo externo e que atingia o corpo. No primeiro caso, o estigma social gerado pela lepra³, deixou um espaço que, posteriormente, foi ocupado pelo louco. Rosen (1994) chega a afirmar que os hospitais nesse período eram uma das grandes façanhas sanitárias da Idade Média, noções que hoje se vinculariam às ações em saúde pública.

Assim, no final da Idade Média a assistência à saúde estava organizada da seguinte forma: os médicos, graduados nas universidades, eram os responsáveis pelos

³ “Ao fim do século XV, uma rede de hospitais cobria o solo da Europa. Só na Inglaterra, instalaram-se, dos séculos XI ao XV, mais de setecentos e cinquenta, sendo duzentos e dezesseis para leprosos” (ROSEN, 1994, p. 67-68).

cuidados da realeza e nobreza; os médicos e cirurgiões de formação técnica tratavam dos burgueses; e aos pobres cabia a assistência provida pelos curandeiros, barbeiros ou em hospitais de caridade (REZENDE, 1989).

No próximo período histórico é que o modelo biomédico tem suas raízes vinculadas (BARROS, 2002). O aprofundamento nos estudos anatômicos do corpo e órgãos busca reconhecer o local de origem das doenças. Assim, é a partir do Renascimento que, de maneira individual, as causas das doenças vão sendo identificadas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Tomado pelo “espírito do mecanicismo”, resultante das descobertas da física, os processos naturais passaram a ser mecanicamente determinados, bem como explicados pelas leis da física. Por conseguinte, as marcas da ciência tornaram-se a observação e a experimentação. Nesse universo mecânico cabe um destaque especial para René Descartes (1596-1650), a quem se atribui a analogia entre o relógio (máquina) e o corpo humano. Esse paradigma científico repercutiu na separação entre mente e corpo, competindo o estudo da mente à religião e filosofia, enquanto do corpo à Medicina (SCHULTZ; SCHULTZ, 1992).

Apropriado por esse discurso científico inicia-se o processo de transformação dos hospitais em instituições médicas. De instituições filantrópicas que além de responsáveis pela assistência à saúde, cumpriam uma função de ordem social e política, pois excluía da sociedade todos aqueles que apresentavam um comportamento “desviante”, os hospitais “gerais” passaram a contar com atuação médica, sobretudo, após a Revolução Francesa, sob o discurso de humanizá-lo. Os hospitais gerais transformaram-se em asilos exclusivos para os loucos (AMARANTE, 2007).

Desse modo, no século XVIII, a medicina se configura enquanto prática social, tendo em vista sua estreita relação com a estrutura econômica, política-ideológica das sociedades capitalistas, à medida que sua prática “participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais” (DONNANGELO, 1979, p. 14). Ao mesmo tempo em que passou a normatizar e disciplinar a vida dos indivíduos, a medicina reforçou o poder do Estado. Como descreveu Rosen (1994), a medicina foi a responsável pelo processo de “medicalização da pobreza”, que tinha por finalidade afastar os perigos de contaminação que os pobres apresentavam aos outros grupos sociais, os trabalhadores ativos inseridos na produção material da sociedade.

A partir desse movimento, a loucura passou a ser percebida em meio a pobreza por causa da sua incapacidade para o trabalho. Esse fato juntamente com as novas

significações da pobreza e dos valores éticos inerentes a essa transformação na produção da vida social determinaram tanto a experiência como o sentido da loucura (FOUCAULT, 1972/2009).

Mesmo afirmando o contrário, sob o discurso da neutralidade, o saber médico passa a ser construído nessas condições sociais dentro do modelo epistemológico positivista das ciências naturais. Na busca pela correspondência entre a doença e o órgão surgiu a anatomoclínica. A medicina ocupou-se do hospital, transformando-o em instituição médica e se tornando com isso saber e prática preeminentemente hospitalares, processo denominado por Amarante (2007) de “medicalização do hospital”. O autor ainda acrescenta que o conhecimento construído pela medicina se referia a uma doença institucionalizada, ou seja, “uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização. Em outras palavras, a doença isolada, em estado puro, como pretendia a história natural, terminava por ser uma doença produzida, transformada pela própria intervenção médica” (AMARANTE, 2007, p. 26). Sobretudo, no caso das doenças mentais. Desse modo, estavam dadas as condições para o desenvolvimento da medicina moderna, tendo as práticas em saúde se convergido nas práticas médicas dentro dos hospitais, um dos principais legados do modelo biomédico.

Convém assinalar que como as instituições hospitalares eram relativamente grandes e complexas exigiam um conjunto de trabalhos para o seu funcionamento. Com base nisso, ocorreu a primeira extensão do médico em trabalhador coletivo. Essa extensão constituiu na divisão das funções “mais intelectuais” e das “mais manuais”. As primeiras, de responsabilidade dos médicos, correspondiam ao diagnóstico e prescrição, além de algumas técnicas, cabendo à enfermagem as funções “manuais”, isto é, o trabalho tido como complementar ao núcleo médico. Da mesma forma, com o tempo, o trabalho da enfermagem também se dividiu, competindo aos seus auxiliares as funções “mais manuais”. Essa divisão “vertical” do trabalhador médico coletivo reproduziu a divisão social do trabalho capitalista (MENDES-GONÇALVES, 1992). Vale lembrar que o médico passou a ser o detentor máximo do poder nessas instituições, cuja relação estabelecida é fundamentalmente com a doença abstrata e natural, e nunca com o sujeito que experiencia essa doença (AMARANTE, 2007).

No âmbito dos aspectos psíquicos, Pinel, médico e filósofo, foi o responsável pela primeira classificação das enfermidades mentais; realizou a transformação dos primeiros hospitais gerais em hospitais psiquiátricos; defendeu o isolamento; e introduziu o tratamento moral como modelo terapêutico. Para ele, o isolamento não só cumpria o papel de afastar as interferências externas para a observação da doença em seu estado puro, mas um meio para se

atingir a cura. Nesse período a loucura passa a ser vista como doença mental, sendo compreendida como uma doença orgânica (AMARANTE, 2007).

Mas como lembrou Foucault (1979/2005), a medicina moderna se originou como medicina social, visto que foi com o capitalismo que se deu a passagem da medicina privada para a coletiva e não o contrário. Desse modo, seguiu: da análise do organismo à análise do meio ambiente; em seguida passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo; para enfim chegar à análise do próprio organismo.

Diferentes correntes contribuíram para demarcar nessa trajetória o pensamento acerca do conceito de doença. Primeiro, com a anatomoclínica pautada nas observações clínicas e nas lesões anatômicas. Em seguida, as práticas experimentais possibilitaram conhecer o “meio-interno” (a fisiologia do corpo), ou seja, os efeitos do meio sobre o organismo e, conseqüentemente, a sistematização das doenças. Porém, ainda era preciso descobrir a natureza da causa e a via que atingia o organismo humano (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

É importante sinalizar ainda que a Revolução Industrial trouxera impactos sociais relevantes com o movimento de urbanização, que refletiu nas condições de saúde da população e, conseqüentemente, trouxe o conceito de salubridade e com ele, o de higiene, resultando na medicalização do espaço social. Como define Foucault (1979/2005):

Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde (p. 93).

Agora não mais dentro de uma perspectiva miasmática, as práticas sanitárias passaram a ser vistas sob outro enfoque, o da determinação social em defesa da articulação do conceito de doença aos aspectos sociais. Resultado das lutas travadas pelo movimento da medicina social, que congregou “trabalhadores, sindicalistas, políticos e médicos, sobretudo, na Alemanha, Inglaterra e França, em torno da concepção de saúde como resultante de condições de vida e ambientais” (MINAYO, 2008, p. 82). Identificamos nesse período um avanço significativo na compreensão da saúde articulando-a não só aos fatores ambientais, mas, sobretudo, às condições sociais da vida. Como explica Silva Junior (2006):

[...] Esta corrente médico-política defendia a Saúde Pública como promotora do desenvolvimento sadio do cidadão, a prevenção dos perigos à saúde e o

controle das doenças. O direito à saúde, como direito da cidadania, e o dever do Estado em promover os meios de mantê-la e promove-la, intervindo até mesmo nas liberdades individuais, eram suas principais bandeiras políticas (p. 43).

Considerado por muitos como revolucionário para a época, o movimento da medicina social foi interrompido pelas descobertas microbiológicas. Assim, a explicação para a doença volta-se quase que completamente para a dimensão biológica, pois passa a ser explicada, sobretudo, por causas externas, afastando qualquer integração com as condições sociais, vistas como uma somatória dos problemas individuais. Com isso houve a separação entre o biológico e o social, bem como a prerrogativa do aspecto individual sobre o coletivo (REZENDE 1989; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; MINAYO, 2008).

Desse modo, no século XIX saúde passa a significar a ausência de doença. O indivíduo passa a ser responsabilizado pela sua doença e cura. No campo das práticas profissionais tem-se o desenvolvimento das ciências humanas, organizado de maneira fragmentada pelas diferentes áreas de conhecimento, tendo a doença como ponto de partida para se chegar em seus agentes patológicos esquadrihado no meio ambiente, na sociedade, no organismo e no psiquismo (KAHHALE, 2003).

Enquanto isso, no processo de trabalho advém mais uma divisão, só que em direção “horizontal”. Como explica Mendes-Gonçalves (1992) essa divisão ocorreu em dois planos: nas diversas especializações médicas e na agregação de outros profissionais de áreas complementares (odontólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros).

A apropriação de todas essas transformações na concepção da doença repercutiu, no final do século XIX e início do século XX, em propostas para a reestruturação do ensino médico. Em 1910, o relatório elaborado por Abraham Flexner: “Educação Médica nos EUA e o Canadá”, ficou conhecido por difundir o modelo biomédico, o qual apontava para uma formação médica disciplinar, centrada na prática clínica e laboratorial, com estímulo à especialização, à prática individualizada, com ênfase na dimensão biológica e na medicina curativa, sendo situada no hospital e no uso exaustivo das tecnologias (SILVA JUNIOR; 2006; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Mudanças que consolidam a hegemonia do paradigma biomédico, que conceitua a doença como um fenômeno biológico e individual, além de dicotomizar a sua relação com a saúde.

Nessa breve trajetória histórica podemos destacar várias passagens relevantes que determinaram a organização das práticas em saúde estudadas hoje:

- Desde a antiguidade clássica as práticas em saúde seguiram uma divisão em sua organização, separando o fazer do pensar e expressando as relações de poder;
- A evolução nas explicações da doença, não significou na exclusão das explicações sobrenaturais/religiosas. Mostra como coexistem distintas teorias na explicação da relação saúde-doença, caracterizando-a como um campo aberto;
- A ruptura entre mente/corpo marcando a separação nos campos de estudo, assim como ocorreu na fragmentação do corpo humano;
- A transformação dos hospitais em instituições médicas, tornando-se no principal *locus* do desenvolvimento científico da prática médica e da assistência à saúde, bem como marcando a passagem das práticas em saúde em práticas médicas;
- As divisões “vertical” e “horizontal” na organização do trabalho em saúde e a forte relação de submissão entre Medicina e Enfermagem;
- O isolamento como resultado da normatividade religiosa, biológica e social;
- As tentativas de articulação entre as condições de vida/trabalho e a saúde, iniciadas pela corrente médico-social;
- A sobreposição da explicação biológica das doenças e a consolidação do paradigma biomédico.

As críticas à medicina curativa encontraram espaços somente após as mudanças e pressões políticas e sociais decorrentes da II Guerra Mundial. Vale lembrar que as principais transformações advindas do conjunto de acontecimentos nesse momento histórico foram a ampliação no conceito de saúde⁴ (de ausência de doença para completo bem-estar biopsicossocial) e a sua compreensão como direito fundamental humano (SILVA JUNIOR, 2006). Nesse contexto as críticas ao reducionismo biológico ganham visibilidade. Propostas como da medicina integral, preventiva e comunitária, guardadas suas peculiaridades,

⁴ Vale lembrar que a noção dos aspectos biopsicossociais na definição de saúde da OMS originou-se do conceito de multicausalidade do paradigma da história natural da doença da Medicina Preventiva (PEDUZZI, 2006).

reacendem a discussão acerca da integração da dimensão social na produção das doenças (DONNANGELO, 1979).

A medicina integral chamou a atenção para uma concepção mais global, integradora e menos fragmentada das ações médicas sobre o seu objeto, ainda que restrita à dimensão individual. Por sua vez, a medicina preventiva ampliou o foco do objeto com base no modelo de multicausalidade, fundado nos pressupostos da “história natural da doença”, propôs uma certa dinamicidade para a relação saúde-doença, bem como diferentes níveis para atuação na área. Baseada nessas duas vertentes, Donnangelo (1979) ressalta que a medicina comunitária se assentou nos princípios dessas propostas, tendo por proposições a definição de estratégias para a prestação de serviços à população, de modo que congregassem uma assistência individual/coletiva ao mesmo tempo práticas curativas e preventivas, a fim de integrar os aspectos orgânicos e psicossociais. Todavia, a autora nos lembra que esse modelo assumiu distintas configurações em diferentes formações sociais.

Conduzindo essa discussão para o campo da saúde mental, também temos nas guerras mundiais o marco de referência para a reflexão tanto da relação entre os fatores socioculturais na origem das doenças mentais como da assistência psiquiátrica dispensadas nos hospitais. Como descreve Nunes (1992):

Para muitos estudiosos, o impulso dado ao campo esteve bastante relacionado ao estudo dos fatores sócio-culturais na etiologia das doenças mentais pelo fato de ter-se constatado alta prevalência de desordens psiquiátricas durante a seleção da população masculina para o serviço militar, como também pelo aparecimento de sintomas psiquiátricos nos processos de reabilitação do pós-guerra (p. 61).

Amarante (2007) também traz essa relação ao relatar as internações em hospitais psiquiátricos de jovens soldados comprometidos psicologicamente. O autor cita que “De acordo com George Rosen, a expressão psicossocial surgiu neste contexto histórico, a partir de um livro de James L. Halliday intitulado *Psychosocial Medicine*, [...], que estabelece as primeiras relações entre as transformações sociais e o psiquismo” (AMARANTE, 2007, p. 42).

Assim, os aspectos psicossociais alcançam uma outra significação dentro das propostas de reformas em contraposição ao modelo psiquiátrico. Transpondo as ideias difundidas pela medicina comunitária para a psiquiatria, segundo Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003):

Firmamos a hipótese inicial de que o termo psicossocial, que a princípio designa experiências de reforma da Psiquiatria, agregando a seu objeto aspectos psíquicos e sociais, vai aspirar ao estatuto de conceito, a partir do momento em que lhe são acrescentadas as contribuições de movimentos de crítica mais radical à Psiquiatria, como a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática e alguns aspectos originários da Psicoterapia Institucional. Tais elementos traduzem-se, a partir de certo momento, em transformações nas concepções de “objeto”, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo, e sobretudo na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que têm, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares (p. 14).

Os autores discutem uma outra lógica teórico-técnica e ética para o cuidado em saúde mental. Lógica que sai do paradigma da doença-cura/da queixa-conduta, características do modelo médico-clínico, para enfatizar a produção da saúde como produção de subjetividades. Nesse processo, Costa-Rosa (2000) se orienta por quatro parâmetros para proposição de um paradigma nas práticas em saúde mental: 1) Definição de ‘objeto’ e dos meios teóricos-técnicos de intervenção; 2) Formas de organização institucional; 3) Formas de relacionamento com a clientela (usuários e população); 4) Concepção dos efeitos de suas práticas e implicações éticas.

Com base nesses parâmetros é que o autor propõe o modo psicossocial contrapondo com o modelo asilar, com destaque para os aspectos: da equipe interprofissional que inclui uma série de dispositivos diversificados, capaz de superar o modelo fragmentado de “linha de montagem”, no qual o saber médico ocupa um lugar de privilégio sobre os demais profissionais; da desospitalização, desmedicalização, dimensão subjetiva, sociocultural e singularização em oposição a hospitalização, medicalização, objetificação e adaptação do indivíduo; da participação, autogestão e interdisciplinaridade ocupando o lugar da estratificação e interdição institucional, bem como da disciplina das especialidades que dominam no modo asilar; e por fim, da interlocução, livre trânsito do usuário e da população, territorialização com integralidade opondo à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário).

Consubstanciada a esse paradigma psicossocial, e em busca de um olhar que contemple a integralidade do cuidado, que se funde as nossas bases teóricas, a da Psicologia Histórico-Cultural e da Medicina Social, nas quais a significação da dimensão psicossocial visa a reintegração da subjetividade ao corpo social.

De origem soviética, L. S. Vigotski (1896-1934), A. R. Leontiev (1903-1979) e A. N. Luria (1902-1977) são os principais representantes dessa corrente teórica da Psicologia,

que introduziu uma nova concepção para o desenvolvimento do psiquismo humano, compreendido no método marxista, isto é, no Materialismo Histórico e Dialético (MHD).

Vigotski buscava superar as concepções idealistas e mecanicistas marcantes na área, por meio da afirmação da hipótese de que os processos psicológicos superiores humanos são sistemas dinâmicos, constituídos social e historicamente. Juntamente com Luria e Leontiev, conduziu um extenso trabalho de pesquisa nessa direção, a de construir uma Psicologia Concreta (VIGOTSKII; LURIA; LEONTIEV, 1988/2010).

Partiram dos pressupostos marxistas da natureza social do homem, na qual é por meio do trabalho que ocorre o desenvolvimento da condição humana. Como explica Leontiev (1959/2004), o aparecimento e o desenvolvimento do trabalho ocasionaram a hominização do cérebro, dos órgãos do sentido e da atividade externa, o que, conseqüentemente, modificou a aparência física e a organização anatômica e fisiológica do homem. Dessa forma, não se desconsidera a origem animal do homem, pois o seu desenvolvimento é duplamente determinado, tanto pelas leis biológicas, que deram sustentação para que os órgãos se adaptassem diante das necessidades de produção, como pelas leis sócio-históricas, originadas no desenvolvimento da própria produção e nos fenômenos envolvidos, conduzindo a evolução humana.

Devemos admitir que tais explicações causam interrogações, especialmente, em um contexto histórico em que os recursos tecnológicos estão cada vez mais avançados e direcionados para a concepção biológica. Assim, tais explicações representam um esforço em explicar o homem em si mesmo (no cérebro/psiquismo), uma espécie de determinismo carregado por uma herança biológica.

No entanto, é preciso deixar bem claro, que na relação entre o biológico e o social na formação do psiquismo, os aspectos biológicos herdados não são ignorados, nas palavras de Leontiev (1959/2004) “[...] as propriedades biologicamente herdadas do homem constituem apenas uma das *condições* da formação das suas funções e faculdades psíquicas, condição que desempenha por certo um papel importante” (p. 275 – grifos do autor).

Assim, as condições biológicas são uma das condições para o desenvolvimento do homem e não a única, como vem ressaltando algumas tendências biologizantes. A ligação com o desenvolvimento da cultura e da sociedade ocorre por meio da atividade humana, mediadora entre o mundo material/objetivo e o mundo subjetivo do indivíduo. Nesse processo os aspectos culturais são superados por incorporação ao biológico (LEONTIEV, 1959/2004). É dessa forma que ocorre a mediação social no desenvolvimento do psiquismo humano, ou seja, o homem é constituído e constituinte nas e pelas relações sociais. Sendo impossível a sua

compreensão descolada do contexto histórico-social, condições objetivas para se entender o desenvolvimento dos processos patológicos.

[...] A partir da Psicologia Histórico-Cultural, as funções psíquicas são entendidas não como funções inatas, mas sim como produto das atividades desenvolvidas ao longo da vida, o que faz com que as alterações psíquicas sejam compreendidas e investigadas como resultantes das alterações da atividade. Desse modo, é possível a análise qualitativa das distintas formas de desintegração do psiquismo, a descoberta dos mecanismos da atividade alterada e as possibilidades para sua reabilitação (SILVA; TULESKI, 2015, p. 212)⁵.

É preciso assinalar dois pontos: 1) essa corrente da psicologia rompe com as concepções psicológicas que estudam a atividade psíquica como independente da atividade exterior, sendo assim consideradas como determinantes; 2) como apreendemos ambas atividades como interdependentes, ou seja, a formação da atividade interior depende da atividade exterior, as condições objetivas para a atividade exterior nas sociedades capitalistas têm implicações diretas na formação dos processos psíquicos, do mesmo modo que em seu processo de desintegração (LEONTIEV, 1984a).

Tal perspectiva chama atenção para a relação entre o desencadeamento das patologias mentais e os modos desumanizadores e desagregadores inerentes às sociedades capitalistas. Neste sentido, “Há que se pensar em condições terapêuticas que não se voltem somente ao sujeito especificamente, mas às relações concretas que produziram a sua patologia” (SILVA; TULESKI, 2015, p. 215).

Deste ponto de vista, apoiamo-nos no pensamento da Medicina Social ou Saúde Coletiva, emergido na América Latina na década de 1970, defendida por Laurell e Arouca, entre outros, o qual estuda a relação saúde-doença da coletividade como expressão dos processos sociais. Da mesma forma que a Psicologia Histórico-Cultural, essa corrente teórica se fundamenta também no Materialismo Histórico, avançando na explicação dos fatores sociais não como meros fatores de risco à medida que ultrapassa a visão de causalidade enquanto uma relação de causa e efeito (REZENDE, 1989).

Neste sentido, dentro um olhar epidemiológico social, Laurell (1982) aponta que o objeto dessa corrente crítica deve-se constituir nos diferentes grupos sociais que constituem a sociedade e, sobretudo, como se inserem no modo de produção e como se relaciona aos outros

⁵ Ainda incipiente no Brasil, os estudos de Bluma V. Zeigarnik (1900-1988), psicóloga lituana, discípula de Vigotski, representa uma contribuição relevante no campo da saúde mental dentro da Psicologia Histórico-Cultural, denominada de Patopsicologia Experimental. De base materialista histórica e dialética, apreende os transtornos mentais como alterações da atividade psíquica (SILVA; TULESKI, 2015).

grupos sociais. Esse é o caminho para se estudar o tipo, a frequência e distribuição da doença dentro de um coletivo, articulando o processo social ao processo saúde e doença.

Além desse aspecto, a autora ainda discute a questão da causalidade da doença. Critica a limitação do modelo multicausal que reduz a “realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. [...] o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual” (LAURELL, 1982, p. 20).

Assim, ambos aspectos apresentam hierarquia distinta na determinação do processo saúde-doença. Em uma segunda via da teoria, Laurell (1986) afirma explicitamente a submissão do biológico ao social. “Esta maneira de ver a determinação do processo saúde-doença coletiva guarda uma relação estreita com a concepção teórica do social, que se expressa nas categorias analíticas dispensadas nas investigações concretas” (p. 03).

Portanto, as perspectivas teóricas do modo psicossocial no campo da saúde mental, da Psicologia Histórico-Cultural e da Medicina Social convergem ao reafirmarem as condições sócio-históricas como determinantes tanto para o desenvolvimento e o adoecimento humano como para o seu processo de reabilitação. Embora as concepções de saúde e doença sejam um campo aberto, socialmente determinadas, não pretendemos com essa exposição esgotá-las, apenas apontar sob quais bases se assenta o nosso trabalho.

4.2 A organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde

As formas de pensar a relação saúde-doença atravessam as formas de fazer. Isto quer dizer que há distintas maneiras de organizar o trabalho em saúde a depender dos aspectos políticos-ideológicos, do contexto social, da formação profissional entre outros. Como vimos o paradigma médico-clínico se consolidou fortemente no início do século XX após o relatório de Flexner, que não demorou muito para ser intensamente criticado. Em 1920, na Inglaterra, o médico Bertrand Dawson teceu as principais críticas⁶ a esse modelo que repercutiram nas proposições para a organização dos serviços em saúde na Atenção Primária (SILVA JUNIOR, 2006).

⁶ Diferentemente de Flexner, Dawson elaborou um relatório que defendia o “[...] princípio do Estado como provedor e controlador de políticas de saúde; os serviços de saúde seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas (regionalização de serviços de saúde). [...] A separação entre Medicina Preventiva e a Curativa era criticada por Dawson; ele propunha uma atuação coordenada por meio de Médicos Generalistas, capazes de atuar sobre os indivíduos e sobre as comunidades” (SILVA JUNIOR, 2006, p. 54).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é representada como a “porta de entrada” para o sistema de saúde. Dentre as suas principais propostas encontram-se a superação do modelo biomédico no cuidado à saúde e a concepção de saúde enquanto um direito fundamental. O marco para a política de saúde na atenção primária foi a realização da Conferência em Alma-Ata em 1978, na União Soviética. Esse evento representou um apelo urgente para a organização dos sistemas de saúde em âmbito nacional e internacionalmente (OMS, 1978).

Na declaração dessa conferência foram postos alguns princípios como o da assistência à saúde estar localizada na comunidade e ao alcance de todos os indivíduos e família, tendo sua plena participação e um custo que o país e a comunidade pudessem sustentar. Além do anúncio da meta conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, que propunha o estabelecimento de um nível de saúde para a população que viabilizasse o desenvolvimento social e econômico. Para isso, a “atenção primária à saúde é a chave para alcançar essa meta como parte do desenvolvimento segundo o espírito da justiça social” (OMS, 1978, p.03).

Segundo Starfield (2002) essa declaração “desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária” (p. 32). A fim de elucidar as características da Atenção Primária à Saúde (APS), a autora fez uma comparação entre a atenção médica primária e a proposta para a APS, demonstrada no quadro a seguir:

Quadro 1. Da atenção médica primária à atenção primária à saúde⁷

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: STARFIELD, 2002, p. 33.

De acordo com Riviero (2003) o ano estabelecido como 2000 acenava para que todos os países do mundo apresentassem, até esse momento, suas políticas e estratégias em saúde, de modo que todos, sem exceção, tivessem condições de levar uma vida social e produtiva.

Todavia, devemos chamar atenção para o aspecto que as políticas de saúde para a APS mesmo tendo um claro direcionamento para uma melhora nas condições de vida da população, configurando-se em um significativo instrumento para a justiça social, dão margem de ser analisadas apenas sob o espectro produtivo, ou seja, em sua relação com o aumento da capacidade produtiva/econômica dessa mesma população. Sem falar no ponto mais atrativo de suas propostas, tudo isso realizado com um baixo custo, o que traz inúmeras distorções em sua implementação.

⁷ Adaptação de Vuori (1985 apud STARFIELD, 2002).

Na Declaração de Alma-Ata a vontade política foi explicitada como condição imprescindível não só para a formulação de políticas, mas, sobretudo, para mobilizar os recursos internos e externos necessários à construção de uma APS integrada e articulada com os outros setores da saúde (OMS, 1978).

Consoante a isso, as propostas para a atenção primária repercutiram na orientação das políticas de saúde no mundo, se apoiando, em especial, nas concepções da medicina comunitária para a reorganização dos serviços. No caso do Brasil, tivemos a influência dos modelos da Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Medicina Geral Comunitária na formação dos profissionais e intelectuais na saúde, e suas primeiras experiências fundamentadas pelas ideias dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014).

É desse processo que emergiu o movimento da reforma sanitária, com representação da sociedade civil⁸, considerando que a luta pela construção de uma política nacional de saúde não partiu de uma política de governo. Pelo contrário, a luta pela construção de um sistema universal, baseado no princípio da saúde como direito do cidadão e dever do Estado encontrava-se dentro de um contexto maior, o da redemocratização do país.

Cabe lembrar que outros sujeitos políticos participaram, juntamente com o Movimento da Reforma Sanitária, para o surgimento do SUS. Doimo e Rodrigues (2003) ressaltam a participação do Movimento Popular de Saúde (MPOS)⁹, orientado por uma atuação política na década 1970, o qual representou uma força significativa nesse processo. Do mesmo modo que outros movimentos sociais, cada um a seu modo, congregavam a saúde no bojo de suas lutas, ações que alavancaram para a proposta de uma política de saúde na Constituição Federal¹⁰.

Outros movimentos em saúde, que não se reconheciam no MOPS, como o movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo, exibiam uma compreensão similar da luta por saúde. Em fins da década de 1970, um grupo de mulheres

⁸ Vale salientar que o movimento da reforma sanitária nasceu nas universidades públicas, sendo, a sociedade civil representada, em sua maioria, por professores e profissionais. Temos como marco desse processo, na década de 1970, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979 (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

⁹ Iniciativas “vinculadas à chamada nova esquerda e ao trabalho de base da Igreja Católica (não sem o compromisso, também, de inúmeros profissionais da saúde) identificadas com o Partido dos Trabalhadores e que convergem para a criação do MOPS – Movimento Popular de Saúde” (DOIMO; RODRIGUES, 2003, p. 96). Ver mais em: <<https://sites.google.com/site/mopsse/home/historico>>.

¹⁰ Podemos observar isso nos dados trazidos por Palma (2013), com base em Witaker (1989), os quais mostram que “A emenda nº 050 de criação do SUS, relativa ao Direito à Saúde, alcançou 58.615 mil assinaturas e o apoio de 160 entidades, um recorde absoluto em relação à média de apoios dados a outras emendas populares” (p. 101).

da Zona Leste de São Paulo descobriu uma lei estadual que permitia a fiscalização dos serviços de saúde. Com base nessa lei, passaram a interferir no Centro de Saúde local, e criaram um Conselho de Saúde, experiência que contribuiu para a expansão dos Conselhos e para as lutas em saúde nos anos 1990. Como esse movimento de saúde, outros surgiam nas diversas localidades e regiões do país e ganhavam força à medida que avançava o processo de democratização (COSTA, 2007, p. 90).

Dessa forma, ao mesmo tempo que o pensamento crítico se desenvolvia nas universidades, os movimentos sociais e populares se organizavam na luta pela saúde como direito, embora essa última parte da história seja pouco lembrada na Saúde Coletiva. O Movimento da Zona Leste de São Paulo (MZL) é uma referência, especialmente, porque em suas lutas traz fortemente um dos princípios que viria a ser incorporado no SUS, o controle e a participação social¹¹ (PALMA, 2013). Campos (2006) salienta que decorrente de todo esse processo, na década de 1980, o Brasil vivenciou um “surto de crescimento da rede básica”, que era composta nessa época pelos Centros e Postos de Saúde e que esteve pautada nos princípios de APS. Cabe salientar que esse movimento foi influenciado por Alma-Ata e antecedeu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Andrade, Barreto e Bezerra (2008) citam os principais modelos técnicoassistenciais construídos nesse período: o modelo em Defesa da Vida, que nasceu em Campinas no final da década de 1980; Ação Programática em Saúde, elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP; e os Sistemas Locais de Saúde – Silos, operacionalizado, principalmente, nos estados do Ceará e da Bahia. Embora com algumas distinções, esses modelos de APS almejavam, sobretudo, a superação do modelo médico assistencial privatista. Os princípios que fundamentaram cada modelo foram:

- 1) Modelo em Defesa da Vida: gestão democrática; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva;
- 2) Ação Programática em Saúde: programas definidos por ciclos de vida, por doenças especiais ou por importância sanitária; hierarquização interna de atividades; articulação das atividades por equipes multiprofissionais; padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas; gerência da unidade por médicos sanitaristas;
- 3) Sistema Locais de Saúde (Silos): interdisciplinaridade no trabalho em equipe; planejamento local das ações baseada na análise da situação de saúde; definição de estratégias e modelo para operacionalizar a oferta de serviços; atender a demanda epidemiologicamente identificada, bem como

¹¹ Ver mais em: PALMA, J. J. L. **Lutas sociais e construção do SUS: o movimento de saúde da zona leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde**. 2013. 212p. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

captar os usuários provenientes da demanda espontânea (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008, p. 800-801).

Essas experiências foram importantes, ao passo que as propostas para o SUS foram amplamente discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e, posteriormente, incorporadas na Constituição Federal de 1988, a qual o consolidou como um sistema universal e reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Competindo assim ao SUS prestar uma assistência integral, que abrangesse desde a prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde por meio de uma gestão descentralizada e com a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS ocorreu em 1990, por meio das leis 8080 e 8142 que regem sua organização e seu funcionamento, bem como a participação da comunidade, respectivamente (BRASIL, 1990a; 1990b). Embora o país tenha avançado em direção à concretização das propostas da reforma sanitária, essas não se consolidaram em seguida à regulamentação da sua legislação, visto que o governo eleito por voto popular após um longo período de regime militar estava comprometido com uma política neoliberal, instituindo um contexto desfavorável aos princípios da reforma. Mas com o *impeachment* desse governo após dois anos de sua posse, “retomou-se” o projeto da reforma sanitária (PAIM et al., 2011). Embora com limitações que restringiram o discurso reformista e os alcances fomentados pela implantação do SUS, uma vez que permaneceu constante o modo neoliberal nas políticas de governo. “A subordinação do projeto reformista ao modelo dominante, contraditoriamente, tem reforçado mais o modo privado de produzir serviços do que consolidado uma perspectiva transformadora da área pública” (CAMPOS, 1992, p. 133).

Contudo, com a materialização da legislação do SUS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) na atenção primária passaram a representar a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo a partir de 1994 incorporado o Programa de Saúde da Família (PSF) como mais uma via para esse primeiro acesso. Decorrente de sua consolidação, em 2006 esse programa passa a ser denominado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que marca o reordenamento para a assistência nesse nível de atenção. Seu processo de trabalho foca-se, sobretudo, em três aspectos: na unidade familiar, no trabalho em equipe e no território (comunidade), tendo em vista a produção do cuidado integral e contínuo por meio do estabelecimento de vínculo e da corresponsabilização entre serviço e comunidade (BRASIL, 2006a; 2012a).

[...] a Estratégia Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008, p. 802-803).

Considerando que a Atenção Primária assume uma posição central para a reordenação do sistema de saúde, Andrade, Barreto e Bezerra (2008) conjecturam que “[...] em poucos anos o SUS no Brasil será um Sistema de Saúde baseado em APS” (p. 811). O que demonstra a relevância que a APS, por meio das UBS e ESF, assume no processo de consolidação do sistema de saúde. Entretanto, mesmo a ESF sendo adotada como o principal modelo para reordenar os serviços de APS no Brasil, esse nível de atenção ainda é composto por dois modelos: o da Unidade Básica de Saúde e o da Estratégia de Saúde da Família. No caso do primeiro modelo (UBS), seu desenvolvimento pautou-se no Planejamento em Saúde na América Latina, seguindo a lógica da Programação em Saúde. Essa proposta de organização do trabalho busca “combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas calcadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas” (CAMPOS, 2006, p. 137).

Embora sua proposta esteja alinhada com os princípios da APS, Campos (2006) ressalta que:

[...] a opção por operá-los tomando por base as especialidades de cada área técnica acarretou na fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas. Geralmente, onde existia o recurso disponível, o cardiologista atuava no programa de controle de hipertensão, o pneumologista, no programa de controle da tuberculose, o dermatologista, no programa de controle da hanseníase e assim por diante. Os demais profissionais, especialmente de enfermagem, distribuíam-se segundo as “especialidades”, cada um cuidando de seu próprio campo de atuação, sem integração uns com os outros. Impasses decorrentes dessa forma de atuar eram evidentes. Reproduziu-se um atendimento especializado, muito próprio do ambiente hospitalar, comprometendo as premissas da APS, do vínculo entre usuários, famílias e profissionais [...]. Perdeu-se quase por completo, com raras exceções, a noção de território, de vínculo entre a equipe e a comunidade (p. 137-136).

Se por um lado, a organização do processo de trabalho se aproximou do modelo médico-hospitalocêntrico; por outro, o planejamento da oferta para a assistência em ações programáticas tentou superar a prática da queixa-conduta, típica nos atendimentos ambulatoriais, sob o argumento que “têm como objetivo incrementar a saúde da população

como um todo, e não apenas acudir a doença de quem estiver doente em um dado momento” (MENDES-GONÇALVES; SCHRAIBER; BAPTISTELLA NEMES, 1990, p. 46). Assim, a proposta da ESF tentou em um movimento de incorporação de algumas ideias, transformar e unificar o modelo para a atenção básica no país.

A consolidação da ESF ocorreu após experiências exitosas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste brasileiro.

[...] definimos a ESF como um modelo de *atenção primária*, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das *equipes de saúde da família*, comprometidas com a *integralidade* da assistência à saúde, focado na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserido (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008, p. 804, grifos dos autores).

Como destacaram Oliveira e Pereira (2013) os princípios acima descritos da ESF confluem, de maneira mais explícita, com os atributos conceituados por Starfield (2002) para a APS, os quais a autora divide em essenciais e derivados. Os primeiros, também referidos como elementos estruturais, são: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade (continuidade), integralidade e coordenação. Por outro lado, os atributos derivados se referem aos elementos processuais, descritos como: centralização na família, orientação para a comunidade e adequação cultural.

Para a transformação nesse modelo, há que considerar outros aspectos inerentes à sua concepção. Embora a construção do modelo da ESF sofrera influência de experiências internacionais (dentre elas a de Cuba), não podemos afirmar que consistiu em uma replicação simplificada de modelos de atenção à saúde. Pelo contrário, consistiu em um processo lento e contínuo, do qual os modelos anteriores para as UBS (como o Modelo em Defesa da Vida, o Modelo Ação Programática de Saúde e o Modelo Silos) fazem parte do modelo atual (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

No entanto, Franco (1999) ressalta que sua principal distinção incide no processo de trabalho:

Se por um lado, o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância à Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde (p. 138).

O modelo tecnoassistencial da Saúde da Família cresceu a passos largos, sobretudo, se considerarmos o período de 1994-2005, no qual houve um crescimento acelerado de aproximadamente 1000% no número de equipes de Saúde da Família implantadas, atingindo quase 90% dos municípios do país. Esse processo evolutivo perdurou nos próximos anos, registrando um aumento de 64%, no período de 2005-2015¹². Atualmente, a ESF compõe a rede de saúde em 5.378 municípios, ou seja, 96,5% do país tem implantado esse modelo em seus serviços na APS, ofertando o acesso a 63% da população brasileira (BRASIL, 2016a).

Rocha et al. (2008) relacionam essa abrangência, principalmente, à expansão da ESF nos grandes centros urbanos, os quais concentram um maior contingente populacional. Os autores salientam ainda que a mudança do modelo para a APS nos municípios acima de 100 mil habitantes ocorreu decorrente do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), fomentado pelo Ministério da Saúde (MS) e que contou com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

Os autores acima verificaram que na região nordeste as maiores coberturas eram nos municípios de médio porte (com mais de 100 mil habitantes), enquanto as menores localizavam nas metrópoles (população superior a 1 milhão). Os autores apontam como uma das dificuldades para a expansão do modelo da ESF nas metrópoles, “a existência prévia de uma rede de serviços atuando em outra lógica de organização”, o que exige um esforço expressivo na reorganização da atenção (ROCHA et al., 2008, p. 75).

A relação acima não se aplica quando analisamos a cobertura da ESF no Estado de São Paulo. Composto, em sua maioria, por municípios que possuem até 50 mil habitantes (79%), é o Estado que apresenta uma das menores coberturas desse modelo nos serviços da atenção básica, cerca de 40%, comparado aos demais estados do país¹³ (BRASIL, 2016a).

Um dos riscos apontados por Rocha et al. (2008) para o processo de mudança de uma UBS para uma ESF, se constitui em promover uma mudança apenas estrutural por meio de reformas ou melhorias nas unidades, compreendendo a ESF como mais um programa a ser

¹² Dados do mês de agosto/2016.

¹³ De acordo com o Departamento de Atenção Básica, dados de agosto de 2016, a cobertura populacional estimada pela ESF nos estados era de: Acre (78%); Alagoas (77%); Amazonas (56%); Amapá (72%); Bahia (72%); Ceará (81%); Distrito Federal (27%); Espírito Santo (58%); Goiás (66%); Maranhão (79%); Minas Gerais (78%); Mato Grosso do Sul (70%); Mato Grosso (65%); Pará (53%); Paraíba (94%); Pernambuco (77%); Piauí (97%); Paraná (66%); Rio de Janeiro (53%); Rio Grande do Norte (82%); Rondônia (76%); Roraima (77%); Rio Grande do Sul (56%); Santa Catarina (79%); Sergipe (88%); São Paulo (40%); Tocantins (94%) (BRASIL, 2016a). Segundo Guedes, Santos e Di Lorenzo (2011) em 2002 o percentual de cobertura da ESF no Estado de São Paulo era 20% da população. Independente disso, os autores ressaltam que o Estado de São Paulo sempre foi reconhecido por ter uma boa rede de atenção básica.

desenvolvido junto à atenção básica ou um “posto de saúde” que faz visita domiciliar. Fato que Riviero (2003) relaciona à uma questão de terminologia e concepção, quando assinala que há muita distorção em relação ao termo “cuidados primários”, o qual, geralmente, é interpretado de maneira restrita. Mas que na realidade a adoção do termo “cuidado” visa abranger o aspecto intersetorial por ser mais amplo enquanto “atenção” remete a compreensão de um setor, serviços específicos ou mesmo programas isolados. O autor ainda ressalta para a necessidade da convocação de uma Alma-Ata II para recordar, sem distorção, os conceitos que deram origem às propostas dos cuidados primários à saúde, além de compartilharem experiências e discutirem atualizações necessárias e resultantes das transformações globais (RIVIERO, 2003).

Essa e outras questões se fazem necessárias ao passarmos para uma discussão que ultrapasse a questão do acesso, ou seja, a expansão quantitativa da ESF, e aborde o desafio, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2008), da “consolidação da qualidade nas ações do programa e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS” (p. 802).

4.3 O trabalho da APS em interface com as redes de atenção

Para atingir um dos princípios fundamentais do SUS, o da integralidade do cuidado, a APS deve reconhecer “[...] adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las” (STARFIELD, 2002, p. 314). Dessa forma, a atenção primária não consegue responsabilizar-se pela saúde de uma população sem o apoio de outros serviços. A sua “função de coordenação da entrada e da circulação no sistema de saúde envolve efetivamente a transformação da pirâmide dos cuidados primários numa rede [...]” (OMS, 2008, p. 59).

Segundo Starfield (2002), o atributo coordenação é essencial para se atingir outros, como a integralidade e o primeiro contato, visto que sem a coordenação o primeiro perderia seu potencial enquanto que o segundo passaria a ter uma função meramente administrativa. Assim:

Coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Esta definição expressa, formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002, p. 365-366).

Dessa forma, propõe-se que haja uma transformação do modelo piramidal para a configuração em rede dos serviços de saúde. Mendes (2011) chama atenção para o fato de que a proposta de redes de atenção à saúde (RAS) é muito recente, surgiu com as experiências dos sistemas integrados de saúde nos Estados Unidos em meados da década de 1990. No entanto, discute essa nova forma de organização para que o SUS responda as condições de saúde da população brasileira de maneira efetiva, eficiente, segura, com qualidade e equidade. Assim, define-se as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 04).

Nessa nova configuração de organização do sistema de saúde, a APS assume o centro de comunicação das RAS e sua equipe “transforma-se na entidade de mediação entre a comunidade e os outros elementos do sistema da saúde, ajudando as pessoas a navegar no complexo labirinto dos serviços de saúde, referenciando doentes ou mobilizando o apoio de serviços especializados” (OMS, 2008, p. 59).

Juntamente com o papel da comunicação, Mendes (2011) menciona mais duas funções essenciais para se ter uma APS de qualidade: a resolubilidade e a responsabilização. Em seguida explica:

A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS's, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela (MENDES, 2011, p. 98).

Isso mostra o protagonismo que a APS deve assumir no sistema de saúde, ao passo que é a responsável por coordenar o cuidado junto às redes de atenção à saúde de maneira resolutiva. Entretanto, faz-se necessário a incorporação de outras estratégias para auxiliar nesse desafio, dentre as quais citaremos: o apoio matricial, o apoio institucional e as linhas de cuidado integral.

O apoio matricial consiste em uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, à medida que objetiva “ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400). Ademais, os autores ressaltam que esse apoio:

[...] pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem o apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Neste sentido, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁴ em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o alvo das ações na atenção primária, deve assumir o trabalho sob a lógica do apoio matricial, bem como o suporte técnico pedagógico. Esse serviço de apoio é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais da ESF, especialmente, em áreas estratégicas, que são: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2008a). Essas equipes visam apoiar a ESF na ordenação da rede e na coordenação do cuidado, à medida que devem auxiliar na articulação e integração das redes de atenção à saúde por meio dos processos de referência e contrarreferência regionais (PAIM et al., 2011).

A pesquisa de Sobrinho et al. (2014) traz uma visão panorâmica da distribuição do apoio matricial (AM) no Brasil, na qual mostra que nas regiões e estados mais desenvolvidos economicamente encontram-se os mais altos níveis de estruturação do AM, ou seja, preponderância na região Sudeste (44,5%, com destaque para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina) e baixo grau de apoio ou nenhum apoio nas regiões Norte (68%) e Centro-Oeste (49,3%). Esse estudo ainda mostrou que o apoio matricial tem auxiliado a melhorar a qualidade e o acesso, especialmente, nas áreas da saúde da mulher, criança, diabetes/hipertensão e saúde mental, sendo assim considerado atividades expressivas (SOBRINHO et al., 2014).

Enquanto o apoio matricial volta-se mais para as práticas assistenciais, o apoio institucional volta-se para as práticas de gestão do processo de trabalho. Esse apoio previsto na Política Nacional de Humanização (PNH) para agregar as ações na Atenção Básica direciona tanto na análise e intervenção dos processos de trabalho como na produção e/ou ressignificação do conhecimento sobre o trabalho (BRASIL, 2010b). Entendido enquanto um dispositivo para o reordenamento dos processos de trabalho em rede, o apoio institucional

¹⁴ De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) de agosto/2016, estão implantadas 4.354 equipes do NASF (BRASIL, 2016a).

pauta-se em auxiliar na horizontalização das relações, à medida que cria estratégias para estimular e potencializar a análise coletiva acerca do trabalho em saúde, reorganizando práticas e reformulando os modos de fazer gestão (FALLEIRO et al., 2014; SANTOS FILHO, 2014).

Vasconcelos e Morschel (2009) problematizam o lugar em que este apoio ocupa nas RAS, ressaltando que:

Sua potência reside justamente no ato de ele localizar-se no “entre” das instituições, no “entre” dos estabelecimentos, no “entre” dos serviços, no “entre” atenção e gestão, no “entre” trabalhadores e usuários, no “entre” usuários inseridos nos serviços e usuários que encontramos fora dos espaços institucionais (p. 730).

A construção desses espaços torna fecunda a possibilidade da mudança de práticas a partir do momento em que os trabalhadores são inseridos em sua composição, propiciando o compartilhamento de valores, saberes e fazeres (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009). No entanto, “[...] as possibilidades ilimitadas dos trabalhadores de criarem e recriarem suas próprias relações, o que, reafirmamos, não significa ignorar a situação de precarização das relações de trabalho no contemporâneo” (BRASIL, 2010b, p. 53).

Alinhado às estratégias de apoios acima descritas e também com o desígnio de auxiliar na organização das redes de saúde com vistas para a integralidade do cuidado, as linhas de cuidado integral são definidas como:

[...] a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO; FRANCO, 2010, p. 01).

Importante conceito operativo, as linhas de cuidado visam organizar o sistema de assistência nas diferentes redes de atenção; diferenciam dos processos de referência e contrarreferência, sendo conduzidas pelas ações pactuadas no Projeto Terapêutico Singular (PTS). Sendo esse definido por um conjunto de propostas terapêuticas articuladas e discutidas em equipe, para um sujeito individual ou para um coletivo, ou seja, dirigido a situações mais complexas de cuidado e que deve sempre incluir os sujeitos envolvidos nas discussões. Desenvolvido *a priori* nos espaços de cuidado em saúde mental, a fim de valorizar outros aspectos no cuidado, que ultrapassassem o diagnóstico psiquiátrico e a medicação e de propiciar a integração da equipe e valorização dos demais profissionais, visto que está

vinculado à noção de um profissional de referência na gestão desse cuidado. “Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações” (BRASIL, 2008b, p. 40).

Na avaliação da implantação das linhas de cuidado materno-infantil (nascimento saudável; crescimento e desenvolvimento; distúrbios nutricionais; doenças prevalentes) em Belo Horizonte, Silva et al. (2009) sinalizam alguns aspectos que precisam ser considerados como: a formação e a educação permanente dos profissionais médicos, bem como as parcerias intersetoriais e a relação entre os serviços públicos e privados. Na referida pesquisa, os resultados demonstraram que a ESF tem conseguido ser a porta de entrada para a unidade, o que não representa, necessariamente, a inserção do usuário na rede do sistema de saúde, haja visto que há um isolamento físico e organizacional da unidade em relação à rede de referência, dificultando com isso o alcance da “tão sonhada integralidade da assistência” (SILVA et al., 2009, p. 356).

Costa et al. (2014) entendem que as linhas de cuidado são mais dinâmicas e autônomas quando comparadas à organização de referência e contrarreferência, uma vez que apresenta uma maior flexibilidade nas relações entre os serviços, agregando diferentes formas de cuidado para atingir melhores resultados. No entanto, apesar dos trabalhadores relatarem conhecer as redes de saúde, mencionam que há dificuldades para estabelecer um trabalho articulado em todos os níveis de atenção. Neste sentido, Starfield (2002) ressalta que para o compartilhamento do cuidado existe uma relação de dependência entre o processo de encaminhamento, o de transferência de informações nesse processo e por fim, no reconhecimento dessas informações.

Nesse ponto, deve-se considerar uma questão importante levantada por Silva et al. (2009), a da distinta natureza dos serviços que compõem as redes de atenção à saúde, que são os serviços do sistema público e privado. Silveira, Machado e Matta (2015) defendem que essa parceria público-privado favorece uma lógica mercantil, além de possibilitar uma maior fragmentação do sistema de saúde. Todavia, em um contexto neoliberal esse tipo de conformação na organização dos sistemas de saúde tornou-se reconhecido, como podemos verificar em uma das recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde acerca da renovação da APS nas Américas:

A reorientação de sistemas de saúde à APS requer uma maior ênfase na prevenção e promoção da saúde, o que se alcança por meio da designação de competências definidas a cada nível de governo, integração de serviços de

saúde públicos e privados, enfoque nas famílias e comunidades, utilização de dados precisos no planejamento e na tomada de decisões e criação de um modelo institucional com incentivos para melhorar a qualidade dos serviços (OPAS, 2007, p. iv).

Historicamente o setor privado sempre esteve presente na assistência à saúde no nosso país, havendo uma maior concentração na atenção secundária, em especial, na contratação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e na assistência hospitalar (PAIM et al., 2011). Sendo que:

À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde (PAIM et al., 2011, p. 1.795).

Mesmo inseridos nessa configuração e ainda em estágios iniciais, os municípios têm investido em estratégias no âmbito da comunicação, a fim de superar a fragmentação ao mesmo tempo que viabilizam uma maior integração do cuidado primário à rede especializada. Tais estratégias são: a incorporação de “sistemas regulatórios descentralizados e computadorizados para monitorar as listas de espera para serviços especializados, aumentar a oferta de serviços, implementar diretrizes clínicas e utilizar prontuários médicos eletrônicos” (PAIM, 2011 et al., p. 1.790).

Até aqui apresentamos as propostas discutidas para a construção das políticas de APS, caracterizando os cuidados primários e discutindo os modelos brasileiros e suas estratégias para alcançar a integralidade nesses cuidados. Em um segundo momento abordamos a APS dentro da rede de atenção à saúde, entendida não como mais um nível de atenção, mas como base para essa rede assistencial. Se por um lado, os modelos construídos para a APS no Brasil tiveram como foco central a reorganização do trabalho em saúde, por outro, esse aspecto também faz parte da discussão quando ampliamos o espectro de análise para sua relação com a rede de saúde.

Entendendo que nessa intercessão com a rede para o cuidado a referência deve ser sempre a ESF que atua no território, do qual o sujeito não deve ser apartado das suas ações. Yasui e Costa-Silva (2008) exemplificam essa relação ESF e rede de atenção psicossocial (RAPS):

[...] o sujeito será sempre compreendido como aquele que está inserido no território e, mesmo quando for alvo das ações específicas de CAPS ou

ambulatoriais, não deixará de estar adscrito à ESF nem de participar das ações simultaneamente realizadas por ela; por isso a ESF deverá ser sempre a referência maior da EAPS (p. 36).

Assim, compreende-se o protagonismo da APS/ESF, quando os autores remetem ser a “referência maior” para a produção do cuidado na atenção psicossocial. Desse modo, deve-se tornar a referência tanto para o usuário como para os demais serviços que compõem as redes de atenção, reafirmando, sobretudo, suas funções de responsabilização e resolubilidade por meio do exercício das práticas de longitudinalidade e coordenação do cuidado.

4.4 A produção do cuidado em saúde mental na APS e em interface com a rede de atenção psicossocial

Antes de realizar a discussão da produção do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde inserida em uma rede de atenção psicossocial, devemos contextualizar que no nosso país a assistência prestada nessa área foi constituída dentro da perspectiva asilar, a qual persistiu por muitos anos e ainda persiste até hoje na prática dos serviços de saúde. Sendo assim, podemos considerar que o cuidado em saúde mental produzido dentro de uma concepção na interface entre a APS e os demais serviços que compõem a rede de atenção é relativamente recente.

Em 1990 na Declaração de Caracas, documento adotado pela Organização Mundial da Saúde, que marcou as reformas à saúde mental nas Américas, enfatizou-se a ligação entre a atenção psiquiátrica e a APS, a fim de promover o respeito aos direitos humanos, ressaltando como diretriz norteadora a assistência em meio comunitário (OPAS, 1990). Assim, há uma relação muito estreita entre os modelos assistenciais da ESF, principal modelo da APS hoje no Brasil, e da atenção psicossocial. Dentre as características comuns encontra-se: a noção de território, atenção em rede, intersectorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção de autonomia (BRASIL, 2003).

A saúde mental é uma das áreas estratégicas para o apoio matricial do NASF no fortalecimento da rede de atenção psicossocial e na produção do cuidado dentro dos princípios da lógica antimanicomial (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009b). Lancetti e Amarante (2008) salientam que a saúde mental é o eixo da ESF. Ressaltam ainda que:

A ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental; desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político (p. 629).

A longitudinalidade do cuidado prevista como uma das diretrizes da APS possibilitaria ao cuidado em saúde mental romper com a visão de remoção de sintomas e adaptação à realidade, principais aspectos considerados pela intervenção no modelo asilar, para avançar rumo a valorização dos aspectos subjetivos, sociais e políticos da existência dos usuários (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Convém lembrar que essas proposições eram até pouco tempo atrás totalmente desconsideradas, visto que os *locus* de tratamento nessa área estavam circunscritos em hospícios, em manicômios, em ambulatorios e emergências de crises psiquiátricas (AMARANTE, 2007). A desinstitucionalização do cuidado e a reabilitação psicossocial emergem nesse cenário como frutos de muitas lutas travadas, em especial, pelos movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Iniciada no final da década de 1970, o movimento da reforma psiquiátrica envolveu vários atores, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), do qual emergem originalmente as propostas de reformulação do sistema assistencial, bem como se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Essa luta teve repercussões importantes, tanto no apoio à reforma sanitária em busca da construção do SUS, como na mobilização de familiares e dos próprios usuários dos serviços de saúde mental para levantar a reflexão “Por uma sociedade sem manicômios!”, lema da luta antimanicomial que problematiza a relação da sociedade com a loucura (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007). A partir desse momento, final da década de 1980, observa-se o movimento de implementação das propostas dos movimentos das reformas por meio da construção das políticas em saúde.

No caso da saúde mental, convém destacar a elaboração do documento “Proposta de trabalho para as equipes multiprofissionais em Unidades Básicas e Ambulatorios de Saúde Mental”, organizado pela Divisão de Ambulatório de Saúde Mental, no Estado de São Paulo, a fim de subsidiar a implantação do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e nos Ambulatorios de Saúde Mental. Esse material constituiu-se em uma primeira referência na área, que buscou delinear alguns princípios e propostas, tendo em vista romper com a

representação do hospital psiquiátrico enquanto único recurso assistencial, além de delinear os níveis de assistência e sua integração (JACKSON; CAVALLARI, 1991). As autoras destacam alguns princípios gerais contidos nesse material, como “a ênfase na equipe multiprofissional; a prioridade do trabalho em grupo, a utilização da psicoterapia e outros recursos terapêuticos, além do uso de psicofármacos; treinamentos, reciclagens, reuniões gerais [...] a supervisão e avaliação *qualitativa* periódica do trabalho” (JACKSON; CAVALLARI, 1991, p. 13 - grifos dos autores).

Silva (1988) também faz uma discussão dessa proposta. Ressalta que sua elaboração foi realizada por um grupo de profissionais de diversas áreas (Medicina, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia), os quais tinham por principal intuito que esse trabalho se tornasse um roteiro para as atividades dos profissionais na saúde mental. Além disso, a autora salienta que uma outra preocupação abordada nesse documento foi a explicitação das diferentes responsabilidades de cada nível de complexidade, tendo na Atenção Primária a atuação dos generalistas e as ações voltadas para a profilaxia e o tratamento dentro dos limites estabelecidos para esse nível¹⁵. Complementando, a atuação dos Ambulatórios competiria as ações de maior complexidade terapêutica¹⁶ uma equipe composta por profissionais mais diversificados (cinco psiquiatras, cinco psicólogos, três assistentes sociais, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, dois fonoaudiólogos, um farmacêutico, quatro visitantes domiciliares, seis atendentes de enfermagem, além dos funcionários administrativos), funcionando como retaguarda para os serviços anteriores. Além disso, o documento aponta para a necessidade de expansão de ambas redes, prevendo um número maior de equipes de saúde mental na atenção básica, composta por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, bem como ampliação no número de ambulatórios.

Em 1992, muitas dessas propostas foram incorporadas em âmbito nacional, pela Portaria 224, que regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental elencados como: Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Ambulatório de Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)¹⁷, hospital dia,

¹⁵ É importante salientar que dentre o rol de atividades previstas para esse nível de atenção estava prevista atividades dirigidas à comunidade como um todo, tais como: palestras, participar de debates, assessorar instituições ou grupos da região (creches, escolas, asilos, abrigos de menores entre outros) (SILVA, 1988).

¹⁶ Nesse período, não havia uma política nacional em saúde mental. A proposta dos ambulatórios é o de serviço secundário. Na época assumem o lugar que os CAPS têm hoje. A proposição de uma rede extra hospitalar tem suas raízes nas ideias da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva (ANTUNES, 1998).

¹⁷ Luzio e Yasui (2010) explicam as diferenças que caracterizam os CAPS e os NAPS: “CAPS foi implantado como um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação psiquiátrica, funcionando em cinco dias da

serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria (BRASIL, 1992). Como destacam Luzio e Yasui (2010), embora essa portaria tivesse suas limitações, cumpriu o importante papel de implantação dos novos serviços substitutivos, assim como se tornou um instrumento de fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Lembram, ainda, que esse desenho institucional da organização da assistência em saúde mental seguia a lógica da hierarquização por níveis de assistência.

Em 2001, após dez anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a lei 10.216, que ficou conhecida como Antigo Projeto Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001a) e logo em seguida, em 2002, a Portaria 336 GM/MS que estabelece e regulamenta a organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁸ como os dispositivos substitutivos ao modelo asilar (BRASIL, 2002a), direcionando para uma proposta de mudança no modelo assistencial, não tão radical como se pretendia¹⁹, mas muito significativa.

Desse modo o cuidado deveria privilegiar a cidadania, liberdade e autonomia do sujeito. Isso não implica apenas na substituição do modelo manicomial, mas, sobretudo, a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente os sujeitos, ou seja, construir um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

Com isso, a Saúde da Família emerge como um espaço fecundo para exercer esse cuidado, por priorizar na base do seu modelo a territorialização, processo social que visa conhecer distintas realidades, tendo em vista subsidiar o planejamento local em saúde. Para isso preconiza o estabelecimento de critérios básicos, bem como a autonomia local na utilização dos mesmos e a participação social para a legitimação das transformações propostas. Mesmo seguindo uma lógica epidemiológica, o processo de territorialização busca

semana, por no máximo oito horas diárias, cuja proposta terapêutica era a de uma prática clínica centrada na vida cotidiana da instituição, de modo a permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade para fazer emergir a instância terapêutica. Buscava inspiração essencialmente na análise institucional, na psiquiatria de setor. O NAPS foi criado como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, portanto para funcionar durante as vinte e quatro horas. Ficava responsável pelo atendimento integral à demanda de Saúde Mental de uma região, principalmente aos casos graves, através de uma multiplicidade de ações, as quais tinham como objetivo a restituição do poder contratual do usuário, de modo a possibilitar a ampliação de sua autonomia. Os NAPSS foram inspirados essencialmente na experiência da psiquiatria democrática italiana” (p. 19-20).

¹⁸ Não se utilizou mais o termo NAPS.

¹⁹ O texto aprovado na lei não foi a do projeto original de 1989, que propunha a extinção progressiva dos manicômios (LUZIO; YASUI, 2010).

ultrapassar os limites implícitos de uma visão topográfica-burocrática²⁰, propondo a reflexão de alguns aspectos como: a determinação social e coletiva do processo saúde-doença, a identificação e hierarquização de problemas, a relação de responsabilidade entre os recursos de saúde disponíveis e a população, entre outros (UNGLERT, 1995).

Lancetti (2001) afirma que nesse espaço é possível atingir a radicalidade da desinstitucionalização, mas com uma ressalva, salienta a necessidade da formação dos profissionais ao dizer que “O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados. [...] Tudo isso exige dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada e penosa” (p.39). Esse apoio aos profissionais está presente nas primeiras discussões entre a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, que redirecionaram o olhar para a necessidade de articulação entre a saúde mental e a atenção básica, pautando-se em três pontos: o apoio matricial²¹, a formação profissional e a inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica (BRASIL, 2003).

Dentro do âmbito do suporte técnico, convém citar o lançamento recente pelo Ministério da Saúde, do Caderno de Atenção Básica e Saúde Mental, que compartilha o conhecimento acumulado no cuidado em saúde mental na atenção primária para dialogar e

²⁰ Deve-se entender que as delimitações geográficas desses espaços não são estáticas, pelo contrário, são dinâmicas, sendo reconstruídas permanentemente. Partindo da construção de distritos sanitários pode se construir outros limites geográficos, como especifica Unglert (1995, p. 223): a) Distrito Sanitário: a definição inicial do território de um distrito sanitário depende de critérios de natureza político-administrativa. Um distrito sanitário ou grupo de distritos sanitários geralmente correspondem a uma região administrativa municipal; b) Área de Abrangência: corresponde a área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Deve ser constituída por conglomerados de setores censitários; c) Microárea de Risco: é de perfil epidemiológico específico. Através da caracterização desse perfil epidemiológico é que serão definidas ações de saúde específicas para essa área. É desejável que seja constituída por conglomerados de setores censitários; d) Domicílio: o detalhamento da base territorial no nível de domicílio possibilita a adscrição de clientela, além de favorecer o estabelecimento de ações de controle de saúde, visando a prioridades.

²¹ Embora pareça recente a articulação entre a saúde mental e a saúde da família por meio do apoio matricial, cabe assinalar que já haviam experiências exitosas na área que antecederam e contribuíram para essas discussões, que foram em Bauru (1984-1989) e em Santos (1989-1996), coordenadas por Roberto Tikanori, e em São Paulo (Projeto Qualis/PSF), coordenado por David Capistrano (LANCETTI, 2001). Cabe lembrar, as experiências de Belo Horizonte (MG) e Sobral (CE) na década de 1990. No caso de BH a implantação de uma política de saúde mental em 1993 visando a desinstitucionalização do cuidado por meio de uma rede de serviços substitutivos, representada, especialmente, pelos Centros de Referência à Saúde Mental (CERSAM), marcou o fechamento de 1.600 leitos psiquiátricos dos 2.100 existentes na época (OLIVEIRA, 2008). Em Sobral, a reorganização da política de saúde mental iniciou em 1997, com a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em seguida, na instituição precursora de um conjunto de serviços para o cuidado em saúde mental. A implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) aconteceu no ano 2000, após o fechamento do hospital psiquiátrico (Casa de Repouso Guararapes) decorrente da confirmação de denúncias de maus tratos e morte. Diante disso, a RAISM composta por: serviço residencial terapêutico, leito psiquiátrico em hospital geral, ambulatório de psiquiatria regional; saúde mental comunitária; equipes da Estratégia Saúde da Família e em, 2002, o CAPS álcool e drogas, passou a contribuir para a mudança da cultura assistencial na região, com vistas para a humanização e inclusão social (SÁ; BARROS; COSTA, 2007).

estimular o exercício do trabalho com a saúde mental, no qual “as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (BRASIL, 2003, p. 03).

A possibilidade de acompanhar as famílias de maneira longitudinal e continuada, além do estabelecimento do vínculo pela sua proximidade tornam a Atenção Básica instância privilegiada para os casos de saúde mental, em especial, os transtornos ou sofrimento mental comum²², que exigem um cuidado contínuo. Outra potencialidade diz respeito aos problemas relacionados ao uso de álcool, sobretudo, na detecção e intervenção breve. De maneira geral, “as manifestações mais comuns do sofrimento mental na AB fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização)” (BRASIL, 2013, p. 91).

Na intenção de apontar alguns arranjos organizacionais, ao mesmo tempo que dispositivos e práticas assistenciais, Campos Onocko e Gama (2010) elencam alguns elementos para auxiliar no avanço da articulação entre saúde mental e atenção básica tais como: acolhimento/avaliação de risco/análise da demanda; intervenções breves na crise; Projeto Terapêutico Singular (PTS); responsabilização do sujeito; uso racional de medicação; e práticas grupais. Dentre eles chamamos atenção para as intervenções breves na crise, especificadas pelos autores como a possibilidade do atendimento pela equipe de atenção básica e/ou apoiadores, seja no espaço da unidade, no domicílio ou por meio do atendimento a familiares. No entanto, salientam que o atendimento a esse tipo de necessidade exige uma organização de trabalho flexível, a qual possibilita uma certa mobilidade das agendas dos profissionais.

Tudo isso direciona para a produção de um cuidado em saúde mental consonante com um paradigma psicossocial. Amarante (2007) ressalta para nós que a transformação do paradigma asilar para o psicossocial atravessa quatro dimensões: a teórica-conceitual, a técnica-assistencial, a jurídico-político e a sociocultural. A teórica-conceitual exige uma mudança no conceito de ciência, o que implica em se libertar totalmente das referências das ciências naturais no conhecimento das experiências de sofrimento mental. Isso implica inclusive em mudar a forma de denominar a vivência desse sujeito que sofre, passando a falar

²² “[...] sofrimento mental comum é o resultado do impacto emocional na vida da pessoa, da sua condição social, do seu temperamento, da sua história de vida e da sua rede de apoio” (BRASIL, 2013, p. 93).]

de sujeitos em sofrimento psíquico ou mental, e não mais em portador de doença, transtorno ou desordem mental.

A forma de compreender a experiência do sofrimento mental já nos conduz para a inter-relação com a dimensão técnica-assistencial, cuja deve se pautar não na doença, mas na produção de subjetividade e nos espaços de sociabilidade que a possibilita. Conceitos que exigem necessariamente uma revisão para a dimensão jurídico-política, repleta de referências limitantes ao exercício da cidadania. Como exemplo, o autor cita o Benefício de Prestação Continuada (BPC) no âmbito das políticas sociais, que restringe o sujeito a exercer qualquer tipo de atividade profissional, consequentemente, limita sua inclusão social. Mas a construção da cidadania não depende apenas de leis exige um processo social complexo. Neste sentido, a dimensão sociocultural deve ser, ao mesmo tempo, estratégica e criativa na busca pelo envolvimento da sociedade na luta pela reforma psiquiátrica, garantida por meio da participação social (AMARANTE, 2007).

No campo da atenção psicossocial a discussão sobre a rede de cuidado em saúde mental vem ocorrendo desde 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental. Em 2011, por meio do Decreto 7.508, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, a atenção psicossocial aparece dentre as ações e serviços que devem compor as regiões de saúde (BRASIL, 2011a). Mas para ampliar o acesso à atenção psicossocial da população geral, em dezembro do mesmo ano, é lançada a portaria 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os componentes que compõem a RAPS estão: Atenção Básica de Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011b). A composição da RAPS chama a atenção para a complexidade da área da saúde mental, que vem ampliando e transcendendo cada vez mais para além do campo da saúde. No entanto, como lembra Costa-Rosa (2000), a mudança radical em relação ao modo asilar não implica somente nas variações dos dispositivos institucionais, mas, sobretudo, na superação quantitativa dos recursos asilares e na estruturação em uma lógica oposta à do hospital psiquiátrico.

O estudo de Severo e Dimenstein (2011) realizado em um ambulatório especializado em saúde mental, que buscou investigar a gestão na estratégia da atenção psicossocial mostrou o embate cotidiano entre os modos psicossocial e hospitalocêntrico, prevalecendo ainda em muitos momentos o saber médico-psiquiatra, uma gestão cronificada,

que continua a reproduzir as relações de tutela e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico, da mesma forma da não participação da família e da comunidade no cuidado em saúde mental.

Quando se desloca o olhar para a atenção primária, a pesquisa de Camuri e Dimenstein (2010) traz que, embora as equipes da ESF identifiquem as necessidades de cuidado em saúde mental, o seu trabalho repete a lógica do especialismo biomédico, fixado no modelo hospitalocêntrico. De maneira geral, as equipes encaminham para os serviços especializados, não articulam ou planejam uma estratégia de cuidado territorial, tendo como consequências principais a falta de vínculo e a responsabilização por esses usuários. Os trabalhadores apontam a ausência de capacitação para realizar essa atividade somada ao desconforto, impotência, indiferença e muitas dúvidas sobre o que fazer com essa demanda.

Gonçalves e Pedrosa (2009) apontam para a “necessidade de os enfermeiros refletirem, juntamente com toda a equipe, sobre o importante papel que podem desempenhar na promoção da desinstitucionalização do paciente psiquiátrico” (p. 350). Todavia, identificaram em uma amostra de 45 enfermeiros de Uberaba/MG, que a maioria relatou sentir-se despreparado para atuar na saúde mental (68,9%), mencionando os seguintes aspectos: falta de experiência e formação específica, insegurança, dificuldade na abordagem e orientação do paciente em sofrimento psíquico, falta de profissionais de apoio, falta de suporte nos serviços especializados, ausência de protocolos de atendimento em saúde mental, formação inadequada desde a graduação e pouco tempo na ESF.

A formação profissional durante a graduação, a falta de capacitação e de apoio por parte de outros profissionais também foram citados na pesquisa de Ribeiro et al. (2010), pela Enfermagem, como os aspectos que dificultam a realização do cuidado em saúde mental na ESF. Apesar disso, os profissionais relatam terem consciência de que é fundamental fazer um trabalho nessa área e que a transcrição de receitas médicas não deve ser a única prática a ser desenvolvida.

Torna-se preocupante essa ausência de práticas psicossociais que ultrapassem o âmbito do tratamento medicamentoso, sobretudo, pelos profissionais responsáveis pela equipe. Da mesma forma que Gonçalves e Pedrosa (2009), Mielke (2013), ao avaliar a gestão da atenção psicossocial na ESF, remete ao enfermeiro, enquanto coordenador, um papel fundamental na produção do cuidado em saúde mental:

O processo avaliativo desenvolvido neste estudo aponta que o coordenador da ESF é o responsável por conduzir o planejamento participativo do processo de trabalho da equipe da saúde da família, gerenciando esta equipe

e mediando a construção da organização do trabalho com vistas à produção de saúde, conforme os princípios e diretrizes da ESF e da atenção psicossocial (p. 116).

A maneira como a equipe apreende a atenção em saúde mental pode refletir na prática assistencial. Na pesquisa de Dalla Vecchia e Martins (2009a) em que abordaram os profissionais integrantes de uma equipe da ESF, a fim de analisar os sentidos pessoais e significações sociais das atividades de atenção em saúde mental, também emergiu a questão do despreparo, da ausência de capacitação, do suporte por parte de outros profissionais e de serviços especializados. Mas foi possível observar importantes iniciativas e esforços para evitar a internação psiquiátrica e a medicalização do sofrimento psíquico, visto que buscavam diversificar as estratégias assistenciais para além das consultas, oferecendo atividades em grupo e outras atividades comunitárias. Porém, ter consciência das dificuldades vivenciadas pela população foi fonte de sofrimento para os profissionais, sobretudo, os agentes comunitários de saúde.

Consoante a esses dados, Ribeiro, Caccia-Brava e Guanaes-Lorenzi (2013) também identificaram em seus estudos uma postura de envolvimento dos profissionais na atenção em saúde mental, especialmente, nos acompanhamentos realizados para os serviços especializados em situações de crises, a relação de vínculo e confiança que possibilita ofertar escuta e identificar o adoecimento e o reconhecimento de mudanças de comportamentos dos usuários, além do desenvolvimento de ações de prevenção e da importância da intersetorialidade e interdisciplinaridade. Todavia, esses recursos não são reconhecidos pela equipe que mencionam a sensação de paralisação diante das demandas na área.

Já no estudo de Veloso e Mello e Souza (2013) verificaram não haver um consenso na concepção dos profissionais em relação ao conceito de saúde mental. Enquanto alguns profissionais compreendem a saúde mental próxima de um padrão normativo delimitado por categorias estanques (normal x patológico; saúde x doença), uma outra parte da equipe tem uma visão mais ampliada, apontando a relação entre saúde mental e saúde física, bem como alguns “favorecedores” de saúde mental, como as dimensões espiritual, social e econômica. Esse processo de reflexão propiciou que esse último grupo de profissionais se questionasse quanto ao extremo valor atribuído a medicação em detrimento de outros aspectos e ações, como por exemplo, a inclusão da família nas práticas assistenciais.

O contexto apresentado demonstra que apesar da luta da reforma psiquiátrica ter quase três décadas pouco avançamos na sua inserção na APS. Os pontos sinalizados indicam para a necessidade de um apoio para auxiliar esses profissionais, que se encontram muitas

vezes inseguros, sem formação e até mesmo adoecidos pela proximidade cotidiana com essa população, estabelecer espaços de reflexão, trocas de experiência e formação teórico-técnica. Por outro lado, alguns estudos acenam alguns avanços, sinalizando as potencialidades do apoio matricial em oferecer suporte às equipes na APS, bem como as fragilidades que devem ser superadas no âmbito do processo de trabalho para que se realize (TÓFOLI; FORTES, 2007; CAMPOS ONOCKO et al., 2011; ANDRADE et al., 2012; QUINDERÉ et al., 2013).

O trabalho de Tófoli e Fortes (2007) refere-se a um relato da experiência na construção da rede em Saúde Mental no município de Sobral/CE. Os autores apontam as contribuições que o apoio matricial em saúde mental trouxe para as práticas assistenciais desenvolvidas pelas equipes da ESF. Dentre elas citam o acompanhamento dos usuários que receberam alta parcial ou total dos serviços especializados (CAPS), o acolhimento e atendimento de situações consideradas mais leves, sem a necessidade do matriciamento, passando este a discutir e acompanhar os casos mais graves, a realização de triagem para os serviços especializados (CAPS/CAPS ad), ação que refletiu diretamente na diminuição de encaminhamentos, isto é, a APS passou a acompanhar mais casos em saúde mental. Mas cabe fazer um adendo nesse relato, esses resultados fizeram parte de um processo (percorrido em um período de dez anos) planejado e acompanhado, que contou com a capacitação dos profissionais da ESF, o apoio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Núcleo de Saúde Integral.

O estudo avaliativo de Campos Onocko et al. (2011) sobre a saúde mental na APS em um grande centro brasileiro (Campinas/SP) fez uma comparação entre unidades básicas em regiões de alta vulnerabilidade. Os resultados permitiram constatar diferentes formas da realização do apoio matricial em saúde mental. Observou-se que no grupo de unidades onde se identificou uma melhor integração entre os ACS e as equipes de saúde mental, com visitas domiciliares conjuntas, acompanhamento no território, discussão de casos e pactuações de ofertas para a inserção dos usuários, o apoio matricial apresentou-se como potente para qualificar as equipes e promover uma atenção conjunta e compartilhada. Os dados ainda revelam que a organização do processo de trabalho na equipe também influencia para a potencialidade ou não do apoio matricial, como por exemplo, a organização dos espaços da reunião de equipe, configurada como um forte dispositivo para planejar a oferta dos cuidados em saúde mental na APS.

O desconhecimento por parte dos profissionais da ESF em relação a proposta de trabalho do apoio matricial a ser realizado pelo NASF intensifica a desarticulação/fragmentação do cuidado, assim como a realização de um trabalho isolado.

Esses foram alguns dos achados do estudo de Andrade et al. (2012) ocorrido no interior do Estado de Santa Catarina. As análises apontaram ainda a compreensão que os profissionais da ESF tinham em relação ao NASF, a de que se assemelhava ao modelo instituído nas UBS tradicionais, entendendo o NASF como equipe de referência em saúde mental e não como suporte.

Em cidades maiores, a dimensão geográfica influencia diretamente na acessibilidade ao atendimento em saúde mental, esse foi um dos resultados da pesquisa de Quinderé et al. (2013) realizada nas cidades de Sobral e Fortaleza, no Estado do Ceará. A fim de compreender como as ações de matriciamento em saúde mental realizadas pelos serviços especializados (CAPS) contribuem para a acessibilidade e resolubilidade dos casos, os autores constaram ainda que a articulação dessas equipes possibilita a detecção de casos negligenciados. Mas ressaltaram que as equipes da APS não se sentem aptas para intervir no manejo de casos em saúde mental, tornando necessária uma maior articulação entre esses níveis de atenção do sistema de saúde, a fim de que tal suporte contribua para a resolubilidade da assistência dos casos em saúde mental.

Assim, por meio da contextualização acima conseguimos vislumbrar alguns pontos a considerar na discussão da saúde mental na atenção primária desde o despreparo técnico das equipes, a prática assistencial pautada no tratamento medicamentoso e no encaminhamento, apontando para uma maior necessidade de apoio matricial na área. Também foi possível verificar alguns avanços com a presença do apoio matricial auxiliando na responsabilização pela APS por casos mais leves, o acompanhamento de casos mais graves em condição de alta dos serviços especializados, a realização de triagens na APS para os serviços secundários, o trabalho compartilhado e conjunto, em especial, entre ACS e equipe de saúde mental e uma maior acessibilidade ao cuidado. Mas é importante salientar para a necessidade de uma implantação adequada do apoio matricial para se atingir todo o seu potencial, sobretudo, o de exercer uma assistência integral e resolutiva em saúde mental na atenção primária. Desse modo:

Entende-se que o apoio matricial em saúde mental na APS pode reorganizar a rede de serviços, favorecer o acesso e viabilizar o trânsito dos trabalhadores em saúde mental, anteriormente “aprisionados” aos CAPS, em razão dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde (QUINDERÉ et al., 2013, p. 2161).

Assim, parte-se do pressuposto de que “não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado. [...] as redes se tornam uma

prerrogativa para seu funcionamento, sendo, portanto, inerentes ao trabalho voltado ao cuidado em saúde” (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014, p. 254). Não podemos perder de vista, como pontuam os autores, que o objetivo maior da articulação e do trabalho na rede é atender as necessidades do usuário a partir de todos os recursos disponíveis, evitando, portanto, os processos burocratizados, rígidos (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014) e o caminhar solitário do usuário, sem o acompanhamento efetivo de nenhum serviço (PAES et al., 2013). Esses autores colocam como condição essencial o trabalho dos profissionais que compõem os serviços da APS e dos que compõem as redes de atenção psicossocial.

É importante lembrar que “[...] o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática” (FEUERWERKER, 2005, p. 501). Desse modo, há que considerar que cada trabalhador, bem como cada usuário possuem ideias, valores e concepções sobre a saúde, o seu trabalho nessa área e de como este deveria ser realizado. Assim, as mudanças previstas para as práticas em saúde, necessariamente, estão inseridas em um contexto, no qual vários atores participam (FEUERWERKER, 2005).

Nesse sentido temos que partir do âmbito abstrato, representado pela legislação e políticas públicas já elaboradas, para aprofundar o nosso conhecimento no âmbito concreto, onde estão inseridos os atores que se encontram na ponta, na singularidade de todo esse processo de transformação das práticas em saúde. Assim, para tornar o processo de trabalho mais eficaz tanto para o usuário quanto para o próprio trabalhador da saúde, Jorge, Souza e Franco (2013) salientam para a necessidade de as equipes irem além das trocas de intervenção, devem construir identidades no sentido atribuído ao cuidado. Atingir o cuidado integral não depende apenas dos serviços de saúde que compõem a rede assistencial, mas, sobretudo, dos profissionais que atuam nesses serviços, das relações e vínculos que estabelecem entre si para produzir saúde.

A atuação de várias equipes na atenção primária exige irmos além da definição de uma equipe de referência (a da APS) para a coordenação do cuidado, cabe a essa na sua prática pautar-se na premissa da interdependência, bem como da construção de objetivos comuns, buscando superar o poder gerencial atrelado às chefias que se dividiam por corporações e/ou pelo saber disciplinar. Assim, nesse contexto uma das principais atribuições da coordenação (ou gerência) é fomentar a grupalidade da equipe para que na intersecção com o trabalho das equipes matriciais, de apoiadores e dos intersetores, produzam uma interação que foque na riqueza da troca de experiência e no aprendizado (BRASIL, 2009).

Por esta razão, trazer a atividade da coordenação do trabalho na equipe em interface com a rede para o centro das discussões. Compreende-se que o modelo assistencial e o processo de trabalho são aspectos interdependentes. Assim, ao abordar os desafios da APS junto às RAS na produção do cuidado dentro de uma perspectiva psicossocial, necessariamente, perpassa-se pela organização e coordenação no modo de trabalho da equipe.

4.5 A coordenação do trabalho em equipe na ESF

As mudanças nas concepções de saúde e doença foram acompanhadas pela construção de modelos de atenção e das formas de organização do processo de trabalho, âmbito em que se insere o trabalho em equipe. Desse modo, o surgimento do trabalho em equipe é marcado por três movimentos: a integração nas ações em saúde propostas pela Medicina Preventiva e Medicina Comunitária; as mudanças na concepção de saúde e doença; e a ampliação do objeto de intervenção na saúde (PEDUZZI, 2006).

A partir da integração proposta pela Medicina Preventiva agregaram-se os trabalhos especializados à prática médica, sem que essa perdesse a sua centralidade na prática em saúde, com o objetivo de se atingir a atenção integral e, ao mesmo tempo, racionalizar o custo-benefício do trabalho médico e ampliar o acesso da população (PEDUZZI, 2006). Assim, veremos que a integralidade da atenção e a racionalidade do trabalho médico são aspectos presentes nas raízes do trabalho em equipe na APS, os quais podemos aludir como “faces de uma mesma moeda”, pois se expressam nas práticas em saúde.

A constituição do trabalho em equipe só passou a ser priorizada no Brasil a partir da década de 1970 em decorrência da expansão dos serviços na atenção primária e na rede hospitalar privada (PEDUZZI; PALMA, 1996). A inserção de diferentes profissionais no processo de trabalho na saúde é hoje a configuração norteadora para a reorganização do trabalho em saúde com vistas para a operacionalização da atenção à saúde no SUS.

No entanto, no caso da APS, a inserção dos trabalhadores ocorreu em virtude da superação do modelo da Medicina Liberal, ocasionando que a totalidade das ações assistenciais em saúde deixassem de ser realizadas apenas pelo médico e passassem a operar sob a interdependência e a complementaridade das ações entre os vários trabalhos parcelares (PEDUZZI; PALMA, 1996).

Essa proposição para o trabalho em equipe foi reforçada com as discussões das políticas de saúde nos anos de 1990 voltando seus objetivos em torno da noção de integralidade do cuidado. No entanto, é preciso considerar a influência dos modelos de

produção no capitalismo (taylorista/fordista/toyotista) na área de saúde, sobretudo, nos contextos de excessiva especialização e fragmentação das práticas em saúde, características que diminuem a capacidade de se resolver os problemas e aumentam a alienação dos trabalhadores em relação ao resultado do seu trabalho. Além do mais, no Brasil há uma forte tradição no controle do processo de trabalho exercido pela função de gerência/coordenação (CAMPOS, 1997).

Por isso estabelecer que o trabalho ocorra em equipe não é suficiente para garantir sua concretização na prática dos serviços. O que nos sinalizará se o trabalho está ocorrendo em equipe, com vistas à integralidade do cuidado, é a articulação das ações e a interação de seus agentes, como nos indicou Peduzzi (2001) por meio dos conceitos de equipe integração, casos em que esses aspectos estão presentes, e equipe agrupamento, caso em que ocorre a mera justaposição dos trabalhos.

De maneira geral, apesar das distintas teorizações para a organização do trabalho em equipe, todas as discussões convergem para a realização de um trabalho em equipe privilegiando a participação e interação de todos os profissionais na construção do projeto assistencial, a fim de alcançar um cuidado em saúde integral e resolutivo. Diferentes terminologias são utilizadas para adjetivar o trabalho em equipe com variações de prefixo (multi, inter e trans) e sufixo (disciplinar ou profissional). As diferenças de tais termos podem significar mais do que os distintos graus ou níveis de integração.

Primeiramente, Minayo (2010) esclarece algumas confusões que esses termos podem gerar. O termo disciplinar diz respeito ao campo do saber (ciência), à construção do conhecimento/disciplina, teoria. Por outro lado, profissional remete ao campo da profissão, às áreas profissionais, ou seja, às práticas. “Uma confusão muito comum, na área acadêmica, é dizer que se realiza uma atividade interdisciplinar, quando na verdade o que colocamos em ação é a colaboração interprofissional para a solução de problemas [...]” (p. 436).

Convém lembrar que a ideia de disciplina derivou do paradigma mecanicista de ciência inaugurado por Descartes, como já apontado nesse trabalho anteriormente. Esse paradigma introduziu a concepção reducionista ao propor a fragmentação do objeto de estudo para o aprofundamento na produção do conhecimento. A partir disso se produziu as especialidades e especializações, ou mesmo as subdivisões de disciplinas, refletindo diretamente no campo das práticas sociais, isto é, nas profissões.

Atualmente, a área da saúde é composta por 14 profissões: biologia, biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, química, serviço social, terapia ocupacional e veterinária, sem citar as profissões

de nível técnico e médio. E ainda vale assinalar que essas áreas profissionais são demarcadas pela definição de conteúdo para a formação profissional e a divisão técnica na área da saúde, e que em suas inter-relações ocorrem conflitos por espaço de atuação (SPINK, 2003)²³.

Diante da fragmentação do conhecimento e, conseqüentemente, da prática, a proposta da interdisciplinaridade é discutida no sentido de se atingir a integralização, ou melhor dizendo, de se buscar a totalidade do conhecimento (MINAYO, 1994).

Dentro de uma perspectiva epistemológica, Japiassu (1976) aponta que para se atingir a interdisciplinaridade, ou melhor, a integração dos núcleos disciplinares, que no caso compõem uma equipe de saúde, deve-se passar por graus contínuos de cooperação e coordenação. Assim, no prefácio do livro de Hilton Japiassu, Gusdorf (1976, p. 26) já assinala para o fato de que “a exigência *interdisciplinar* impõe a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas” (grifos do autor). Nessa visão, a justaposição das disciplinas/saberes, com suas fronteiras bem delimitadas dá lugar a um outro posicionamento, o de se colocar em comum, ou seja, o de acolher e deixar ser acolhido pelas contribuições das outras disciplinas.

Mas quando buscamos compreender essa questão dentro de uma concepção dialética, a leitura volta-se para além da filosofia do sujeito, situa-se na filosofia da práxis²⁴, pois não podemos nos apartar das relações sociais em que ocorre a produção da existência humana. Isso quer dizer, que devemos entender essa questão à luz da historicidade (JANTSCH; BIANCHETTI, 1995).

Neste sentido, Frigotto (1995) analisa a interdisciplinaridade sob dois aspectos: como necessidade e como problema, os quais se encontram fundamentalmente no plano material histórico-cultural e no plano epistemológico. Considerando o caráter alienador da

²³ O conhecido ato médico trata-se de um exemplo recente que expressa conflitos para o trabalho em equipe. Proposto pelo PL 268/2002 para definir as atividades privativas da Medicina, gerou intensos debates e mobilizações das categorias profissionais da saúde por causa de algumas disposições que limitavam suas ações, quando priva somente aos médicos as ações de diagnóstico e a terapêutica em todas as ações na saúde, retrocedendo para uma relação de dependência com a Medicina. Totalmente inadequada e inoportuna pelo momento de avanços em várias áreas, dentre eles as experiências da ESF, sem falar no aspecto reforçador do modelo biomédico (VELLOSO, 2005). No entanto, esse projeto após um longo período de discussão decorreu na Lei 12.842 de 10 de julho de 2013, mas recebeu vários vetos, sobretudo, nas passagens que afetavam a autonomia de outras profissões.

²⁴ “A expressão práxis refere-se, em geral, a ação, a atividade, e, no sentido que lhe atribui Marx, a atividade livre, universal, criativa e auto criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e si mesmo, atividade específica ao homem, que o torna basicamente diferente de todos os outros seres. Nesse sentido, o homem pode ser considerado como o ser da práxis, entendida a expressão como conceito central do marxismo, e este como “filosofia” (ou melhor, “pensamento”) da “práxis” (BOTTOMORE, 2001, p. 292).

realidade social capitalista, a necessidade do trabalho interdisciplinar decorre da “própria forma de o homem produzir-se enquanto ser social e enquanto sujeito e objeto do conhecimento social” (p. 26). Devemos salientar o caráter dialético da realidade que se pretende conhecer, a qual é una e diversa. Do mesmo modo, que a natureza intersubjetiva de sua apreensão.

O caráter uno e diverso da realidade social nos impõe distinguir os limites reais dos sujeitos que investigam os limites do objeto investigado. Delimitar um objeto para a investigação não é fragmentá-lo, ou limitá-lo arbitrariamente. Ou seja, se o processo de conhecimento nos impõe a delimitação de determinado problema, isto não significa que tenhamos que abandonar as múltiplas determinações que o constituem. E, neste sentido, mesmo delimitado, um fato teima em não perder o tecido da totalidade de que faz parte indissociável (FRIGOTTO, 1995, p. 27).

O autor ainda ressalta que há de se considerar as limitações envolvidas no processo de produção do conhecimento social, especialmente por este não ser produzido de forma neutra, visto que as relações que pretende apreender não são neutras e, especialmente, porque a relação sujeito/objeto no processo de conhecimento teórico não é uma relação externa, pelo contrário, é uma relação em que o sujeito está implicado no objeto, fato que exclui qualquer possibilidade de neutralidade (PAULO NETTO, 2011). Nesse ponto situa o problema dessa questão, o da relação sujeito/objeto estar situada nas relações capitalistas de produção da existência.

Assim como Pires (1998), podemos perceber que as discussões empreendidas em torno da interdisciplinaridade tecem uma crítica direta “à organização social capitalista, à divisão social do trabalho e a busca da formação integral do gênero humano” (p. 177), visto que o seu problema esbarra na limitação do sujeito alienado que busca construir o conhecimento de uma realidade complexa e histórica.

Neste plano podemos identificar o obstáculo ou problema mais radical na produção do conhecimento histórico e do trabalho interdisciplinar na sua produção. A cisão que se produz e desenvolve no plano das relações de produção do homem social, enquanto uma totalidade concreta, explicita-se necessariamente no plano da consciência, das representações e concepções da realidade (FRIGOTTO, 1995, p. 35).

Esse problema implica não apenas em questões epistemológicas, mas, sobretudo, de ordem teórica-metodológica. Retomando o pensamento marxista, de que se busca conhecer a realidade com a finalidade de transformá-la, vimos que a condição alienada do sujeito já se impõe como um desafio, visto que o processo de produção do conhecimento perpassa

necessariamente por seu pensamento, ou seja, por sua consciência da realidade, que está fundamentada em um sistema teórico. Talvez esse desafio se torne maior, quando esse trabalho científico está inserido no campo interdisciplinar em que se coloca para o diálogo com análises que se formam a partir de outros sistemas teóricos, trazendo outras concepções de realidade. Diante disso, indagamos: como fazer isso sem cair em um perigoso ecletismo?

Frigotto (1995) nos responde que é possível dialogar criticamente, e ainda esclarece “[...] que a condição prévia para o trabalho interdisciplinar, tanto no nível da pesquisa como do trabalho pedagógico, é de que as concepções de realidade, conhecimento e os pressupostos e categorias de análise sejam criticamente explicitados” (p. 45). Para isso, aponta como caminho para a organização pedagógica:

[...] Os conhecimentos de maior universalidade são exatamente aqueles que têm maior nível de abstração. Isto significa dizer aqueles conhecimentos que em sua unidade engendram a diversidade. Apreendidas e sedimentadas, estas bases têm a virtualidade de nos permitir encaminhar criativamente a solução de múltiplos problemas. Não seria este o sentido de todo o esforço do trabalho interdisciplinar? [...] A superação desses desafios certamente implica a capacidade de atuar dentro da dialética do velho e do novo, ou seja, da crítica à forma fragmentária da produção da vida humana em todas as suas dimensões e, especificamente, na produção e socialização do conhecimento e na construção de novas relações sociais que rompam com a exclusão e alienação (FRIGOTTO, 1995, p. 47).

Quando pensamos na área da saúde, não temos qualquer dúvida de que para dar conta da sua complexidade é necessária uma abordagem interdisciplinar para sua formação. Embora a disciplinarização traga a fragmentação, Follari (1995) insiste na “necessidade do valor do disciplinar prévio como ingrediente necessário de uma interdisciplina rica em determinações. Manter viva a ideia de que a interdisciplina é etapa superior das disciplinas e não negação supostamente superadora delas” (p. 138).

O autor enfatiza ainda o valor disciplinar em dois momentos. No primeiro ele deve anteceder a formação interdisciplinar, para somente nos últimos anos da formação ocorrer a ligação entre eles na resolução de problemas concretos. Um outro momento referido pelo autor é quanto à definição dos papéis profissionais nos grupos de trabalho. Buscando afastar a equivocada ideia de que o interdisciplinar é o compartilhamento indiscriminado de papéis, em que todos fazem tudo ou cada um o papel do outro, que se pauta a relevância da definição prévia dos papéis de cada profissão. “Cada detentor de uma profissão deve restringir-se a trazê-la a debate e estar aberto para colocar-se em sintonia com outros saberes, mas não pode extinguir sua própria especificidade” (FOLLARI, 1995, p. 138).

Outra distorção comum é em relação a perda da identidade de cada profissional, ou seja, na diluição de suas especificidades. Essa questão foi identificada no estudo de Silva e Oliveira Filho (2013) sobre o trabalho em equipe em um Centro de Atenção Psicossocial. Em muitas falas da equipe surge a necessidade de uma melhor limitação entre as especialidades, de maneira especial, entre a Psicologia e a Psiquiatria, pois são especialidades que estão em constantes conflitos. Isso porque, de acordo com os relatos da equipe, a reforma psiquiátrica possibilitou uma diluição na hierarquia, abrindo um maior espaço para os profissionais.

Cabe destacar dois aspectos por meio do relato dessa pesquisa, o que na prática pode ser vivenciado como ruim porque gera conflitos a discussão das práticas disciplinares, contraditoriamente, por outro lado, pode representar uma tendência em superar as rígidas relações de poder entre as profissões e a medicina. Longe de idealizar o trabalho interdisciplinar como harmônico e sem conflitos, é preciso explicitar que tanto o campo da saúde mental como o da saúde geral transcende o limite disciplinar, legitimando a necessidade de se colocar em “sintonia”, ou seja, de se abrir, vislumbrar as possibilidades e potencialidades que as parcerias entre os distintos saberes e especificidades trazem para a compreensão das particularidades do sofrimento humano, condição primordial para a relação de cuidado.

Mas, convém lembrar que o trabalho interdisciplinar tem como condições a provisoriedade, a contingencialidade, que lhe confere momentos de confluências e não em aproximações definitivas, mesmo quando estamos tratando do trabalho na equipe de saúde (FOLLARI, 1995). Saupe et al. (2005) explicitam isso muito bem quando dizem que:

Nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar quando o realizo dentro da especificidade do meu coletivo de pensamento. Por outro lado, sobre determinadas circunstâncias, o trabalho interdisciplinar fica restrito no projeto comum de dois coletivos de pensamento e envolve, por exemplo, um médico e um enfermeiro. Às vezes o projeto demanda a participação cooperativa de todos os membros da equipe (p. 531).

Isso reforça o valor do disciplinar como condição primeira para a prática profissional dentro de uma abordagem interdisciplinar. No entanto, defendemos a integração entre o disciplinar e o interdisciplinar perpassando por toda a formação profissional de maneira contínua.

Nesse sentido, a fim de preparar os profissionais de saúde para o trabalho em equipe, bem como para a integralidade do cuidado, assentam-se as propostas de formação da

Educação Interprofissional (EIP). Como explica Batista (2012) a EIP consiste numa estratégia para a formação de profissionais, cuja implantação visa o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas, ou seja, momentos em que duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras, tendo em vista desenvolver habilidades para o trabalho em equipe. Desse modo:

A EIP se compromete com uma formação para o interprofissionalismo, no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Para isto, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais (BATISTA, 2012, p. 26).

Cabe salientar que esse tipo de formação é muito recente no nosso país, com experiências pontuais sobre a prática da EIP, como por exemplo, a do Campus da Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo e as experiências de programas como Pró-Saúde e PET-Saúde, ambos decorrentes de políticas que fomentam mudanças no ensino da saúde por meio de aprendizagens conjuntas (BATISTA, 2012). Diferente desse contexto, nos Estados Unidos e na Europa já se discute a EIP há mais tempo, tanto na graduação como na educação permanente. Faresjo (2006) define essa competência interprofissional como sendo uma “habilidade para cooperar com outros profissionais, conhecer e entender a importância, as funções e os papéis dos outros grupos profissionais nos serviços de saúde”²⁵ (p. 602). Com relação ao grau da cooperação para o trabalho interdisciplinar, as discussões e experiências mencionadas, em especial, sobre a educação interprofissional, apresentam-na como uma estratégia promissora para contribuir na consolidação da integralidade do cuidado em saúde.

Estudos sobre o trabalho interdisciplinar nas equipes na Saúde da Família apontam um avanço nas discussões, em especial, no reconhecimento da atividade do outro, bem como a possibilidade para uma prática mais comunicativa e cooperativa (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013; VIEGAS; PENNA, 2013). Por outro lado, as equipes apresentam dificuldade de materializar em ações as práticas interdisciplinares, ou seja, no cotidiano de trabalho a interdisciplinaridade encontra-se mais próxima do plano do desejo do que da prática, além das fragilidades na construção conjunta de projetos de intervenção

²⁵ Trecho traduzido de: “[...] ability to cooperate with other professions, and know and understand the importance, functions and roles of other healthcare professional groups” (FARESJO, 2006, 602).

(COSTA, 2007; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2010; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Poderíamos questionar por que da dificuldade dos profissionais em materializar as ações interdisciplinares na prática? Arriscaria dizer que esse problema se relaciona ao processo de significação/apropriação desse conceito pelos próprios profissionais, o qual ainda é muito confuso e pouco refletido nos processos de formação profissional, seja nos ambientes educacionais ou nas instituições de trabalho.

Na análise de Pereira, Rivera e Artmann (2013), com base na perspectiva da tipologia agrupamento/integração proposta por Peduzzi (2001), os autores constaram que a equipe investigada apresentava “características mais próximas da equipe interação, em que há articulações das ações e na qual a comunicação é entendida e utilizada como um meio de integração social” (p. 337). Os aspectos observados da integração dessa equipe foram: liderança rotativa (liderança se desloca a depender da situação), reconhecimento do trabalho do outro (complementaridade e interdependência) e das ligações existentes entre os trabalhos (articulação entre ações), o “fazer-junto” (a execução de um trabalho em comum por mais de um profissional), troca de informações, colaboração e cooperação entre os profissionais e papéis e responsabilidades individuais definidos e entendidos, os quais conduziram para a construção coletiva de projeto assistencial.

O projeto assistencial comum norteando o trabalho em equipe também é citado por Viegas e Penna (2013) como uma ação interdisciplinar. Embora seja dada importância ao trabalho em equipe e à interdependência/complementariedade das ações dos profissionais para o desenvolvimento de um projeto assistencial integral e resolutivo, esse trabalho ainda é marcado pela forte relação de hierarquia e subordinação. Especialmente, em relação ao trabalho entre a Medicina e a Enfermagem, verificada nessa pesquisa por meio do desencontro e desarticulação entre as ações desses dois profissionais. Essa situação reflete a subordinação do enfermeiro à ação do médico, expressão da desigual valorização social entre os trabalhadores.

Romper com essas naturalizações quanto às desiguais valorizações sociais das práticas profissionais consiste em um dos maiores desafios dentro do debate sobre o trabalho em equipe, sobretudo, porque estamos inseridos em um contexto social em que tais práticas vêm sendo reproduzidas no sentido de legitimar o poder médico na área da saúde.

Na pesquisa de Scherer, Pires e Jean (2013), a qual focou nas práticas profissionais, a fim de identificar os elementos facilitadores e dificultadores da prática interdisciplinar, os participantes (residentes multiprofissionais na Saúde da Família e

supervisores) apontaram para a facilidade em compartilhar seus conhecimentos por meio do planejamento, do atendimento conjunto e/ou específicos. No entanto, há uma contradição na medida em que “sugeriram a existência de consenso no plano dos valores e das normas antecipadoras do trabalho, mas no momento de agir existe a dificuldade de efetivar a cooperação e o trabalho integrado” (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013, p. 3207), ou seja, embora seja consensual as práticas norteadoras para o trabalho, existe o reconhecimento de um descompasso entre o conhecimento e a ação.

Pelo visto essa dificuldade torna-se maior, sobretudo, para os profissionais que não tiveram a oportunidade em suas formações disciplinares de trabalhar com outras profissões, caso explicitado no estudo de Moretti-Pires e Campos (2010), em que:

Com base no conhecimento aprendido/treinado na universidade e com a estruturação do processo de trabalho de fato no PSF, o odontólogo permanece imerso na perspectiva odontológica da assistência à saúde, sem articulação com as demais áreas; o enfermeiro, como centralizador dos aspectos práticos e administrativos da equipe de saúde; e o médico adotando a postura de centro do processo de trabalho, em que os demais profissionais suplementam suas atividades (p. 386).

No que diz respeito a essa questão, Ellery, Pontes e Loiola (2013) tocam-na quando atentam para a necessidade da lógica da interprofissionalidade ocupar o espaço dessa lógica da profissionalização, visto que se esta se mantém corre-se o risco de acontecer uma disputa pelo usuário ao invés da convivência entre os profissionais e a otimização de seus aportes teóricos para atender as necessidades em saúde.

Convém salientar que a efetivação de tais práticas no cotidiano de trabalho não depende apenas dos aspectos formativos e subjetivos dos profissionais envolvidos, referido como competência profissional, consciência, desejo, engajamento ou compromisso dos profissionais, mas se relaciona também ao plano político-institucional dos serviços de saúde, bem como aos aspectos organizacionais e de gestão em que tais atividades são desenvolvidas (COSTA, 2007; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Nesse sentido, Kell e Shimizu (2010) verificaram o alto grau de normatividade exercido pela gestão, no caso a Secretaria Municipal de Saúde, para o trabalho das equipes na Saúde da Família, impondo-se como a única responsável por organizar as ações que deveriam ser executadas, fator que contribui para a realização de um trabalho parcelar e limita a construção de um projeto assistencial local. Franco (1999) havia alertado para essa questão em sua reflexão sobre as mudanças advindas desse modelo. Nesse trabalho

o autor chamara a atenção para o grau de normatividade presente na implementação do modelo Saúde da Família, o que reflete a concepção da centralidade das políticas de saúde.

Como podemos observar não é tão simples como possa parecer o exercício da interdisciplinaridade no trabalho em saúde. Reconhecer ou até mesmo reproduzir no discurso a sua necessidade não significa, como vimos pelos estudos, em transformações diretas nas práticas profissionais. Superar a condição cindida e alienada posta por nossa forma de produzir a vida e a qual reflete diretamente na formação e gestão do trabalho implica em construir algo novo, ou melhor, pensar em algo novo.

A fim de exemplificar, Gelbecke, Matos e Sallum (2012) comparam esse trabalho às figuras do caleidoscópio e do mosaico. Segundo as autoras a relação ocorre porque em ambos há a conjugação de suas partes (fragmentos/disciplinas) para formar algo novo (uma imagem/um novo fazer saúde).

Embora se reconheça a necessidade de “conjuguar” os distintos conhecimentos/disciplinas para organizar o trabalho em saúde de maneira interdisciplinar, poucos abordam ou atribuem a quem dentro da equipe compete a responsabilidade por essa atividade. Merhy (1999) traz em sua proposta a função de um “gestor do cuidado”, membro da equipe de referência do usuário, o qual é responsável pela operacionalização do projeto terapêutico. Sua função é a de:

[...] um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização. Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações intercessoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico (MERHY, 1999, p. 07-08).

Sob tais considerações pautamos a necessidade de ter alguém dentro das equipes que tenha suas atividades direcionadas para esse movimento de se fazer pensar, de se tentar articular o que está separado. Sabemos que qualquer profissional pode assumir a função de gestor do cuidado ou ser o profissional de referência para o caso, e assim deve ser mantido. Não pretendemos com essa discussão recair na centralização da produção do cuidado. A atividade de coordenação a ser discutida aproxima-se muito mais a do agente institucional,

como denomina o autor acima, que por sua vez, possui uma relação direta com a do gestor do cuidado, bem como transcende o aspecto burocrático e administrativo dos serviços.

Tendo em vista aprofundar nos meandros das atividades de coordenação no trabalho em equipe, alguns estudiosos remetem a essa questão ao tratarem sobre a gerência para o trabalho em equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CARVALHO et al., 2014; CASTANHEIRA, 1996; PEDUZZI et al., 2011;). No estudo de Peduzzi et al. (2011), os autores analisaram a gerência como instrumento para a promoção da prática interprofissional nas equipes de saúde. Tal pesquisa evidencia a compreensão dos gerentes em relação ao trabalho em equipe dentro de uma perspectiva comunicativa e discute um conjunto de instrumentos que compõem essa prática, tais como:

[...] construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais, estimular os vínculos profissional-usuário e usuário-serviço, estimular a autonomia das equipes, em particular à construção de seus próprios projetos de trabalho, e promover o envolvimento e o compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional. Esta prática remete à gestão comunicativa e cogestão (PEDUZZI et al., 2011, p. 643).

Outra proposta de estudo recente dentro da temática da coordenação é a pesquisa de Manoel (2012), que buscou compreender o processo de coordenação de equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a perspectiva dos profissionais que desempenham essa atividade, tendo em vista identificar os impactos de suas ações para a constituição de um trabalho em equipe. Esse trabalho pautou-se em pressupostos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural, utilizando da categoria do processo grupal para compreender o papel da coordenação no desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar. As análises levantadas por esse estudo permitiram considerar que o coordenador de equipe exerce a função de mediação em dois sentidos: nas relações (da) e entre a equipe e da equipe com a gestão, sendo específico do seu papel apenas o segundo sentido, já que qualquer profissional da equipe pode fazer a mediação intragrupal e intergrupala, isto é, a mediação na equipe e entre equipes, a fim de contribuir para a apropriação dos membros da equipe sobre seu trabalho (MANOEL, 2012).

Assim, no que se refere à forma de coordenar ou de gerenciar as equipes, as críticas voltam-se para a significativa presença do modelo taylorista/fordista do modo de produção capitalista expressos no campo da saúde (PEDUZZI et al., 2011; MANOEL, 2012).

A transposição das teorias administrativas científicas nos serviços de saúde ocorre, especialmente, na forma de gerenciar o processo de trabalho, tendo em vista a sua

finalidade. Como explica Castanheira (1996) num primeiro momento, a gerência em saúde “como atividade de ‘organização e controle’ dos processos técnicos de trabalho, que tem como objetivo garantir a execução de uma determinada finalidade posta para estes processos” (p. 223).

Nesse contexto, a Enfermagem, enquanto área que assumiu ao longo da sua história a função administrativa e gerencial nos serviços de saúde, tem sido a mais afetada por esse tipo de formação (MATOS; PIRES, 2006). A lógica tradicional da gerência taylorista, como descreve Campos (1998), é caracterizada pelo “poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica, etc.) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horários, relatórios, etc.)...” (p. 865).

Embora essa discussão venha ocupando mais diretamente os serviços hospitalares (CAMPOS, 1998; CECÍLIO, 1999), podemos deslocá-la para o trabalho na APS. A gerência no campo da saúde seguiu o mesmo princípio geral para essa atividade na sociedade, sua origem data do momento da institucionalização do trabalho coletivo (divisão “vertical” e “horizontal”), demandando com o parcelamento das ações a necessidade de uma coordenação (CASTANHEIRA, 1996).

A pesquisa de Manoel (2012) corrobora tal constatação. O coordenar é apropriado pelos profissionais na ESF como controlar, especialmente, os aspectos administrativos que compõem o processo de trabalho, nas quais as propostas de mudanças ocorrem de modo normativo e verticalizado em detrimento da participação e criatividade, aspectos potenciais do trabalho em equipe.

No entanto, em relação à coordenação de equipe na atenção primária verifica-se que essa dimensão de atividade, que influencia sobremaneira na constituição e desenvolvimento de um trabalho em equipe, não tem sido apontada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006a; 2012a) e nem priorizada nos processos formativos no contexto de trabalho (MANOEL, 2012). A PNAB de 2006 apenas especifica a atividade de coordenação para a equipe de enfermagem (técnicas e auxiliares) e dos Agentes Comunitários de Saúde, e não de toda a equipe (BRASIL, 2006a). Em relação a PNAB divulgada posteriormente, a atividade de coordenação não é citada de maneira explícita, mas superficial e indiretamente remete parte dessa atividade nas atribuições do enfermeiro no tópico: “contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe” (BRASIL, 2012a, p. 46). Dalla Vecchia (2012) relaciona essa não especificação da coordenação de equipe como influência do próprio modo de produção

capitalista, já que nas equipes da ESF essa atividade, descrita na PNAB como gerenciamento de insumos, é atribuída a todos os profissionais de ensino superior.

Mas, formal ou mesmo informalmente, é a Enfermagem que assume tal atividade. Na análise de Melo e Machado (2013), comparando os profissionais de ensino superior que compõe a equipe mínima da ESF, a Enfermagem é a que possui maior identificação com a atividade de coordenação, mesmo reconhecendo a formação acadêmica como insuficiente para tal prática. Nesse sentido, há uma certa naturalização do papel da Enfermagem nessa prática (MANOEL, 2012). Sem aprofundar essa questão, é inquestionável que a ESF tem proporcionado um crescente campo de atuação para o enfermeiro. No entanto, o papel exercido por tal profissional carece de mais reflexões, tendo em vista que não está bem estruturado e definido (LIMA et al., 2015).

Assim, devemos considerar que a representação da realidade apropriada pelos profissionais de saúde caracteriza um aspecto indispensável para pensar a atividade da equipe e de coordenação, pois como destaca Lane (1984/2004a) os papéis sociais surgem tanto na interação com as determinações estruturais do sistema quanto no nível subjetivo representado ideologicamente. Assim, a coordenação, na grande maioria das vezes, reveste-se da figura “do líder”, o qual “pode no nível das determinações concretas, exercer uma ação de dominação e ser vivido no nível das representações ideológicas como mero ‘coordenador’, que só quer o bem do grupo e preservar a liberdade de todos” (p. 86).

A equipe envolve sempre a realidade estrutural e a subjetiva; representando a totalidade social. E enquanto tal expressa as múltiplas determinações e as contradições presentes no modo de produção capitalista.

Alguns desdobramentos dessa relação são as contradições entre: individual/social; competição/interdependência; ter/não ter recursos (materiais, culturais e/ou pessoais) para submeter o outro aos seus interesses (exploração); dependência/independência (MARTINS, 2003, p. 203).

Assim, a coordenação de equipe na atenção primária apresenta-se como uma atividade importante no processo de resignificação da organização do trabalho em equipe na saúde, tendo em vista, especialmente, o seu papel na coordenação do cuidado junto a rede assistencial de saúde. O resignificar na perspectiva de buscar reconstruir a representação fragmentada e a apropriação naturalizada dessa forma operacional do modo de trabalho na produção capitalista, ideologicamente, difundida como trabalho em grupo/equipe (MANOEL, 2012).

Na revisão integrativa realizada por Lima et al. (2015), os autores verificaram que a coordenação exercida pelo enfermeiro “nem sempre se encontra afinada com o diagnóstico dos problemas de saúde da população assistida pela ESF, estando mais voltada para os interesses políticos e as demandas pontuais da SMS, que interfere, inclusive, na escolha do profissional para o cargo” (p. 02).

Nesse exemplo é possível reconhecer, com base em Lane (1984/2004a), que a atividade de coordenação pode assumir distintas representações, reafirmando para nós a contradição entre a representação esperada para o papel de coordenação, que é o de mediar ações dirigidas para atender os problemas/necessidades da população assistida, ou quando no plano das determinações concretas se direciona para atender os interesses políticos da gestão municipal. Isso quer dizer que sua atividade pode apresentar um potencial para reforçar tendências de transformação da realidade ou simplesmente atuar para a manutenção das condições estabelecidas.

Na investigação de Carvalho et al. (2014), que buscou identificar o uso de instrumentos gerenciais na atenção básica e analisar diferenças destes aspectos em municípios de diferentes portes populacionais, as autoras encontraram diferenças entre os municípios de pequeno, médio e grande porte em relação aos aspectos da organização e da gestão do processo de trabalho. Identificaram nos municípios de pequeno porte que os instrumentos gerenciais foram utilizados em menor proporção, seja pela pouca experiência gerencial das profissionais ou mesmo pela não institucionalização dessas ferramentas de trabalho nos municípios, o que sinaliza a fragilidade para a articulação e coordenação das redes de atenção.

Uma proposta que se apresenta como ferramenta para o apoio gerencial é o Grupo Balint-Paideia, o qual se insere no método Paideia, a fim de contribuir para a qualificação da gestão da Clínica Ampliada no SUS. Conforme explicam Campos et al. (2014, p. 986), o método Paideia ou método da roda:

[...] parte da constatação da diferença constitutiva e essencial entre os distintos atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários), tanto do ponto de vista de papel social quanto de poder. Não há paridade mesmo quando se constitui espaços coletivos com vistas ao diálogo. Mas pretende-se estabelecer contratos entre os envolvidos, de modo a permitir que a abordagem das questões relativas à clínica e à gestão possa ser construída desde os diferentes saberes e interesses.

Cunha e Santos (2010) explicam que o Grupo Balint-Paideia é uma adaptação da proposta de Balint,²⁶ tendo em vista os desafios gerenciais atuais do SUS, o qual caracteriza em um método grupal, que prevê uma abertura para a discussão tanto de casos gerenciais quanto questões de saúde coletiva e da dinâmica da equipe.

O “grupo BALINT – PAIDEIA” é ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele. Trata-se de um grupo para discussões de casos clínicos gerenciais formado por médicos e enfermeiros das equipes de Atenção Básica. A proposta é que durante estes encontros os profissionais possam apresentar seus casos, lidar com a subjetividade envolvida, trocar ideias com a mediação do gestor/apoiador e se debruçar sobre ofertas teóricas, sempre buscando criar uma grupalidade solidária e aumentar a capacidade de análise e intervenção (CUNHA; SANTOS, 2010, p. 145-146).

Essa adaptação da técnica grupal de Balint busca evidenciar e trabalhar os aspectos subjetivos envolvidos nas relações interpessoais mediante as complexidades dos casos clínicos, muito semelhante a proposta original do autor. Com isso parece configurar muito mais em um apoio aos profissionais que, possivelmente, são os “gestores dos casos” ou “profissionais de referência no caso” a tomar consciência desses aspectos e a partir disso lidar melhor nas relações de cuidado. A limitação da técnica a duas categorias profissionais, médico e enfermeiro, levanta algumas dúvidas quanto à não expansão desse movimento para os restantes da equipe. Convém resgatar que essa técnica nasceu no ambiente hospitalar em que as discussões ocorriam somente entre médicos, talvez pudéssemos pensar na sua potencialidade para a construção de um trabalho em equipe na APS, ao invés de reforçar qualquer tipo de corporativismo ou mesmo fomentar uma valorização desigual da equipe quando se elege algumas categorias profissionais em detrimento de outras.

Todavia, cabe destacar que o grupo Balint-Paideia configura em um dos dispositivos do método da roda, o qual configura em um modelo de gestão que visa repensar os modos de organização do trabalho na saúde a partir da crítica à racionalidade gerencial hegemônica, inaugurada pelo modo operacional taylorista. Segundo Campos (2005) esse método configura em uma proposta anti-Taylor, a qual busca estabelecer relações mais democráticas, participativas e produzir liberdade e compromisso no trabalho por meio da

²⁶ Michael Balint, psicanalista inglês, autor do livro *“O médico, seu paciente e a doença”*, foi pioneiro ao promover a discussão em grupo entre médicos clínicos e cirurgiões acerca da relação médico-paciente. Com o papel de supervisor, Balint estimulava os profissionais a examinarem suas próprias emoções e o sentido das reações e atitudes que se desenvolviam durante o processo terapêutico (BALINT, 2007).

instituição de uma Gestão Colegiada centrada em Equipes de Saúde, contrapondo-se assim às relações de controle e dominação exercidas pela tradição gerencial taylorista. Desse modo, tal método é definido como um modelo de cogestão, pois considera o compartilhamento do poder na construção de diretrizes, metas e planejamento das ações, assim como o reordenamento das relações entre os diversos espaços coletivos que devem compor a gestão em saúde.

O Método da Roda se propõe a trabalhar objetivando a constituição de Coletivos Organizados, o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição (CAMPOS, 2005, p. 36).

A ideia central da cogestão é desconstruir a centralização e o exercício do poder de forma isolada, uma vez que busca trilhar um caminho em direção à democratização e à progressiva desalienação dos trabalhadores (CAMPOS, 2005). Nesse contexto, nos interessa destacar o papel da coordenação desses espaços coletivos, ou seja, as equipes de saúde, que nas palavras do autor é concebida:

Mais um maestro do que um general. Mais um coordenador do que um ordenador. Algo entre um analista e um líder. Alguém que lograsse sintetizar um desempenho racional-legal e carismático. A capacidade de exercer certo grau de aglutinação e de coesão. O papel do dirigente: um misto de racionalidade e capacidade de liderança. Isso porque se considera inevitável a instalação de uma dialética de “transferências” entre equipe e seus dirigentes (CAMPOS, 2005, p. 163).

Embora, a prioridade dada a esse modelo de gestão seja a construção coletiva por meio de uma gestão colegiada, a responsabilidade dos dirigentes (ou coordenadores) continua grande, ao passo que sua principal função é a de fazer cumprir as deliberações discutidas e pactuadas nos espaços coletivos, bem como “estimular discussões e reconstruções sobre o modo concreto de operar de cada equipe, tendo em vista tanto o resultado quanto dos meios empregados para produzi-lo” (CAMPOS, 2005, p. 168).

Fundamentada por esse modelo de gestão, a pesquisa de Pimenta (2012) analisa o processo de construção de espaços coletivos de gestão no município de Amparo/SP no período de 2001 a 2006. Nesse estudo a autora aponta o deslocamento de poder para os atores envolvidos no sistema e organizados em espaços colegiados (Colegiado Central da Secretaria Municipal de Saúde e Colegiado de coordenadores das Unidades de Saúde da Família) como o grande potencial para a produção de mudanças nos sistemas municipais de saúde, tendo em vista o rompimento de modelos de gestão clientelistas e a instituição de modelos assistenciais

usuários-centrados. Mas, a autora identifica a falta de ferramentas de gestão nas equipes e nos colegiados para melhor lidar com os conflitos emergidos nesses espaços coletivos.

Há que se reconhecer que a gerência de uma unidade básica de saúde é um lugar de muito conflito, onde se expressam os interesses dos trabalhadores da unidade, dos usuários e da gestão municipal. As coordenadoras em muitas situações defendem as propostas pactuadas no colegiado e, em muitas outras, comprometem-se com o autogoverno de suas equipes (PIMENTA, 2012, p. 44).

Todavia, a autora reconhece a diversidade na forma de coordenação das equipes, “Alguns coordenadores conseguem estabelecer contratualizações com as equipes no sentido de trabalhar de fato em equipe e para atender necessidades de saúde da população. Outros continuam ainda presos a processos de trabalho centrado em procedimento” (PIMENTA, 2012, p. 44). Assim, a construção da grupalidade da equipe nesse contexto constituiu em uma das diretrizes definidas no Colegiado desde 2001, tendo em vista a análise dos problemas da equipe e, sobretudo, a constituição dos trabalhadores enquanto sujeitos do processo de mudança (PIMENTA, 2012).

Desse modo, as coordenações dos espaços coletivos, como exemplo as das unidades de saúde da família, tornam-se tão importantes não só garantir a participação dos trabalhadores na gestão, mas, essencialmente, para as mediações relacionais, considerando o contexto de conflitos e, sobretudo, para direcionalidade do trabalho. Diante disso, os estudos sobre grupos servem como alternativas nesse caminho rumo a análise da própria equipe e na construção de sua grupalidade.

Ainda na perspectiva do método grupal para análise e apoio do trabalho em equipe encontra-se o estudo de Fortuna et al. (2005), que trabalham com o enfoque de grupo operativo de Pichón-Rivière, para análise dos processos grupais na equipe. Como a proposta anterior, atribuem esse papel de análise a um supervisor, ou seja, a alguém de fora da equipe, que seja “capaz de auxiliá-la a conversar, e ir, por si mesma, encontrando suas respostas num movimento que nunca termina, e acrescenta, infindavelmente, tanto para as pessoas individualmente como para a própria equipe” (p. 268).

Como se pode verificar a metodologia grupal apresenta-se enquanto um potencial para auxiliar na análise do trabalho em equipe. Com base em uma leitura materialista-dialética, Dalla Vecchia (2011) estudou o trabalho em equipe na APS, lançando mão do processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. O autor

ressalta as possibilidades de uso do processo grupal tanto na gestão do trabalho em equipe como na formação dos trabalhadores e participação social, explicitando sua utilização:

(a) para ratificar a importância da equipe de saúde manter-se permeável às necessidades sociais em saúde da população que atende e dos próprios trabalhadores; (b) para instituir práticas sociais coerentes com a perspectiva de politização da saúde; (c) para sustentar o engendramento mútuo entre macropolítica e micropolítica do trabalho em saúde; (d) para não perder de vista os elos de mediação entre trabalho e sociabilidade no trabalho em equipe; (e) para avançar na afirmação da coerência necessária entre os planos da gestão e da clínica no cotidiano do processo de trabalho em saúde; e, por último, mas não menos importante, (f) para avançar na proposição de espaços coletivos para a gestão conjunta e participativa do processo de trabalho da equipe de saúde, inclusive na APS (DALLA VECCHIA, 2011, p. 207).

Assim, conseguimos compreender a pertinência de tal discussão, sobretudo, por guardar tantas potencialidades para a consolidação do nosso sistema de saúde. Além da constatação que as práticas em saúde estão atravessadas pelas concepções de saúde e doença, pelos modelos de atenção, pela gestão e organização do processo de trabalho, pela formação profissional, tudo isso dentro de uma totalidade maior (a sociedade e sua forma de produção e reprodução da vida). Tais aspectos “tomam corpo” se explicitando nas ações dos trabalhadores de saúde, localizada na ponta do sistema, e, conseqüentemente, se materializando na produção do cuidado.

Por fim, uma vez definido, justificado e contextualizado teoricamente a totalidade que abrange a realidade dessa pesquisa - a atividade de coordenação na equipe da ESF – partimos agora à tarefa de conhecer esse objeto, avançando para a explicitação da questão do método.

5 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, orientada pelos pressupostos metodológicos do Materialismo Histórico e Dialético (MDH), base da Psicologia Histórico-Cultural. O que significar dizer que as nossas análises aqui apreendidas em relação à realidade abordada por essa pesquisa fundamentaram-se nesses referenciais teórico-metodológicos.

Considerando a intrínseca relação entre o método e a visão de homem e mundo, o que implica em compreender o método da pesquisa para além da apresentação dos instrumentos utilizados nesse processo de investigação. Sem desconsiderar é claro essa etapa no caminho metodológico do estudo, mas tratar sobre a questão do método envolve explicitar, primeiramente, qual é a nossa visão da realidade e de que forma aspiramos conhecê-la e interpretá-la.

Construído por Karl Marx (1818-1883) e Engels (1820-1895), o Materialismo Histórico Dialético, compreende a realidade a partir da materialidade histórica dentro de uma lógica dialética, na qual estão articuladas três categorias nucleares: a totalidade, a contradição e a mediação. Na concepção marxista a totalidade não é estabelecida pela mera soma de suas partes, essas são entendidas dentro de uma complexa estruturação e que é determinada historicamente, as quais possuem uma interna relação entre si e com o todo. Sendo assim, a totalidade pode ser concebida em diferentes dimensões, de maior ou menor abrangência (“totalidades parciais”). Desse modo, o pensamento dialético ocorre por meio do movimento em se identificar, gradualmente, nessas inter-relações as contradições (conexões e conflitos) e as mediações específicas que formam cada totalidade (KONDER, 1981/1998).

Assim, como descreveu Paulo Netto (2011, p. 53) “O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (*perspectiva*) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações” (grifos do autor). Ou seja, cabe ao pesquisador a tarefa de apreender esse movimento real do objeto no plano do pensamento.

[...] O conhecimento da realidade histórica é um processo de apropriação teórica – isto é, de crítica, interpretação e avaliação de fatos – processo em que a *atividade* do homem, do cientista é condição necessária ao conhecimento *objetivo* dos fatos. Esta atividade que revela o conteúdo objetivo e o significado dos fatos é o método científico (KOSIK, 1976, p. 45 – grifos do autor).

Embora a construção do conhecimento inicia pelo nível da aparência da realidade, do imediato, o papel do conhecimento científico é apreender a sua essência, ou seja, a estrutura e a dinâmica do objeto (PAULO NETTO, 2011). Partindo do pressuposto que o trabalho ocupa um papel central no processo de constituição do homem, visto que a fim de atender uma necessidade, o homem atua sobre a natureza e a transforma por meio da atividade-trabalho, criando assim novas condições de existência. Mas como se trata de um processo dialético, ambos, natureza e homem, saem transformados dessa relação, sendo que a natureza que influi externamente sobre o homem constitui as condições históricas e a produção dos meios de subsistência, por meio da relação com a natureza e com os outros indivíduos, a sua vida material (BERNARDES, 2010).

Como explica Oliveira (2005) é fundamental para entender a condição humana enquanto um produto histórico-social e não uma essência biológica. Dessa forma, o homem “é uma síntese complexa em que a universalidade se concretiza histórica e socialmente através da atividade humana que é uma atividade social – o trabalho – nas diversas singularidades, formando aquela essência” (p. 26) ²⁷. Para esta autora essa complexa relação, em que o universal se concretiza no singular por meio das diversas determinações expressas pelas relações sociais, ou seja, o particular, devemos considerar nesse processo: o indivíduo (o singular), a sociedade (o particular) e o gênero humano (o universal). Compreender a dialética dessa relação, a qual representa a dinamicidade da realidade como um todo, permite apreender suas leis objetivas, as quais devem ser transformadas em leis do pensamento. No entanto, atenta que:

[...] essa relação não se refere sempre a um determinado movimento processual da realidade. É preciso identificar e caracterizar, na própria realidade, as condições histórico-sociais que determinam seu modo de ser e suas transformações histórico-sociais para formular determinada lei e respectiva categoria que represente a singularidade, a particularidade e a universalidade de determinado processo (OLIVEIRA, 2005, p. 40).

Portanto, devemos considerar a especificidade e o contexto do fenômeno/realidade que se pretende conhecer para em seguida buscar captar o movimento dialético da relação singular, particular e universal. Com destaque especial para a análise da

²⁷ Convém esclarecer que a relação entre universal e singular se refere à relação entre o todo e as partes. “O singular é parte de um todo. Esse todo, o universal, se cria e se realiza na interação das partes singulares. Essas partes não existem por si mesmas: elas se relacionam entre si e com o todo. Na dialética materialista, o enfoque sobre a relação entre o todo e suas partes demanda necessariamente a captação dos vínculos internos entre ambos, o que significa reconhecer que não só o todo contém as partes, mas, igualmente, a parte (singular) contém algo do todo” (PASQUALINI; MARTINS, 2015, p. 365).

particularidade, visto que a identificação das mediações que determinam e constituem o fenômeno permite compreender como o universal se materializa no singular, tornando possível a aproximação do pensamento à realidade concreta, ou seja, a transformação do concreto abstrato em concreto pensado (OLIVEIRA, 2005).

Nesse caminho, cabe explicitar rapidamente os princípios/as leis que regem a lógica dialética. Como já dito anteriormente, a realidade é dinâmica, dessa forma, seu movimento se processa de maneira contínua. A fim de captar esse movimento da realidade, as leis transformadas em leis do pensamento que dirigem esse movimento objetivo da realidade são: a lei da interpenetração dos contrários; lei da negação da negação e a lei da passagem da quantidade à qualidade (KONDER, 1981/1998).

Martins (2006) salienta que a lógica dialética incorporou por superação a lógica formal, tendo em vista que um dos seus princípios denominado interpenetração dos contrários ou lei da contrariedade contrapõe ao dualismo dicotômico da lógica formal (identidade e exclusão) ao passo que a contradição entre os polos opostos não implica na exclusão de um, pois são, ao mesmo tempo, opostos e complementares.

No estudo dos fenômenos deve-se considerar o contexto em que esse está situado, pois prevalece um lado ou outro da sua realidade, que é intrinsecamente contraditória, assim o entrelaçamento dos diversos aspectos da realidade não pode ser compreendido de maneira isolada, dicotômica (KONDER, 1981/1998). No entanto, Oliveira (2005) ainda chama atenção para mais dois aspectos no caminho da análise dialética: o de que, embora a lógica formal não seja suficiente para captar o movimento da realidade, ela é necessária para identificar os elementos desse movimento, ou seja, pode-se constituir no ponto de partida para a análise; o outro aspecto destacado refere-se à identificação do elemento mediador, o qual permite compreender a relação de reciprocidade entre os polos opostos.

Assim, a concepção de realidade apresentada pela visão materialista é a de que a mesma é uma transição entre o passado e o futuro, sendo somente por meio do estudo do movimento do fenômeno, possível identificar suas contradições, bem como suas possibilidades de transformações. Neste sentido, Vigotski (1931/1995) aponta para a perspectiva histórica da análise:

São ainda muitos os que seguem erroneamente interpretando a psicologia histórica. Identificam a história com o passado. Para eles, estudar algo historicamente significa o estudo obrigatório de um ou outro fato do passado. Consideram ingenuamente que há um limite intransponível entre o estudo histórico e o estudo de formas existentes. No entanto, o estudo histórico, diga-se de passagem, significa simplesmente aplicar as categorias

de desenvolvimento à investigação de fenômenos. Estudar algo historicamente significa estudar em movimento. Este é o requisito fundamental do método dialético. Quando a pesquisa abrange o processo de desenvolvimento de algum fenômeno em todas as suas fases e mudanças, da sua origem até a morte, isso significa descobrir sua natureza, conhecer sua essência, uma vez que apenas em movimento do corpo mostra o que é. Assim, a pesquisa histórica do comportamento não é algo que complementa ou ajuda o estudo teórico, mas é seu fundamento²⁸ (67-68).

Podemos dizer que a questão do método foi uma das principais preocupações de Vigotski na construção de todo o seu trabalho, pois busca explicitar a todo momento a relação entre o método e a teoria. Considerava o método a base de toda pesquisa, o que explica todo o seu interesse e destaque atribuído a esse aspecto em sua obra. Com ênfase para a relação entre o problema/objeto e o método, afirmou que:

O objeto e o método de pesquisa mantêm uma estreita relação. [...] A busca por método torna-se uma das tarefas mais importantes da pesquisa. O método, neste caso, é ao mesmo tempo premissa e produto, instrumento e resultado da investigação²⁹ (VIGOTSKI, 1931/1995, p. 47).

Assim, o autor sintetiza o método de análise em três princípios essenciais:

1) uma análise do processo em oposição a uma análise do objeto; 2) uma análise que revela as relações dinâmicas ou causais, reais, em oposição à enumeração das características externas de um processo, isto é, uma análise explicativa e não descritiva; e 3) uma análise do desenvolvimento de uma determinada estrutura (VIGOTSKI, 1931/2007, p.69).

Na trilha de uma análise explicativa que não se encerra na aparência e descrição das características externas do seu objeto, mas avança em compreender o seu processo de constituição em sua historicidade, busca-se captar as mediações que o determinam e o constituem, ou seja, revela as suas relações dinâmicas causais, seguindo até a sua gênese para

²⁸ Trecho traduzido de: Son aún muchos los que siguen interpretando erróneamente la psicología histórica. Identifican la historia con el pasado. Para ellos, estudiar algo históricamente significa el estudio obligado de uno u otro hecho del pasado. Consideran ingenuamente que hay un límite infranqueable entre el estudio histórico y el estudio de las formas existentes. Sin embargo, el estudio histórico, dicho sea de paso, simplemente significa aplicar las categorías del desarrollo a la investigación de los fenómenos. Estudiar algo históricamente significa estudiarlo en movimiento. Esta es la exigencia fundamental del método dialéctico. Cuando en una investigación se abarca el proceso de desarrollo de algún fenómeno en todas sus fases y cambios, desde que surge hasta que desaparece, ello implica poner de manifiesto su naturaleza, conocer su esencia, ya que sólo en movimiento demuestra el cuerpo que existe. Así pues, la investigación histórica de la conducta no es algo que complementa o ayuda el estudio teórico, sino que constituye su fundamento (VIGOTSKI, 1931/1995, p. 67-68).

²⁹ Trecho traduzido de: El objeto y el método de investigación mantienen una relación muy estrecha.[...] La búsqueda del método se convierte en una de las tareas de mayor importancia de la investigación. El método, en este caso, es al mismo tiempo premissa y producto, herramienta y resultado de la investigación (VIGOTSKI, 1931/1995, p. 47).

desvelar a sua essência e, por fim, reconstruir os seus estágios de desenvolvimento, identificando o seu movimento e suas mudanças, a fim de apreender o seu movimento contraditório.

Desse modo, analisar a atividade de coordenação do trabalho na equipe da ESF não implica apenas em descrever quais são as ações que compõem essa atividade, até porque como já afirmava Marx, se a explicação dos fenômenos coincidissem com a sua aparência a ciência tornaria desnecessária, pois o conhecimento imediato do cotidiano daria conta de explicá-lo (MARX, 1859/1978).

Todavia, vale lembrar que a descrição consiste em uma etapa nesse caminho (OLIVEIRA, 2005). Mas para explicar esse objeto, devemos entender que essa atividade se encontra em um processo, que ela não é estática. Assim, compreendemos a atividade de coordenação como algo que está sendo e que, portanto, é passível de mudanças à medida em que conseguimos desvelar as relações dinâmicas causais que a constituíram. Desse modo, apreendemos essa atividade *nas* relações que estabelece com a equipe e com os serviços que compõe a rede de atenção psicossocial para a produção do cuidado em saúde mental e *pelos* relações com a gestão e as políticas públicas sistematizadas para atuação nessas áreas (APS e saúde mental), a fim de explicitar o seu movimento contraditório.

Categorias de análise: Atividade e Consciência

Tendo em vista o objeto dessa pesquisa (a atividade de coordenação do trabalho na equipe) e que, segundo a perspectiva teórica metodológica adotada, “as categorias de análise devem dar conta de explicitar, descrever e explicar o fenômeno estudado em sua totalidade” (AGUIAR, 2001, p. 95), entendemos que as categorias *atividade* e *consciência* são essenciais para apreender a realidade compreendida por esse estudo, pois possibilitam por meio do movimento da *consciência* dos profissionais da APS que se dá em relação às *atividades* que eles desenvolvem em interação com a coordenação, com os outros profissionais da equipe e com os serviços da rede psicossocial na produção do cuidado em saúde mental. Ou seja, lançamos mão de duas categorias que nos proporcionam captar as mediações (internas e externas) implícitas na constituição dessa realidade.

Parafraseando Engels, Leontiev (1959/2004) afirmou que assim como o trabalho criou o homem, também criou a sua consciência. As condições para o desenvolvimento da consciência humana encontraram-se na transformação qualitativa das operações desempenhadas no processo de trabalho por meio dos instrumentos. Assim, por meio da

consciência o reflexo psíquico da realidade passou a ser o reflexo consciente, ou seja, o homem passou a distinguir o reflexo da realidade objetiva da sua representação subjetiva. Portanto, “A atividade do sujeito – externa e interna – é mediada e regulada pelo reflexo psíquico da realidade”³⁰ (LEONTIEV, 1984a, p. 98).

Compondo a atividade-trabalho, o uso do instrumento de trabalho e o surgimento da linguagem constituíram nos dois fatores diretamente relacionados à formação da atividade consciente (LURIA, 1991). Devemos tomar como referência que a estrutura da atividade humana se tornou ao longo da história cada vez mais complexa. Diferentemente da atividade animal, na qual há a coincidência entre o objeto e o motivo, pois se trata de uma relação imediata que está ligada a necessidades biológicas, a atividade humana, pelo contrário, norteia-se por necessidades complexas, diversas, ditas “superiores”, sendo o seu reconhecimento mediado e sua ação orientada pelo acúmulo histórico-social apreendido e transmitido em uma relação de aprendizagem (LURIA, 1991).

Além disso, na atividade humana “o objeto da atividade é o seu verdadeiro motivo”, sendo que “O fundamental é que atrás de um motivo está sempre uma necessidade” (LEONTIEV, 1984b, p. 82). Mas, historicamente, a atividade coletiva passou a ser caracterizada por um conjunto de ações individuais diferentes, divididas em tarefas (simples divisão técnica), que deixam de ter uma relação direta com o motivo da atividade, ou seja, objeto da ação e o motivo passaram a não coincidirem.

Por isso, dizemos que na atividade humana há a separação do objeto da ação e o motivo ou que os mesmos não mantêm uma relação direta. Na realidade, Leontiev (1984b) salienta que essa relação existe, só que indiretamente, mediatizada, pois a ação só pode ser analisada em seu conjunto, ou melhor, inserida na atividade coletiva³¹. Assim, “é fácil compreender que esse resultado ‘intermediário’ a que se subordinam os processos de trabalho do homem, deve estar definido para ele também subjetivamente, ou seja, sob a forma de representação”³² (LEONTIEV, 1984b, p. 83).

³⁰ Trecho traduzido de: “La actividad del sujeto – exterior e interna – está mediatizada y regulada por el reflejo psíquico de la realidad” (LEONTIEV, 1984a, p. 98).

³¹ Além do aspecto intencional da ação, Leontiev (1984b) explicita também o seu aspecto operacional, definido como os meios ou as condições objetivas-materiais com os quais se executa a ação.

³² Trecho traduzido de: “es fácil comprender que ese resultado “intermedio” al que se subordinan los procesos laborales del hombre, debe estar delimitado para él también subjetivamente, o sea, en forma de representación” (LEONTIEV, 1984b, p. 83).

Da mesma forma, surge a relação entre a significação social da ação e o sentido da mesma para o sujeito, pois supõe que a relação entre o objetivo da ação e o motivo da atividade seja refletida psiquicamente pelo sujeito, integrada pela consciência.

[...] De um ponto de vista psicológico concreto, este sentido consciente é criado pela relação objetiva que se reflete no cérebro do homem, entre aquilo que o incita a agir e aquilo para o qual a sua ação se orienta como resultado imediato. Por outras palavras, o sentido consciente traduz a relação do motivo ao fim (LEONTIEV, 1959/2004, p. 103).

Assim, para se descobrir o sentido pessoal deve-se identificar o motivo da atividade. Inverso do que possa parecer, a significação social e o sentido pessoal, unidos na consciência, mantêm uma relação em que “é o sentido que se exprime nas significações (como o motivo nos fins) e não a significação no sentido” (LEONTIEV, 1959/2004, p. 104).

Como podemos verificar até aqui a consciência está relacionada à estrutura da atividade, a qual sempre é determinada pelo modo de organização social, pautados na célebre frase de Marx (1859/1983, p. 24) que nos diz: “não é consciência dos homens que determina seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina sua consciência”. Nesse sentido, convém trazer o apontamento de Duarte (2002), com base na teoria da atividade de Leontiev, de que o processo de formação da consciência pode seguir distintos sentidos: o da formação humanizadora ou o da formação alienante.

Nas comunidades primitivas o sentido subjetivo coincidia com as significações elaboradas socialmente, tendo em vista que os meios e o produto da atividade eram refletidos da mesma maneira na consciência individual e coletiva, direcionados assim para uma formação humanizadora/integrada da consciência. Por outro lado, na sociedade de classes, todas as mudanças nas condições socioeconômicas como a propriedade privada, a venda da força de trabalho e a da divisão técnica que dá lugar a divisão social do trabalho, desdobraram em uma formação alienante/desintegrada, ao passo que significado e sentido da ação se rompem, tornam-se independentes, da mesma forma que o conteúdo e o motivo da atividade (LEONTIEV, 1959/2004).

Marx (1844/1993) discute as três relações estruturais da atividade em que ocorre a alienação do homem: a primeira é em relação ao produto do seu trabalho; a segunda em relação a si mesmo na execução do seu trabalho (aliena sua função ativa); e a terceira em relação ao gênero humano e, especificamente, a relação do homem com a sua vida humana. Em consequência, é alienado por outros homens.

Quanto ao surgimento da linguagem na formação da atividade consciente, vale lembrar que a linguagem teve sua origem por meio do processo de trabalho. Luria (1991) cita três mudanças essenciais que a linguagem imprimiu à atividade consciente: 1) a designação de palavras a objetos e eventos do mundo exterior possibilitaram a discriminação e conservação dos mesmos na memória, podendo criar imagens interiores; 2) o processo de abstração e generalização das propriedades essenciais; 3) meio de comunicação e principal veículo de transmissão de informação.

Assim, a linguagem não desempenha apenas o papel de meio de comunicação entre os homens, ela é também um meio, uma forma da consciência e do pensamento humanos, não destacado ainda na produção material. Torna-se a forma e o suporte da generalização consciente da realidade. Por isso, quando, posteriormente, a palavra e a linguagem se separam da atividade prática imediata, as significações verbais são abstraídas do objeto real e só podem, portanto, existir como fato de consciência, isto é, como pensamento (LEONTIEV, 1959/2004, p. 93-94).

Essa abstração do objeto real que existe como fato da consciência, ou melhor, como pensamento faz parte do processo de apropriação ou internalização da realidade. Por meio dos signos, instrumentos simbólicos, dentre os quais está a linguagem, o homem se apropria do seu comportamento, que sempre será primeiro externo (interpessoal) para depois se tornar interno (intrapessoal) (VIGOTSKI, 1931/2007).

Desse modo, Vigotski (1934/2000) destaca que a chave para a compreensão da consciência é a relação entre pensamento e linguagem, atribuindo à palavra o papel central, ao dizer que “A consciência reflete na palavra como o sol em uma gota de água. [...] Ela é o pequeno mundo da consciência. A palavra consciente é o microcosmo da consciência humana” (p. 486).

O ponto central para a análise do pensamento e da linguagem é a relação entre pensamento e palavra. Tendo em vista superar a antiga análise atomista, cuja proposta visa decompor o material em partes para entender o todo, Vigotski (1934/2000) propõe a análise em unidades, as quais conservam a primazia do todo, “diferentemente dos elementos, [as unidades de análise], não perdem as propriedades inerentes à totalidade e são suscetíveis de explicação mas contêm, em sua forma primária e simples, aquelas propriedades do todo em função das quais se empreende a análise” (p. 397-398).

Com isso aponta o significado da palavra ou a sua generalização enquanto unidade para a análise do pensamento e da linguagem. Pautado na premissa de que o significado das palavras se desenvolvem, se modificam no desenvolvimento histórico tanto no

conteúdo como na generalização da realidade. Assim, a relação entre pensamento e palavra também se modifica, sendo importante identificar o movimento dessa relação, isto é, o movimento do pensamento à palavra e da palavra ao pensamento (VIGOTSKI, 1934/2000).

Assim, o conteúdo da fala é utilizado como o principal recurso para a nossa análise. Como ressalta Aguiar (2001, p. 130-131):

Para compreender a fala de alguém, não basta entender suas palavras; é preciso compreender seu pensamento (que é sempre emocionado), é preciso apreender o significado da fala. [...]. O caminho do pensamento para a palavra com significado é mediado, portanto, pelo sentido, sentido este que, como afirma Vigotski, é mais amplo que o significado, o qual é apenas uma das zonas do sentido, a mais estável e fixa.

O caminho na análise da linguagem falada segue do elemento mais estável, constante (zona do significado da palavra) para o elemento mais fluído (zona de sentido). Por isso, na análise semântica, a expressão da palavra, de maneira direta, remete a natureza histórica da consciência humana (VIGOTSKI, 1934/2000).

Portanto, buscamos explicitar como ocorre a significação da realidade pelo sujeito e de que forma pretendemos apreendê-la: por meio da palavra com significado, unidade da articulação dialética do pensamento e linguagem.

6 METODOLOGIA

6.1 Local

A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte³³ do Estado de São Paulo, onde a Estratégia Saúde da Família é o modelo de serviço da Atenção Primária à Saúde com 100% de cobertura populacional. Atualmente, a rede municipal de saúde está organizada com os seguintes serviços, conforme o Plano Municipal de Saúde 2014-2017:

- 09 Equipes de Saúde da Família: principal porta de entrada para a rede assistencial em saúde; composta por médico, enfermeira, técnicos de enfermagem; agentes comunitários de saúde; um agente de endemias; quatro equipes de saúde bucal.
- 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): atua junto às equipes de saúde da família; composto por psicóloga, educador físico, nutricionista e fisioterapeuta.
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): modalidade I, realiza atendimento ambulatorial a dependentes químicos e atividades de oficinas terapêuticas e grupos operativos³⁴; equipe composta por um médico clínico, uma educadora física, uma psicóloga, uma assistente social, um enfermeiro (coordenador), uma técnica de enfermagem, um motorista, uma recepcionista, um auxiliar de expediente e dois auxiliares de serviços gerais.
- 01 Centro de Referência para usuários de Álcool e Drogas (CRADAD)³⁵: serviço de orientação às famílias e aos usuários de álcool e outras drogas; realiza atividades multidisciplinares com palestras e grupo multifamiliar; acompanhamento e encaminhamento para internação; desenvolve atividades de reabilitação (criação de peixes em tanques e produção de hortaliças); recebe

³³ Segundo dados do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2016) a população é de aproximadamente trinta mil habitantes, predominantemente urbana (96%). Tendo em vista atender um aspecto ético para manter o sigilo quanto à identificação dos participantes, não será declarado o nome do município, onde a pesquisa foi realizada.

³⁴ Atendimentos realizados no período de setembro de 2014 a setembro de 2015 – atendimento individual (1.527); atendimento grupo (5.034); atendimento familiar (181) e práticas corporais (115). Dados informados pela Secretaria Municipal de Saúde.

³⁵ Serviço municipal implantado em setembro/2014, planejado pelo Conselho Municipal Antidrogas (COMAD). Está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e conta com apoio e acompanhamento ambulatorial do CAPS.

apoio do CAPS para atendimento ambulatorial; equipe composta por uma assistente social (coordenadora), enfermeira, psicólogo e monitor.

- 01 Residência Terapêutica (RT): acolhe oito moradores oriundos de hospital psiquiátrico do interior do Estado de São Paulo; equipe composta por dois cuidadores, um técnico de enfermagem, uma coordenadora, um auxiliar de serviço geral e conta com o apoio da equipe técnica do CAPS.
- 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO): tipo II, nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Atendimento a pacientes Especiais e Cirurgia Oral Menor.
- 01 Centro de Controle de Zoonoses e Setor de Controle de Vetores: promove o desenvolvimento de ações educativas para mudanças de comportamento e adoção de práticas de manutenção do ambiente domiciliar, prevenindo, principalmente, a infestação de todos os tipos de vetores.
- 01 Clínica de Atenção à Saúde da Mulher: unidade básica na área da saúde da mulher que atende, especialmente, pré-natal; conta com quatro ginecologistas.
- 01 Clínica de Atenção à Saúde da Criança: atendimento voltado para a saúde da criança; equipe composta por três pediatras, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um nutricionista e central de vacina; realiza o programa de reeducação e obesidade infantil (PROI).
- 01 Núcleo de Atenção à Saúde (NAS): unidade básica de saúde, representa um apoio as ESF quando há alta demanda nas unidades; estão alocados os médicos clínicos e urologistas que possuem vínculo com o Estado.
- 01 Farmácia Municipal: possui Relação Municipal de Medicamentos – REMUME, realizando a aquisição dos mesmos através de Recursos Próprios e do Governo Federal, e recebe medicamentos do Governo Estadual (Programa Dose Certa).
- 01 Farmácia de Alto Custo: recebe processos para medicamentos excepcionais vindo do AME, Hospitais referenciados, Centros de referência, Consultórios Particulares e Unidades de Saúde do Município.
- 01 Setor de Agendamento e Transporte: setor responsável pelo agendamento de viagens para outros serviços de saúde referenciados a serem realizadas com transporte municipal.

Além desses, o município conta com serviços regionalizados, que atende uma microrregião composta por mais cinco municípios:

- 01 Pronto Socorro Intermunicipal: oferece serviço de urgência e emergência 24horas/dia, prestando atendimento médico e de enfermagem em várias especialidades; é mantido pelo Consórcio Público Intermunicipal de Saúde;
- 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA): porte I, regional, em fase de implantação;
- 01 Ambulatório Médico de Especialidades (AME)³⁶: oferta consultas médicas em especialidades (neurologia, geriatria, cardiologia, ortopedia, dermatologia, endocrinologista, urologista, gastroenterologista, entre outras); exames de apoio diagnóstico e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte;
- 01 Núcleo Integrado de Atenção à Saúde (Ambulatório de Saúde Mental): serviço ambulatorial para adultos com atendimento na área de saúde mental³⁷; equipe composta por um psiquiatra, três psicólogas; um assistente social; um nutricionista; um técnico de enfermagem; uma Coordenadora administrativa; dois auxiliares de serviços gerais; quatro técnicos administrativos.
- 01 Hospital Geral: com natureza de organização de Entidade Filantrópica com nível de Atenção Ambulatorial de média e alta complexidade sob gestão municipal com retenção de tributos de Unidade Filantrópica.
- 02 Comunidades terapêuticas para usuários de álcool e outras drogas:
 - 01 feminina: administração religiosa (associação administrativa localizada em outro município); uma parte do recurso provém de subvenção municipal; referência para triagem é um município vizinho; dispõe de 36 vagas; período de internação varia de 26 a 40 dias; conta com uma equipe multiprofissional: um psiquiatra, um clínico geral, dois psicólogos, uma assistente social, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, quatro monitoras, uma coordenadora e três apoiadoras; desenvolve oficinas: fralda, jardinagem, padaria, artesanatos; as atividades desenvolvem-se em quatro ciclos, a cada final de ciclo é realizada reunião com a família.

³⁶ O AME é um projeto do governo do Estado de São Paulo. No município da pesquisa, sua implantação ocorreu a partir de um Contrato de Gestão assinado entre a Secretaria de Estado da Saúde e uma Organização Social de Saúde (OSS).

³⁷ Atendimentos realizados no período de setembro/2014 a setembro/2015: com psiquiatra (2.695); com assistente social (1.685); com psicólogas (2.172). Dados informados pela Secretaria Municipal de Saúde.

- 01 masculina: administração religiosa (organização social locada no município); recebe subvenção municipal de R\$ 8.000,00/ano; mantém um convênio com o Ministério da Justiça, por meio do qual recebe a maior parte dos recursos financeiros, em torno de R\$ 10.000,00/mês; o CRADAD é o serviço responsável pela triagem; dispõe de 20 leitos; período de tratamento é de oito meses (quatro meses de internação/quatro meses reinserção social); conta com uma equipe composta por um coordenador, um monitor, um psicólogo, uma assistente social; recebe apoio dos serviços do município: CAPS (um médico e um enfermeiro), farmácia, CEO, UBSF (realização de exames), além da parceria com a instituição de ensino superior (estagiários de psicologia, odontologia); desenvolve atividades laborais: horta, criação de porcos, jardinagem, entre outras atividades; realiza vários grupos terapêuticos com os usuários, bem como com a família a cada quinze dias (período da manhã visita e à tarde grupo de multifamília); a maior parte dos leitos são ocupados com usuários do município, tendo vagas disponíveis para a região; os usuários do município continuam sendo acompanhados pelo CRADAD.

No que diz respeito aos serviços de intersector, particularmente os vinculados ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que podem estabelecer alguma relação com os serviços de saúde mental, foram identificados:

- 01 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): unidade socioassistencial da Proteção Social Básica (PSB); realiza a gestão de serviços, benefícios e programas articulados no território de abrangência, voltados a indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade e/ou risco social; equipe composta por uma coordenadora; quatro assistentes sociais; duas psicólogas; duas recepcionistas; um técnico administrativo; dois auxiliares de serviços gerais; uma cozinheira; dois motoristas.
- 01 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): responsável pela oferta de apoio especializado e continuado a indivíduos e famílias em risco social, ou seja, com direitos violados; equipe composta por uma coordenadora; três assistentes sociais; três psicólogas, dois técnicos administrativos, um advogado, um técnico para acolhimento, um auxiliar em serviços gerais e um motorista.

6.2 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores atuantes nas UBSF há pelo menos um ano, bem como os trabalhadores apoiadores (NASF; CAPS; Ambulatório de Saúde Mental, RT e CRADAD) e intersetores (CRAS e CREAS) nas ações de saúde mental, que aceitassem a participar de todas as atividades previstas pela pesquisa (aplicação de questionário, participação no grupo focal e devolutiva).

6.3 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) em 02/12/2013, parecer nº. 477.061, atendendo aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466 (BRASIL, 2012b). Foram explicadas a todos os trabalhadores as condições de sua participação, tais como: garantia do sigilo quanto a identificação pessoal, a da participação ser de caráter voluntário, podendo ser interrompida a qualquer momento, a partir da solicitação do profissional, sem qualquer prejuízo para o mesmo e divulgação das informações em meios acadêmicos.

Após os esclarecimentos, estando o participante de acordo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I), o qual foi emitido em duas vias, uma que ficou com o participante e a outra com a responsável pela pesquisa.

6.4 Procedimentos da pesquisa

6.4.1 Instrumentos

Para apreender o objeto dessa pesquisa (a atividade de coordenação do trabalho na equipe a partir da produção do cuidado em saúde mental em interface com a rede psicossocial) os instrumentos escolhidos objetivaram, em especial, possibilitar a participação de um número maior de profissionais relacionados ao objeto do estudo.

Assim, o primeiro instrumento utilizado foi o questionário com perguntas abertas (Apêndice II) e, em um segundo momento, a realização de grupos focais. O primeiro propiciou que se levantasse material para identificar as práticas e concepções sobre o trabalho em equipe, sua coordenação e as ações de saúde mental, temas que foram aprofundados nos encontros dos grupos focais. Além disso, o questionário possibilitou selecionar os

profissionais que apresentavam um maior contato com o objeto investigado, auxiliar na organização da etapa seguinte e na descrição da realidade pesquisada.

No grupo focal, o roteiro (Apêndice III) também se norteou dentro do objeto do estudo, com pequenas variações entre os diferentes grupos. Todos os encontros foram gravados e, posteriormente, transcritos. A maioria dos grupos contou com a participação de dois observadores, exceto em dois encontros. Os observadores ficaram responsáveis pelos aparelhos de gravação e pela observação dos processos e dinâmica do grupo. A pesquisadora realizou a moderação e transcrição de todos os encontros.

Como define Cruz Neto, Moreira e Sucena (2002), o grupo focal é:

[...] uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico (p. 05).

Com base em Debus (1995), Roso (1997) elenca as principais características dos grupos focais: 1) A homogeneidade do grupo em relação a algumas características. 2) Duração do encontro, máximo de duas horas; 3) O número de participantes deve contemplar um número de cinco a sete, esse número contemplaria um ótimo grupo; 4) O grupo deve ter, necessariamente, um moderador e um observador; 5) O ambiente do encontro deve ser privado, cômodo, neutro e onde os pesquisadores possam escutar e visualizar todos os participantes; 6) O grupo debate um tema previamente selecionado; 7) O fluxo do debate pode ser estruturado ou não.

Com relação a homogeneidade, a própria autora aponta que esse é um dos critérios mais difíceis de atingir. Mas salienta que “O mais importante de tudo é que o grupo seja homogêneo de modo que as diferenças entre seus participantes não sejam obstáculos para que eles se expressem” (ROSO, 1997, p. 158).

Outro ponto é quanto à questão do número de participantes. Não há um consenso em relação a isso. Embora o ideal apontado transite entre cinco a sete, outros autores indicam de 6 a 15 participantes em um grupo (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). O importante é que todos tenham a oportunidade de falar e que a discussão não seja direcionada. Kind (2004), baseada em Debus (1988), destaca a possibilidade de realizar “mini-grupos”, quando a investigação exige um aprofundamento maior.

Para a condução dos encontros do grupo focal Carlini-Cotrim (1996) mencionam diversas formas de se estimular o grupo para introduzir os assuntos previstos no roteiro, como

cartazes, figuras, filmes ou estória. A autora salienta que tais estímulos devem ser algo sucinto, na forma de “dicas”, que instiguem a discussão.

As estratégias utilizadas foram, no primeiro contato, fazer uma apresentação dos participantes. Para essa apresentação propôs-se a atividade “Frases para completar”, a fim de ser um aquecimento para a discussão central. O conteúdo da técnica abordou questões pertinentes a relação profissional-trabalho. Na condução dos tópicos previstos no roteiro, a técnica, “mitos e verdades” (Apêndice IV), adaptada para o contexto e foco da pesquisa, consistiu na apresentação de afirmações sobre os temas a serem discutidos, na qual cada participante deveria pegar uma. As afirmações estavam numeradas de 1 a 3. Assim, os participantes deveriam pegar as afirmações, que estavam dispostas em uma caixinha com divisórias, em ordem crescente: primeiro todas as afirmações um, depois as dois e por último, as três e após a leitura para o grupo dizer se era “mito ou verdade”, com base na sua experiência de trabalho. A partir desse comentário inicial a moderadora conduziu a discussão com os demais integrantes do grupo, questionando e aprofundando outros aspectos pertinentes ao tema.

6.4.2 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo CEP a coleta de dados envolveu as seguintes etapas:

1ª Etapa - Identificação do local da pesquisa: escolha do município norteou-se por dois critérios: serviços de APS já implantados e alguns serviços da rede de atenção psicossocial (como NASF; CAPS entre outros), bem como serviços intersetores envolvidos no cuidado em saúde mental (como CRAS, CREAS entre outros).

2ª Etapa - Realização do pré-teste dos questionários: a fim de aprimorar o roteiro contemplado no questionário, aplicou-se em profissionais de outros municípios, tendo o retorno dos seguintes serviços: CAPS II (assistente social e sanitarista - coordenador), RAPS (psicóloga – coordenadora); Coordenação da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde (enfermeira – coordenadora); CEREST (fonoaudióloga – coordenadora); CRAS (assistente social – coordenadora); ESF (fisioterapeuta – coordenador). A análise desses questionários propiciou a mudança de algumas questões, que foram apontadas como dúvidas por dois profissionais (assistente social do CRAS e enfermeira coordenadora da Atenção

Básica), possibilitando a adaptação do questionário para os setores saúde e intersetor, tendo em vista atingir a compreensão dos participantes e evitar qualquer dúvida.

3ª Etapa - Apresentação da pesquisa e aplicação dos questionários: após aprovação do município escolhido e da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, agendou-se com a coordenação da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde uma reunião para apresentar a proposta da pesquisa aos trabalhadores. Foram convidados a participar todos os coordenadores da ESF e representantes dos serviços envolvidos no cuidado em saúde mental da rede municipal. Compareceram nesta reunião: 09 coordenadores da ESF; coordenadora da Residência Terapêutica (que também é assistente social do CAPS I e do Ambulatório de Saúde Mental), o coordenador do CAPS I, a assistente social e o psicólogo do Centro de Referência para usuários de Álcool e Drogas, uma representante do Núcleo de Apoio à Saúde (enfermeira que coordena programa de DST/AIDS).

Após a apresentação da proposta da pesquisa, foram abordados os procedimentos éticos para participação e o critério de inclusão. Em seguida, os presentes foram convidados a participar da pesquisa, permanecendo no local os que aceitaram responder o questionário.

Nesse momento, houve a recusa apenas dos dois representantes do Centro de Referência para usuários de Álcool e Drogas, o coordenador do CAPS I não possuía o tempo de serviço estabelecido, mas levou alguns questionários para entregar na equipe. Dos demais presentes, a coordenadora da RT aceitou participar e também levou alguns questionários para entregar no Ambulatório de Saúde Mental e na RT, a enfermeira do programa de DST/AIDS, mesmo identificando não ter relação direta com o objeto da pesquisa, quis responder o questionário e todos os coordenadores da ESF aceitaram responder.

Como alguns profissionais levaram o questionário para convidar outros integrantes da equipe, combinou-se que a pesquisadora passaria nos serviços para recolher os questionários. No caso dos coordenadores da ESF, foi acordado que a pesquisadora passaria em todas as unidades para convidar os demais profissionais da equipe, visto que alguns comentaram que se eles convidassem os profissionais, o índice de recusa seria alto, visto que os profissionais não demonstram interesse. Dessa forma, combinou com os coordenadores um horário para que a pesquisadora tivesse um tempo com a equipe para apresentar a proposta da pesquisa e aplicar os questionários para os que quisessem participar.

Além desses, contatou-se por telefone e depois pessoalmente os coordenadores do CRAS, CREAS e a psicóloga do NASF³⁸ para convidar para a pesquisa. Entregou-se os questionários para esses representantes estenderem o convite aos demais integrantes da equipe.

Assim, obteve-se o retorno de 81 questionários, conforme sintetizado no quadro a seguir. Como a assistente social do Ambulatório de Saúde Mental também é coordenadora da Residência Terapêutica e assistente social do CAPS, ela respondeu dois questionários, como assistente social do Ambulatório e como coordenadora da RT. Assim, obteve-se o total de 81 questionários referente a 80 participantes. Essa etapa ocorreu de setembro/2014 a janeiro/2015.

³⁸ O contato foi realizado em outubro e os questionários entregues em novembro de 2014 e devolvidos somente em janeiro de 2015.

Quadro 2. Relação dos serviços/profissionais que responderam o questionário

Serviço	Número de Questionário	Função
Secretaria Municipal de Saúde	01	Coordenadora Atenção Básica
Estratégia de Saúde da Família	09	Enfermeiro
Estratégia de Saúde da Família	28	Agente Comunitário de Saúde
Estratégia de Saúde da Família	06	Técnico de Enfermagem
Estratégia de Saúde da Família	06	Recepcionista
Estratégia de Saúde da Família	01	Médica
Núcleo de Apoio à Saúde	01	Enfermeira (Programa DST/AIDS)
NASF	01	Psicóloga
CAPS	02	Psicóloga
		Educadora Física
Ambulatório de Saúde Mental	05	Coordenadora
		02 Psicólogas
		Nutricionista
		Assistente Social ³⁹
Residência Terapêutica	04	Coordenadora
		02 Técnicos de Enfermagem
		Cuidadora
CRAS	12	Coordenadora
		03 Psicólogas
		02 Assistente Social
		02 Recepcionista
		Escriturária
		Atendente
		Operador CAD ÚNICO
		Serviço Geral
CREAS	05	Coordenadora
		Psicóloga
		03 Assistente Social
TOTAL	81	

³⁹ A mesma profissional respondeu pelos dois serviços.

4ª Etapa - Realização de pré-teste do roteiro e treinamento da pesquisadora na técnica de grupo focal: considerando que a doutoranda apresentava pouca experiência na realização da técnica do grupo focal, tendo participado apenas como observadora em outra pesquisa, foi planejado um grupo focal com os integrantes do grupo de estudo “Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva”, coordenado pela professora orientadora dessa pesquisa. Nesse encontro a pesquisadora moderou e a professora observou a condução de um roteiro que apresentava proximidade com o da pesquisa, pois todos os integrantes apresentam experiências de pesquisa e/ou trabalho na área da saúde pública e/ou saúde mental. No final do encontro abriu-se para a avaliação dos participantes que apontaram sugestões sobre a moderação/coordenação exercida pela discente.

Além desse momento, a pesquisadora coordenou um encontro com um grupo de estudantes do curso de Psicologia, na instituição onde lecionava, a fim de apresentar a técnica aos dois psicólogos que desempenhariam o papel de observadores nos grupos focais da pesquisa.

5ª Etapa - Grupos focais: diante da inviabilidade de realizar grupos focais com os 80 participantes que responderam o questionário, lançou-se mão de dois critérios de seleção após uma breve análise dos questionários: tempo de trabalho inferior a um ano (já previsto no projeto como critério de inclusão) e pouco contato com o objeto da pesquisa (o cuidado em saúde mental), verificado pela ausência de resposta em várias questões.

Dessa forma, dos 80 participantes foram selecionados para a próxima etapa da coleta 62 trabalhadores. Considerando que um dos princípios da técnica do grupo focal é a homogeneidade nas características dos integrantes do grupo, foram organizados seis grupos: 1º Grupo de Enfermeiros/Coordenadores da ESF; 2º Grupo de ACS I; 3º Grupo de ACS II; 4º Grupo de ACS III; 5º Grupo de Técnicos de Enfermagem; 6º Grupo de Saúde Mental (profissionais do NASF, CAPS, Ambulatório de Saúde Mental e RT); 7º Grupo Intersetor (profissionais do CRAS e CREAS).

Dessa forma, ficaram de fora a médica e a coordenadora da atenção básica, as quais seriam convidadas para participar de uma entrevista individual, além dos profissionais da RT, cuidadora e técnicos de enfermagem, que foram excluídos pelo não cumprimento do critério da homogeneidade para serem incluídos nos demais grupos. Segue o quadro dos participantes, sinalizado por diferentes cores após a organização acima descrita: os destacados em vermelho foram excluídos da etapa seguinte da pesquisa; os em verde foram agrupados para participar dos grupos focais e os em azul convidados para realização de uma entrevista individual.

Quadro 3. Relação dos serviços/profissionais que participaram dos grupos focais

SERVIÇO	QTD	FUNÇÃO	GRUPOS FOCAIS
Secretaria Municipal de Saúde	01	Coordenadora Atenção Básica	Entrevista Individual
Estratégia de Saúde da Família	09	Enfermeiro	1º Grupo Coordenadores da ESF
Estratégia de Saúde da Família	28	Agente Comunitário de Saúde	2ª Grupo ACS I
			3ª Grupo ACS II
			4º Grupo ACS III
Estratégia de Saúde da Família	06	Técnico de Enfermagem	5º Grupo Técnico de Enfermagem
Estratégia de Saúde da Família	06	Recepcionista	Excluídas (Pouco contato com o objeto da pesquisa)
Estratégia de Saúde da Família	01	Médica	Entrevista individual
Núcleo de Apoio à Saúde	01	Enfermeira (Programa DST/AIDS)	Excluída (Pouco contato com o objeto da pesquisa)
NASF	01	Psicóloga	6º Grupo Saúde Mental
CAPS	02	Psicóloga	
		Educadora Física	
Ambulatório de Saúde Mental	04	Coordenadora	
		02 Psicólogas	
		Nutricionista	
Residência Terapêutica	01	Assistente Social Coordenadora	
		02 Técnicos de Enfermagem	Excluídas
		Cuidadora	Excluída
CRAS	05	Coordenadora	7º Grupo Intersetor
		02 Psicólogas (01 foi excluída por causa do tempo de serviço)	
		01 Assistente Social	
		02 Recepcionista	Excluídas (Pouco contato com o objeto da pesquisa)
		Escriturária	
		Atendente	
		Operador CAD ÚNICO	
		Serviço Geral	
CREAS	04	Coordenadora	7º Grupo Intersetor
		Psicóloga	
		02 Assistente Social (01 foi excluída por causa do tempo de serviço)	
TOTAL	62		

Após essa organização, ao retornar para contatar os participantes, em abril/2015, para agendar as próximas atividades foram verificadas algumas “perdas” de profissionais que não trabalhavam mais na ESF (como a médica e um ACS), assim como ausências no dia dos encontros dos grupos focais, por vários motivos: férias, atestado médico, licença maternidade, abono entre outros. Além disso, houve a troca de seis profissionais entre as unidades (três enfermeiros, duas técnicas de enfermagem e um ACS), o que não trouxe implicação para o agendamento das atividades dos grupos.

Com a saída do ACS, os grupos foram divididos igualmente com nove agentes, tendo em dois grupos agentes de duas unidades e em um grupo agentes de três unidades. A seguir quadro com as informações sobre a realização dos grupos focais.

Quadro 4. Caracterização dos encontros dos grupos focais

Grupos Focais	Nº Encontro	Duração	Nº Part.	Observações
Grupo Técnico Enfermagem	01	01h50min	04	01 Saiu do Trabalho 01 Atestado Médico
Grupo ACS I	02	01h30min	07	01 Férias 01 Licença Maternidade
		01h30min	06	01 Férias
Grupo ACS II	02	01h45min	09	-
		01h45min	07	02 Férias
Grupo ACS III	02	02h05min	07	01 Férias 01 Atestado Médico
		01h30min	05	01 Atestado Médico 01 Faltou
Grupo Saúde Mental	01	02h	04	01 Faltou (viagem trabalho) 01 Abono 01 Atestado Médico 01 Férias
Grupo Coordenadores ESF	02	02h	06	02 Saíram do Trabalho 01 Férias
		02h10min	05	01 Atestado Médico
Grupo Intersetor	-	-	-	04 tentativas de agendamento

A realização dos encontros dos grupos focais ocorreu no período de junho/2015 a agosto/2015. Para não atrasar ainda mais o cronograma previsto para a pesquisa, desistiu-se da realização do grupo focal com o grupo intersector. Cabe registrar aqui que “abrir mão” desse grupo, mesmo que por um motivo justificável (cronograma), não foi uma decisão fácil, visto que tal perda implica diretamente em não avançarmos nossas análises em direção ao

conhecimento dos espaços de “conversação” na rede, especialmente, em relação à perspectiva dos profissionais intersetores na sua relação com a saúde. Os encontros dos grupos focais ocorreram no prédio do CREAS, em uma sala ampla, arejada, bem iluminada, de modo que se obtivesse uma boa gravação. Após o encontro ofereceu-se um lanche aos participantes. Segue abaixo a caracterização dos participantes dos grupos focais:

Quadro 5. Caracterização dos participantes dos grupos focais

Grupo Focal	Profissional	Sexo	Idade	Formação	Tempo na ESF
Técnico de Enfermagem (TE)	TE1	F	60	Técnico Enfermagem	12 anos
	TE2	F	46	Técnico Enfermagem	7 anos
	TE3	F	26	Técnico Enfermagem	6 anos
	TE4	F	30	E. Superior (Enfermagem)	13 anos
ACS I	ACS I 1	F	47	Ensino Médio	2 anos
	ACS I 2	F	33	E. Técnico (Enfermagem)	8 anos
	ACS I 3	F	42	Ensino Médio	2 anos
	ACS I 4	F	29	E. Superior (Enfermagem)	2 anos e 7meses
	ACS I 5	F	28	E. Superior (Letras)	2 anos
	ACS I 6	F	26	E. Superior Incompleto (Administração)	2 anos e 7meses
	ACS I 7	F	34	E. Superior Incompleto (Pedagogia)	08 anos
	ACS I 8	M	29	E. Superior (Direito)	4 anos
ACS II	ACS II 1	F	43	E. Superior (Pedagogia)	2 anos e 7meses
	ACS II 2	F	36	E. Superior (Serviço Social) Especialização (Família e Comunidade)	8 anos
	ACS II 3	F	33	Ensino Médio	8 anos
	ACS II 4	F	35	E. Superior (Matemática)	8 anos
	ACS II 5	F	39	E. Superior Incompleto (Administração Empresa)	18 anos
	ACS II 6	M	39	E. Superior (Educação Física)	8 anos
	ACS II 7	F	37	E. Superior (Matemática)	8 anos
	ACS II 8	F	56	Ensino Médio	5 anos
	ACS II 9	F	36	Ensino Médio	8 anos
ACS III	ACS III 1	F	25	E. Superior (Biologia)	2 anos e 7 meses
	ACS III 2	M	23	E. Superior (Direito)	2 anos e 8 meses
	ACS III 3	F	44	Ensino Médio	8 anos
	ACS III 4	F	29	Ensino Médio	4 anos

	ACS III 5	F	31	Ensino Médio	2 anos
	ACS III 6	F	42	Ensino Médio	6 anos
	ACS III 7	F	49	Ensino Médio	13 anos
Coordenadora ESF (C)	C1	F	29	Enfermagem Especialização (Saúde da Família)	6 anos 7 meses
	C2	F	26	Enfermagem Especialização (Oncologia)	1 ano e 6 meses
	C3	F	33	Enfermagem Especialização (UTI/Saúde da Família)	08 anos
	C4	F	29	Enfermagem Especialização (Urgência/Emergência)	2 anos e 6 meses
	C5	F	29	Enfermagem Especialização (Saúde Pública com ênfase em ESF)	5 anos
	C6	F	31	Enfermagem Especialização (Enfermagem do Trabalho)	08 anos 6 meses
Saúde Mental (SM)	SM 1	F	32	Psicologia Especialização (Saúde)	01 ano 8 meses ⁴⁰
	SM2	F	49	Serviço Social Especialização (Saúde Mental)	11 anos
	SM3	F	29	Psicologia Especialização (Psiquiatria, Terapia Familiar e Dependência Química)	01 ano 8 meses
	SM4	F	39	Educação Física Especialização (Psicopedagogia)	04 anos 5 meses

Com relação às entrevistas, como previsto foi realizada com a coordenadora da Atenção Básica alocada na Secretaria Municipal de Saúde e com a psicóloga do NASF, a fim de compreender algumas lacunas importantes que ficaram durante a realização de alguns encontros dos grupos focais. Além dessas, foram realizadas mais duas entrevistas com os dois profissionais médicos, bem como contato via e-mail com a assistente social, os quais participaram do processo de implantação da ESF no município, tendo em vista resgatar a história e ampliar o contexto do campo da pesquisa.

⁴⁰ Tempo na Saúde Mental.

6.4.3 Organização e análise dos dados

Após a coleta do material de campo (aplicação de questionário e grupos focais), bem como sua primeira organização (transcrição das gravações dos encontros dos grupos e dados dos questionários), deu-se início ao processo de contato mais profundo com o material. Cabe assinalar que o fato da pesquisadora ter coordenado e transcrito os encontros dos grupos focais possibilitaram um contato intenso com os dados, facilitando na identificação e nos registros no material durante o processo de leitura flutuante, caracterizados por uma “pré-análise”.

A ordenação do material foi realizada por meio do agrupamento dos dados captados nas temáticas intencionalmente planejadas, de acordo com os objetivos da pesquisa, que foram: trabalho na equipe, coordenação e cuidado em saúde mental. No entanto, a dinâmica dos grupos focais possibilitou um maior ou menor aprofundamento de determinada temática a depender do grupo.

Atendendo ao aspecto teórico-metodológico dessa pesquisa, convém salientar que a proposta de análise a ser apresentada consiste em uma dentre outras formas de realizar uma análise explicativa dentro da proposta da Psicologia Histórico-Cultural. Zanella et al. (2007) em seu estudo acerca das reflexões metodológicas expostas nas principais obras de Vigotski, identificou cinco unidades temáticas para a análise: 1) a relação problema/método/técnicas de investigação; 2) a relação singular/coletivo e suas implicações metodológicas; 3) a história e a dialética como fundamentos metodológicos; 4) princípios do método; 5) busca dos sentidos como unidade de análise da Psicologia Histórico-Cultural. Dessa forma, as autoras assinalam que independente do caminho trilhado para a análise, “Ao pesquisador, por fim, cabe produzir explicações que possibilitem conhecer essa realidade em seu fluxo e ao mesmo tempo problematizar o que aparece como um possível dentre a infindável gama do que é e do que pode vir a ser” (ZANELLA et al., 2007, p. 32).

Assim, o nosso processo de análise norteou-se dentro da proposta dos núcleos de significação, sistematizada por Aguiar e Ozella (2006, 2013). Como explicam os autores “Os núcleos de significação expressam o movimento de abstração que, sem dúvida, contém o empírico, mas pela sua negação, permitindo o caminho em direção ao concreto” (AGUIAR; OZELLA, 2013, p. 308).

As etapas envolvidas nesse instrumento de interpretação são: pré-indicadores; indicadores e os núcleos de significação. Os pré-indicadores consistem em um inventário das significações constituídas pelo sujeito frente à realidade pesquisada, caracterizando a sua

importância para a compreensão do objetivo da investigação. Geralmente, apresentam-se em grande número e são palavras articuladas que compõem um significado acompanhadas por trechos das falas, cujos conteúdos demonstram maior carga emocional (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015; AGUIAR; OZELA, 2013).

Como o caminho da análise não é linear, a próxima etapa implica um fazer/refazer contínuo das possibilidades levantadas pelos pré-indicadores, que constituirá nos indicadores. A aglutinação por similaridade, complementaridade e/ou contraposição são critérios para a sistematização dos indicadores. Com base nos indicadores, um novo movimento de articulação inicia. É importante voltar ao material e também ilustrar por meio de trechos de falas que esclarecem os indicadores. Esse fazer/refazer contínuo já sinaliza para um início de nuclearização (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015; AGUIAR; OZELLA, 2013).

Nesse processo de organização dos núcleos de significação – que tem como critério a articulação de conteúdos semelhantes, complementares e/ou contraditórios –, é possível verificar as transformações e contradições que ocorrem no processo de construção dos sentidos e dos significados, o que possibilitará uma análise mais consistente que nos permita ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas (AGUIAR; OZELLA, 2013).

Assim, foi por meio desse caminho que almejamos atingir o “concreto pensado”, tendo como ponto de partida o resgate de alguns aspectos históricos que nos ajudam a contextualizar a constituição da realidade ainda em um plano abstrato. Para em seguida, apresentar os núcleos de significação, a fim de realizar o movimento de ascensão do abstrato ao concreto, descrito por Kosik (1976, p. 30) como “o movimento da parte para o todo e do todo para a parte; do fenômeno para a essência e da essência para o fenômeno da totalidade para a contradição e da contradição para a totalidade; do objeto para o sujeito e do sujeito para o objeto”. Isso quer dizer que primeiro a análise ocorreu na direção intranúcleo (dados que constituem o núcleo) para em um próximo momento avançar para a internúcleos. Para enfim, chegarmos às sínteses das múltiplas determinações e contradições presentes na atividade de coordenação do trabalho na equipe na ESF, só que agora em outro movimento, no pensamento e do pensamento.

7 ANÁLISE DOS DADOS

7.1 O CONCRETO ABSTRATO: aspectos gerais da realidade pesquisada

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada⁴¹ no município da pesquisa no ano de 1997, mais especificamente em julho deste ano, seguindo o processo de implantação da Saúde da Família no Estado de São Paulo, o qual iniciou a partir de 1996 (GUEDES; SANTOS; DI LORENZO, 2011). Isso marca o pioneirismo do referido município, sendo o primeiro da sua região em implantar serviços com esse modelo.

Nessa época o município contava com Unidades Básicas de Saúde, sendo a principal conhecida por “Postão”, localizada em uma região central, responsável pelo atendimento da maior parte da população. A Saúde da Família surge por meio de um interesse político. O prefeito da época teve contato com esse modelo em outro município do estado, que contava com o trabalho de assessoria de profissionais cubanos. Assim, do mesmo modo foi acordada tal assessoria para o município.

Cabe lembrar que o município já contava com o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS, que destinou R\$ 31 mil, suficientes apenas para a aquisição de uma perua tipo Kombi e a contratação de dez agentes comunitárias, que receberam treinamento em saúde pública. O transporte realizava o deslocamento das ACS nas áreas periféricas da cidade, consideradas mais vulneráveis. Em um dos encontros do grupo focal, uma ACS que fez parte dessa equipe, relatou um pouquinho como era esse trabalho:

Eu trabalho como agente comunitária porque eu fui convidada a fazer parte desse projeto na época, que faz dezenove anos que tem agente comunitário em [cidade XX] e eu fui convidada na época, que era um projeto primeiro, que o prefeito, queria saber se ia dar certo. Aí ele convidou dez meninas, deu um curso para a gente de meio, uns três meses e a gente foi para campo e aí deu certo, foi abrindo os PSF's, as unidades [...] a gente se localizava, antigamente era o Postão de Saúde, a gente ficava ali as dez. Tinha uma perua que levava cada uma num ponto da cidade, nas mediações da cidade. A gente fazia a visita, o carro ia lá e buscava a gente e tal [...]. E aí, abriu o PSF da [XX], foi o primeiro PSF. (Grupo ACS I).

⁴¹ A reconstrução do processo de implantação baseou-se no relato das entrevistas de dois médicos (M1 e M2) que participaram desse momento e por meio da consulta de material documental disponibilizado por M1 (relatórios das atividades desenvolvidas no primeiro ano de implantação, elaborados pelo médico, matérias de jornais da época) e dissertação de mestrado, cuja pesquisa foi realizada no mesmo município.

Montou-se uma equipe (um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde do PACS), para compor a primeira unidade do Programa de Saúde da Família, localizado em uma região periférica da cidade (composta por três bairros e duas favelas). Essa equipe contou com a assessoria de um médico cubano, o qual acompanhava e supervisionava as atividades desenvolvidas.

[...] a grande experiência foi o contato com o [XX], o médico cubano, foi entender bem a filosofia, o objetivo, o como fazer [PSF], enfim, ele não atuava evidentemente como médico, ele atuava como... Vamos dizer assim, um assessor nosso, mostrando como que a gente deveria atuar, isso incluiu, incluía as agentes comunitárias, a enfermeira, enfim [todos da equipe] [...] ele não atuava como médico e nem poderia, mas ele ficava assim, a gente ia fazer visita domiciliar ele ia junto, algum problema do ponto de vista técnico da enfermagem ou mesmo dos agentes comunitários, ele opinava. Eu fazia reuniões semanais com hipertensos e diabéticos para falar sobre a doença, para orientar, isso aí era comum, enfim, olha era muita atividade, eu não me lembro de tudo, mas a gente fazia reuniões entre a gente, sem dúvida, o agente levava para o médico ou eu perguntava, “olha aquele paciente assim, assim, assim, como que está?”, aquela agente me dava um retorno, “ah está melhorando tal”, enfim, essa era a rotina da gente, o [médico cubano] participava da rotina, ele só não atendia.

[...] Realmente, o, o, a filosofia, o objetivo da, do Programa de Saúde da Família, hoje chamado Estratégia, nem sei por quê, é o contato permanente, constante com as famílias de cada microárea, eu posso dizer com segurança que a permanência do médico e a equipe, porque uma coisa fundamental do Programa de Saúde da Família é a atuação em equipe, a enfermeira como coordenadora e os agentes comunitários. (Relatos extraído da entrevista com M1).

O período de assessoria do médico cubano perdurou em torno de seis meses, após a equipe consolidar o seu trabalho. Nesse período, a equipe iniciou suas atividades com o cadastramento da população. A parceria com segmentos da sociedade, somada à vivência de um ano de atuação das agentes comunitárias, forneceu informações sobre a situação epidemiológica e social da área, possibilitando a identificação dos fatores de risco, as doenças mais incidentes e a elaboração de um plano de ação para solucionar ou minimizar os problemas detectados.

De acordo com o relatório das atividades do período de julho-novembro/1997, a rotina de atendimento na unidade estava organizada: horário de atendimento das 7h às 17h de terça a sexta-feira, e das 7h às 19h às segundas-feiras (horário destinado, prioritariamente, aos estudantes e trabalhadores); o atendimento de enfermagem era prestado durante todo o horário de funcionamento da unidade; as agentes comunitárias realizavam as visitas tanto no período da manhã como no da tarde; entre outras atividades (exame preventivo, orientações para autoexame da mama, controle nutricional, controle de vacinação, entre outros).

Dessa avaliação preliminar do trabalho, concluíram que: 99,2% das famílias do território estavam cadastradas, a equipe realizou 632 visitas domiciliares, o que dá uma média mensal de 158 visitas ou oito por dia; foram realizadas 1255 consultas médicas com média mensal de 311 mês ou 15 por dia e 723 atendimentos de enfermagem com média mensal de 180 mês ou nove por dia. Dos atendimentos médicos realizados, seja na unidade e/ou no domicílio, 135 precisaram ser encaminhados para serviços especializados, o que perfaz um média de 10% de encaminhamento, ou seja, 90% das queixas foram resolvidas na unidade.

Além dessas atividades consta nesse relatório: *atendimento em grupo* (foram criados grupos de hipertensos e diabéticos, nos quais se desenvolvia trabalho de educação que engloba exercícios físicos, aspectos psicológicos e sociais por meio de palestras, dinâmicas de grupo, dinâmicas familiares, entrevistas e debates); *internação domiciliar* (somente dois pacientes receberam esse tipo de atendimento); *internação hospitalar* (ocorreram 38 internações hospitalares); *programa de atenção materno-infantil* (nesse curto período de funcionamento, não houve mortalidade infantil; a equipe acompanhou as cinco gestantes, menores de dezenove anos, que estavam em acompanhamento com obstetra do município); *condições higiênico/sanitários*; *prevenção de doenças crônico-degenerativas*; *reuniões mensais com a comunidade* (para conscientizar a população sobre o programa, facilitar sua comunicação com o serviço de saúde, conhecer os diferentes problemas de saúde e estabelecer planos de ação com participação comunitária); *programa educacional* (verificou-se a existência de 30% de analfabetismo e/ou escolaridade abaixo da 4ª série do ensino fundamental, providenciou, junto à Secretaria de Educação Municipal, a criação de um curso de alfabetização); *pesquisa do nível de satisfação da população* (realizada em outubro entre 351 pessoas cadastradas, dos que haviam sido atendidos 82,3% mostraram-se satisfeitos com o atendimento recebido).

O relatório encerra concluindo o balanço positivo da atuação do programa nesse curto período, com impactos relevantes para a saúde da população. Mas ressalta que o caminho a percorrer é longo, o qual dependeria tanto da continuidade e da força e estímulos recebidos, como também do dinamismo da equipe e de sua integração. Por fim, destacou o trabalho das ACS, que abriram as portas para o trabalho dos demais profissionais da equipe e apontou para a necessidade de estender o programa em outros bairros do município.

O município permaneceu com uma equipe durante três anos, mesmo período em que o médico também permaneceu na equipe⁴².

[...] após a implantação da primeira unidade, houve mudança de prefeito, o prefeito seguinte viu que era, que a população estava achando bom esse tipo de atendimento e.. evidentemente não poderia deixar de expandir. M1

Assim, em julho de 2000 foi inaugurada a segunda Unidade de Saúde da Família no município. De acordo com M2, médico que participou dessa equipe, ele trabalhava no hospital da cidade, sendo convidado a integrar a equipe da Saúde da Família. Teve contato com o modelo por meio da enfermeira e da auxiliar de enfermagem que trabalhavam na primeira equipe.

Então em 2000 a Prefeitura resolveu implantar a segunda unidade, aí eles vieram conversar comigo, “não o senhor tem o perfil”, essa história de perfil é um negócio complicado (risos) [...] essa [enfermeira] me emprestou até um livro escrito em português por um médico cubano que implantou talvez a primeira ou uma das primeiras unidades Saúde da Família no Brasil [...] ali era uma cartilha como implantar o PSF, a preparação da equipe, é... o reconhecimento da área, o mapeamento da área, o cadastramento da família [...] Então eu fiquei encantado, “puxa vida que negócio bem bolado”, você vai devagarzinho e quando você abre a unidade, é... você já conhece, você sabe com o que você tem que trabalhar, você já tem um diagnóstico básico das deficiências maiores ou do... ou pelo menos o número maior de doenças crônicas, de problemas de acesso, qualquer coisa desse sentido, então falei “bacana”.

[...] lá era um posto de saúde, me levaram lá, “aqui é a sua unidade de saúde da família”. Falei “que legal”, “essa aqui é tua sala, tal, aqui é onde o senhor vai atender e...”, uma pilha assim de prontuários para eu olhar, eu falei “ué, mas é isso? Isso eu já faço lá no Centrão”. “Não é desse jeito, depois o senhor vai devagarzinho, de tarde o senhor faz as visitas”. Então ali já foi minha primeira decepção porque eu não participei do mapeamento da área, da construção de nada, da formação da equipe, nós não tivemos nada juntos, foi atende. M2

Passados alguns meses da abertura da segunda unidade, abriu-se a terceira unidade.

[...] eu confesso para você que fiquei bastante perdido e falei “Ai, não sei se vou aguentar isso”, e também não lembro agora porque e fiquei seis meses nessa unidade e resolveram abrir a terceira unidade. Quando abriram a terceira unidade é... me chamaram e falaram assim, “você vai para a terceira unidade”. “Mas por quê?”, “não está tendo alguns problemas aqui”, “essa

⁴² M1 saiu da equipe em 2000, foi trabalhar em outra área e em outro município. No período de 2002-2004 voltou a trabalhar na Saúde da Família, só que em um município vizinho, retornando para a ESF do município da pesquisa em 2005, onde atuou até início de 2015, momento em que se afastou.

questão de demanda grande, algumas insatisfações, e nós vamos colocar a doutora [XX], na sua unidade aqui”.

Então aí eu passei seis meses nessa primeira unidade, fui para a segunda unidade, para a terceira unidade e... começa de novo, outra equipe, outro local e o mesmo problema. Eu falei “nossa, igual e como eu vou fazer se eu não estou conseguindo equacionar ali”. Por sorte é... nessa época, tinha, chegou, começou a prestar serviço na Prefeitura, a [XX], que era uma assistente social e que tinha uma visão bastante legal, então ela começou a trabalhar com a equipe e começou dar umas ideias de trabalho de comunidade. Então a gente começou a ter reuniões de equipe, a gente começou a discutir os problemas, a gente começou a fazer reuniões com a comunidade, fazer alguns trabalhos é... que me trouxeram um pouco mais de satisfação.

[...] passado alguns meses, a equipe começou a funcionar bem sincronizada, todo mundo estava se sentindo importante, então todo mundo estava indo além do.. além do pedido, essa parte foi bacana. Ai de repente cheguei um dia na unidade, já tinha um agente de saúde diferente, “mas quem que é? O que aconteceu?”. “Ah tô no lugar do fulano de tal”, “por quê? Ficou doente, saiu, morreu?”. “Não, não, não é... a secretária de saúde vai explicar”. Aí vem a secretária, “por que que mudaram a minha agente comunitária?”, “não essa agente comunitária que está com vocês, ela dava muito problema na unidade dela, então nós tiramos ela de lá e colocamos aqui”. Então tudo sempre assim, ao longo de todo o processo, algumas intervenções pontuais, sem questionar nada da equipe, sem, sem sabe, a gente dando nó em pingo d’água para tentar fazer o negócio funcionar e daqui a pouco vem um negócio de fora, por determinadas conveniências que você não consegue entender.

[...] esse segundo semestre foi bastante gratificante, comecei a aprender como se trabalha em equipe, como se aborda a comunidade porque isso é uma coisa que a gente não tem na Medicina, não tem [...] Mas aí também, não sei o que aconteceu, começou a ficar difícil, para o ano seguinte eu já vi que ia enroscar, e eu então é... e eu acabei indo para [cidade vizinha], fui fazer PSF em [cidade vizinha], porque uma professora amiga da minha esposa que é professora, “não o senhor tem que ir lá ajudar a gente”, o marido dela ganhou a Prefeitura lá e ficava buzinando na orelha, “nós vamos deixar o senhor trabalhar”, então vamos tentar. Aí fui também, a mesma coisa, os vícios, esses vícios administrativos, gerenciais, políticos, eles são espalhados, de todo o Brasil [...] M2.

Os relatos de M2 sobre esse processo ilustram parcialmente a política da gestão nesse processo de expansão da Saúde da Família no município. Além do trabalho com a comunidade, fomentado pela atuação da assistente social, ela também mediou parcerias com uma instituição de ensino superior local, viabilizando o desenvolvimento de atividades físicas realizadas por estagiários do curso de Educação Física.

[...] não sei de quem que partiu a ideia tá, eu conheci ela na unidade lá, mas alguém teve a ideia boa, “vamos pedir para uma assistente social ajudar no PSF” [...] então teve vários projetinhos que apareceram nessa época e que foram bons, por exemplo, tinha um monte de veinha, que tomavam, vinham todo dia com aquelas receitinhas diclofenaco e tal. Aí apareceu com a ideia “por que a gente não fala para o pessoal da educação física, vamos ver se a

gente consegue botar gente aqui, vamos fazer grupo de atividade de manhã e tal”. E o pessoal, “vamos”. Ela fez a intermediação, conseguiu, aí montou um grupo, sempre tinha algum aluno da educação física de manhã cedo lá na atividade, a equipe participava. Então todo mundo começou a sair para andar, fazer exercício, aí as pessoas começaram a aderir e passados ali quatro meses, é... diminuiu um negócio louco, aquela demanda por remédio analgésico. M2

Mas, de acordo com a própria assistente social⁴³, o seu trabalho nessa época, juntamente com uma enfermeira, era assessorar as equipes no processo de ampliação, construindo a proposta e delimitando os territórios. Como ressaltado na narrativa de M2, abordava a relação da equipe com a comunidade, a fim de fortalecer essa relação. Além disso, sua atuação ampliou-se dentro de uma perspectiva de gestão institucional⁴⁴ e formação dos trabalhadores para uma atuação voltada à determinação social da saúde com ênfase na participação social.

No período de 2000-2002 foram implantadas mais seis novas unidades do programa no município. No final de 2002 o município contava com nove Unidades de Saúde, sendo oito Programas de Saúde da Família e um Centro de Referência (C.S. II).

O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) foi implantado em 2008. Com relação a implantação de alguns dos demais dispositivos em saúde mental, em especial, o NASF, o CAPS e a RT, todos ocorreram no ano de 2010. Sobre a implantação do NASF, a psicóloga do Ambulatório de SM fazia parte da primeira equipe, lembrou um pouco desse momento:

[...] na verdade o NASF... quando eu trabalhei foi quando implantou, então assim, era muito novo, a gente começou errando para... mas assim, errando começou assim dar certo. Aí nesse período é... foram implantados alguns grupos, iniciado as reuniões com as equipes de saúde da família para começar esse matriciamento, mas nesse processo aí de transição, foi quando eu entrei na, eu passei no concurso e comecei no... no ambulatório de saúde mental e mudou a equipe e aí parou, o trabalho mudou e aí então... [...]
[...] por ser novo então tinha muitas coisas para... poder melhorar, para mudar, tudo que é novo leva um certo tempo [...] [mas] foi modelo, eu tive três profissionais, uma de Goiás, uma de Marília e a outra, eu não lembro, acho que foi do Mato Grosso, vieram buscar o modelo. Então nós tínhamos

⁴³ Contato realizado com a profissional via email.

⁴⁴ “Nesse sentido, houve uma construção do ser equipe – não sem conflitos – mas muito conectada entre o que queríamos fazer, porque sentávamos semanalmente e refletíamos sobre os nossos problemas corriqueiros, mas também sobre nossas utopias para o serviço e lutávamos bravamente para aquilo dar certo. Devo ressaltar que isso não se aplicava a todas as equipes, os ritmos, as relações de poder, os hábitos profissionais, variavam muito de equipe para equipe, o que ao meu ver era aceitável, mas no geral, havia um compromisso em produzir um serviço e ações de qualidade” (Assistente Social).

um projeto, então buscaram o nosso modelo para ser implantado nessas cidades porque [cidade da pesquisa] é foi uma das primeiras cidades que implantou, então se desse continuidade é talvez pudesse... [ser referência] (Grupo Saúde Mental).

Em relação à implantação da RT, a coordenadora participou de todo o processo, tendo tido experiência em trabalhos anteriores na área, fechamento de um hospital psiquiátrico e abertura de RT. Lembrou⁴⁵ das dificuldades que tiveram na época, muitas discórdias com a gestão municipal, que não queriam a RT porque os moradores não eram da cidade, vieram de um hospital de outro município da região. Além da resistência dos gestores, conta que tiveram que lidar com a dos moradores vizinhos a casa escolhida para a RT, os quais se mobilizaram para não implantar a residência naquela localidade.

Somado a isso, o processo de adaptação dos usuários foi difícil, dos oito moradores, apenas quatro possuíam documentos pessoais; todos os usuários encontravam-se em uma condição crônica (tomavam muita medicação), não dispunham de capacidades para o desenvolvimento das Atividades para a Vida Diária (AVD), como se previa no projeto inicial para a RT. Além disso, encontraram dificuldades de fixar profissionais com “perfil” para o trabalho de cuidador.

Em 2012 o município inaugurou mais uma Unidade Básica de Saúde da Família, passando a atingir 100% de cobertura da ESF na Atenção Básica.

Hoje o município possui nove equipes de Saúde da Família, sendo as UBSF a porta de entrada para o sistema de saúde. A composição para a equipe está de acordo com o previsto na PNAB (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde), com algumas variações: no número de técnicos de enfermagem por equipe, do mesmo modo no número de agentes comunitários a depender do número de famílias cobertas pela unidade; há cinco equipes de saúde bucal, fixadas em cinco unidades, mas que atendem toda a população, já que as famílias das outras quatro unidades se deslocam para receber o atendimento nas unidades que possuem essa equipe. Outro diferencial na composição das equipes, refere a presença dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) incorporados às equipes a partir de 2009 (Apêndice IV – Quadro 6. Caracterização das Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família)⁴⁶.

Os profissionais responsáveis pela gerência da unidade são os enfermeiros, os quais são coordenados por duas enfermeiras alocadas na Secretaria Municipal de Saúde

⁴⁵ Relato do diário de campo da visita da pesquisadora na Residência Terapêutica.

⁴⁶ Dados obtidos por meio dos questionários e da entrevista com uma das coordenadoras da AB.

(SMS), uma responsável por quatro equipes e a outra por cinco equipes. Segundo explica uma das coordenadoras⁴⁷ na SMS:

As nossas atividades é mais uma atividade de apoio mesmo às Estratégias de Saúde da Família. Então assim as dificuldades às vezes em relação aos funcionários ou mesmo à paciente, que as enfermeiras que são as atuantes nas unidades, as chefes de unidade, no que elas precisam a gente auxilia elas e ficamos aqui na administração também, aqui na Secretaria, atendendo reclamação de paciente, atendendo alguma dificuldade e planejando algumas ações e atividades para atuar nas Estratégias de Saúde da Família mesmo. (Coordenação AB).

O apoio relatado ocorre, em especial, através de uma reunião realizada com as gerentes com frequência quinzenal, espaço para discutir as dificuldades trazidas em relação ao trabalho, planejamento e passar informações da gestão.

[...] nessas reuniões a gente faz o levantamento de problemas, se tem alguma dificuldade, se está tendo alguma dificuldade. Por que assim, a gente tenta trabalhar todas as unidades de uma forma geral assim, praticamente igual, mas cada uma tem a sua particularidade. Então assim às vezes, acaba trocando experiência, o que uma está tendo dificuldade, hoje já tem mais facilidade, acaba trocando essa experiência, e o que elas têm dificuldade aí a gente acaba levando pro secretário de saúde ou pra secretária dele, e a gente tenta da melhor maneira solucionar. Essa reunião é o que mais nos ajuda mesmo, que é onde a gente faz as trocas de experiência. (Coordenação AB).

Em relação às dificuldades das gerentes, a coordenadora relata que:

Ah, é mais em relação a... [pequena pausa] acho que atuação no campo mesmo dos agentes comunitários entendeu. Assim, acho que a dificuldade deles abordarem o usuário, a dificuldade de tá tendo um retorno, um feedback do, do agente trazer o problema mesmo, porque assim, cai numa rotina que eles não tem um olhar tão amplo como se nós enfermeiros tivéssemos indo na unidade, a gente consegue ter um olhar mais amplo. Eles assim, fica muito robotizado, vai lá faz aquelas perguntinhas de praxe, então assim acho que a maior dificuldade nossa mesmo é tentar mudar o olhar do agente comunitário pra... para um olhar voltado para a prevenção mesmo e levantamento de problemas para a gente tentar solucionar. Essa é a maior dificuldade hoje. (Coordenação AB).

O fluxo do atendimento no sistema de saúde local, de acordo com a coordenadora, organiza-se com a ESF na porta de entrada responsável em executar as principais ações na atenção básica, exceto nos casos da saúde da mulher e da criança, cuja assistência ocorre na

⁴⁷ Antes de estar coordenadora na SMS, a profissional já tinha trabalhado em duas UBSF no município, totalizando um período de sete anos.

Clínica da Mulher e na Clínica da Criança, respectivamente. Além disso, o Núcleo de Apoio à Saúde, onde estão os médicos que possuem vínculo com o Estado, médicos clínicos e urologistas, realizam alguns atendimentos que seriam da ESF, quando a demanda da unidade está muito grande e também atendem os funcionários municipais, quando necessário, por ter uma flexibilização de horário (atendem no horário do almoço).

Com relação ao atendimento na rede de atenção psicossocial, a coordenadora explica como acontece o fluxo:

[...] a porta de entrada é sempre o PSF, aí a gente faz o encaminhamento, faz avaliação médica, e encaminha para a [assistente social do Ambulatório de Saúde Mental], ela faz a peneira, vamos dizer assim, ela que encaminha para o psiquiátrico quando tem necessidade, se vê que é um caso mais tranquilo, que dá para esperar mais um pouco, aí tem o médico do CAPS, só que ele ainda não é psiquiatra, que é o Dr. [XX], então às vezes ela passa primeiro pra ele e aí ela dá o encaminhamento. Aí fica CAPS e a psiquiatra que é a Dra. [XX, do Ambulatório de Saúde Mental]. (Coordenação AB).

Em relação às dificuldades que chegam até ela acerca desse tipo de necessidade de cuidado, comenta que:

Acaba tendo dificuldade em relação assim, porque se o paciente tem algum surto, alguma dificuldade maior em casa, os nossos profissionais médicos das unidades acabam não tendo tanta experiência, tanta prática. Aí fica naquela dificuldade assim, agendar psiquiatra, para onde encaminhar, como encaminhar, então é essa dificuldade, que quem nos ajuda bastante em relação a isso é a [assistente social], que ela tem um jogo de cintura, ela que faz uma pré avaliação antes de agendar para o psiquiatra.

Reconhece a falta de apoio aos profissionais na AB para a realização desse tipo de cuidado, atividade que não tem sido desenvolvida pelo NASF:

[...] na estratégia eu acho que... a integração é boa, o que falta às vezes é apoio assim, porque nós temos o NASF aqui, mas é... [Interrupção – outro profissional entrou na sala]. É... então voltando, a integração é legal, mas às vezes acho que falta um apoio em relação à profissional mesmo. Às vezes um psicólogo ir até a unidade, às vezes assistente social para ajudar a gente no apoio lá na casa, porque se a gente precisar do psicólogo, é tudo encaminhado e aí é onde a gente não consegue a contrarreferência. Então eu acho que fica a dificuldade é essa no atendimento, porque na equipe de saúde da família acaba sendo pra enfermeira e às vezes por falta de conhecimento, alguma coisa, às vezes a gente acaba deixando a desejar, mas às vezes se tivesse uma psicóloga, uma assistente social que fosse até lá, acho que às vezes poderia ter um atendimento mais intenso para esse usuário.

[...] o NASF que nós temos, nós temos o NASF também, só que ele não está atuante no momento, tem uma psicóloga e uma fisio só, mas no momento está meio.... parado o serviço delas, elas estão terminando, se envolvendo em outro tipos de ação e não o apoio lá na unidade mesmo (Coordenadora AB).

A intenção aqui em resgatar os aspectos do período da implantação, descrito pelos médicos, bem como apresentar uma visão mais atualizada por meio da perspectiva da coordenação da Atenção Básica na Secretaria Municipal foi a de mostrar um pano de fundo da realidade pesquisada, considerando o que Heller⁴⁸ (1985) nos diz sobre o lugar privilegiado em que ocupa a vida cotidiana para a apreensão do aspecto histórico. Mesmo reconhecendo a limitação dos relatos aqui elencados, a descrição, ou mesmo, as explicações expressas nos discursos desses trabalhadores, constituem no ponto de partida (concreto abstrato) para captar as mediações e as contradições da totalidade pesquisada.

7.2 OS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO: desvelando a essência do objeto

A construção dos núcleos de significação implica em dois movimentos: o primeiro “*que vai do empírico às abstrações* (movimento de análise caracterizado pelo levantamento de pré-indicadores e pela sistematização de indicadores) e *das abstrações ao concreto* (movimento de síntese caracterizado pela sistematização dos núcleos)” (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015, p.72).

Desse modo, o início da análise deu-se com o processo de construção dos núcleos, dentro das temáticas centrais, as quais se constituem enquanto objeto dessa pesquisa: *trabalho em equipe, a coordenação do trabalho na equipe e o relato das ações de cuidado em saúde mental em interface com a rede de atenção psicossocial*.

Os núcleos de significação assimilados no processo de análise foram:

- 1) A coordenação da equipe como “elo de ligação”;
- 2) O trabalho da equipe está centrado no médico;
- 3) Os tipos de vínculos de trabalho e seus impactos na rotatividade dos trabalhadores;
- 4) O cuidado em saúde mental exige tempo, escuta e vínculo;
- 5) Do reconhecer ao fazer frente às necessidades psicossociais: o sofrer e o pensar profissional;
- 6) ESF: porta de encaminhamento e medicação;

⁴⁸ Agnes Heller, nasceu em 1929, pensadora marxista, é uma das principais representantes da Escola de Budapeste. Sua obra aborda de maneira central questões sobre a vida cotidiana, abordando aspectos das relações entre a vida comum dos homens e os movimentos da história (PATTO, 1993). Nas palavras da autora: “A vida não está “fora” da história, mas no “centro” do acontecer histórico: é a verdadeira “essência” da substância social” (HELLER, 1985, p. 20).

- 7) A distante, desconhecida e inexistente rede de atenção psicossocial;
- 8) As limitações e potencialidades da atividade do ACS para a atenção psicossocial.

A análise dos núcleos permite apreendermos a estrutura e a dinâmica do processo de trabalho na ESF, com ênfase para a atividade de coordenação. Iniciamos pelo núcleo que discute as condições em que se estrutura a atividade da coordenação, bem como as significações de profissionais que compõem as eqSF e, de maneira especial, as das próprias coordenadoras. Como essa atividade configura a análise central do trabalho, ela perpassa desvelando-se na discussão de todos os demais núcleos, os quais explicitam aspectos da organização do trabalho para a produção do cuidado de saúde mental na ESF e na rede de atenção psicossocial.

7.2.1 A coordenação da equipe como “elo de ligação”

Como já mencionado, a Enfermagem assume a gerência das unidades sozinha, visto que não a compartilha com o médico e nem com o dentista conforme é previsto na PNAB, ao apontar a participação do gerenciamento dos insumos necessários como atribuição comum aos três profissionais (BRASIL, 2012a). Conciliando-a com as atividades no âmbito assistencial, a gerência da unidade envolve necessariamente a coordenação do trabalho na equipe.

Vale lembrar que esse papel de “ligação” do coordenador/gerente já vem sendo discutido desde o modelo de Ação Programática, quando Castanheira (1996) ressalta que a gerência deve assumir a posição intermediária entre as centrais da gestão e o processo de produção em saúde na unidade. Manoel (2012) também faz referência a essa postura mediadora ocupada pelos coordenadores, que acontece em dois sentidos: nas relações (da) e entre a equipe e da equipe com a gestão. Trazendo essa discussão para o contexto da pesquisa, podemos identificar as particularidades nas significações e os sentidos atribuídos a essa “posição intermediária/mediadora”, bem como as suas implicações para a organização do trabalho.

A estrutura das relações entre a gestão local e a coordenação da unidade está configurada de forma verticalizada. Mediando esses dois “polos” encontram-se ainda as

coordenadoras da AB, representantes diretas da gestão local. Assim, a hierarquia é composta por: GESTOR ↔ COORDENADORAS AB ↔ COORDENADORA ESF⁴⁹ ↔ EQUIPE ESF.

A rigidez nessa hierarquia é explicitada nas falas tanto de profissionais da equipe como nas das próprias coordenadoras da ESF:

[...] E se você ligar direto na secretaria, a enfermeira fala assim “não, mas porque você foi lá, você tem que falar comigo”, porque ela é a chefe da unidade, então você tem que falar para ela e ela falar para a secretaria alguma coisa.

Até com a nossa coordenadora, tem duas coordenadoras [coordenadoras AB] a gente para conseguir [falar], a gente tem que pegar ela na hora que ela vai lá, “por favor vem aqui”[...].

(Grupo ACS I).

[...] eu sinto falta do secretário na unidade. [...] porque a gente não tem esse momento de bate papo.

Eu sinto falta da gente conversar sabe, ter acesso a ele [secretário de saúde]

(Grupo Coordenadoras ESF).

As falas expressam o contexto institucional e relacional em que estão inseridos os trabalhadores da ESF. As relações estanques, decorrentes da posição/subordinação dos profissionais dentro de uma organização pouco flexível, já apontam, em um plano imediato e visível, para uma reprodução da estruturação da divisão social do trabalho no modo de produção capitalista.

Estamos considerando a equipe enquanto um contexto grupal. Dessa forma, Martín-Baró (1989), em uma perspectiva dialética, apresenta uma tipologia de grupos (primário, funcional e estrutural), na qual utiliza como parâmetro de análise algumas características essenciais: a identidade, o poder e a atividade. O autor nos explica que os grupos funcionais surgem por uma divisão do trabalho que necessariamente está inserida no interior de um determinado sistema social. Assim, na formação organizativa dos grupos sempre há uma dimensão pessoal (referida aos seus membros) e uma dimensão estrutural (referida à sociedade em que se produz) que estão interligadas entre si. A eqSF consiste em um grupo funcional, haja vista que surge pautada na divisão social do trabalho. Portanto, trata-se de um grupo institucionalizado, cujo surgimento esteve condicionado às políticas de saúde, especificamente, a implantação da Estratégia Saúde da Família como modelo para a assistência em saúde na Atenção Básica.

⁴⁹ As coordenadoras da ESF possuem um vínculo de trabalho por meio de concurso público, assim como os demais profissionais na ESF, com exceção da maioria dos médicos da ESF.

Como destaca Afonso (2013), os “padrões de *interação, comunicação e participação* dizem muito sobre a capacidade do grupo de enfrentar suas dificuldades e trabalhar por seus objetivos. Quanto menos centralizadas, e mais abertas e democráticas, melhor fluem a comunicação e participação [...]” (p. 30 – grifos das autoras).

No entanto, a comunicação ocorre sempre que necessária, seguindo a hierarquia centralizada, e nos espaços de reuniões. Entre a coordenação da AB e da ESF as reuniões, geralmente, ocorrem com uma frequência quinzenal, e entre as coordenadoras da ESF e a equipe, semanalmente. Nesses espaços são repassadas as ações/as normativas estabelecidas pela gestão e que deverão ser realizadas em cada unidade. No entanto, dessa forma de comunicação emergem algumas dificuldades apontadas e vivenciadas pelos profissionais:

[...] a equipe dos superiores que estão lá enviando as ordens para a gente também, então nesse caso eu sinto dificuldade, eles mandam o recado, é passado para a gente, a gente passa para o paciente e depois eles mudam.. [...] É.. depois você passa por mentiroso [...]Aí você passa de mentiroso. Então isso também, então essa falta de companheirismo também está com os superiores lá (Grupo ACS II)

[...] É aquilo que ela falou, muitas vezes, o superior, a gente tem muita falha, eu, eu penso, eu sinto muitas falhas nos superiores, nos outros porque assim, tem coisa que o paciente, ele que te fala, aí você fala assim “ah”, não estou sabendo (Grupo ACS II).

Às vezes falta assim, coisa que para chegar na unidade e passar para nós. Que às vezes nem a enfermeira está sabendo (Grupo ACS II).

Nos casos expostos, os problemas de comunicação acontecem exatamente pela centralização da informação. As falhas no processo de comunicação, seja de mudanças não informadas ou mesmo de informações não repassadas, prejudicam diretamente as relações dos profissionais com os usuários, pois tendem a desqualificar o seu trabalho, ao mesmo tempo em que desagrega a confiança do usuário no serviço.

Com relação à atividade da coordenação na ESF, as principais dificuldades desse sistema de gestão na perspectiva das profissionais incidem na sua “ausência de autonomia” e em “coordenar” os profissionais médicos e ACS. A questão da autonomia é refletida por Campos (1997) como um paradoxo entre a atribuição institucional de responsabilidade e a autonomia profissional. Diante disso o autor questiona a busca pelo controle institucional na operacionalização do sistema de saúde. Faz uma reflexão que “supõe-se a possibilidade de a gerência controlar e regulamentar toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho. Com

isso, termina-se retirando do trabalhador a responsabilidade pela criação autônoma e desregulamentada” (p. 231).

Para as coordenadoras a normatização das ações pela gestão as impedem de realizar algumas mudanças desejáveis como: a implantação do agendamento cem por cento; não ter que “abrir mão” do trabalho do ACS, por um longo período, para atividades de vigilância à saúde (“arrastão da dengue”) e de poder solicitar funcionários.

Cabe lembrar que a organização da agenda foi um dos pontos melhor explicitados pela última PNAB, no sentido de esclarecer os equívocos de propostas que limitam o acesso, como por exemplo, o agendamento cem por cento programático. A política atenta em vários momentos para a necessária articulação da demanda programada e espontânea, devendo ser norteada por critérios de risco e vulnerabilidade. Abaixo um trecho que aborda esse aspecto:

Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários (BRASIL, 2012a, p. 41).

Quanto ao direcionamento da atividade dos ACS para a vigilância à saúde⁵⁰ decorre da epidemia de dengue. O problema ressaltado é pela dedicação exclusiva a essas atividades por um longo tempo. Além do mais, essa é uma reclamação frequente dos ACS também. O outro ponto levantado pelas coordenadoras é para solicitação de novos funcionários, referindo à solicitação de mais uma técnica de enfermagem para compor a equipe. Mas como esses trabalhadores são contratados via concurso público, tal solicitação deve ter aprovação do legislativo municipal.

Como sintetizou uma das coordenadoras, as propostas de mudanças - “*Não é nada revolucionário*”. Podemos identificar que os conflitos maiores da “ausência de autonomia” dá-se na subordinação das coordenadoras à gestão frente às reclamações dos usuários.

⁵⁰ Essa é uma das atividades contempladas como atribuição do ACS, conforme a PNAB (BRASIL, 2012a): “Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco” (p. 49).

Vamos supor, o paciente chegou agora, “eu quero passar em consulta agora a tarde com a doutora para mostrar um exame”, você fala “não é agendado, tem ir no outro dia”, a secretaria liga “ele vai amanhã cedo, e que hora que ele tem que estar aí porque ele não pode estar esperando”. [...] Nossa, não tem autonomia, a gente já falou que é para agendar... [...] Você se sente humilhado perante o paciente. (Grupo Coordenadoras ESF).

[...] as minhas reclamações é porque a consulta pediu encaminhamento e o médico não deu [...] Eles não ligam para o médico, [a coordenação da AB e a assessora do secretário], eles não ligam, porque eu tinha muito problema, eles ligavam para mim, pede para o médico fazer isso [...] deveria falar diretamente com o médico. Mas sabe o que eu falo, “é conduta médica, porque não ligou para o médico, eu já vou estou falando o que vai ser, eu vou deixar a critério dele tá”, a minha médica que estava, quando eu falava, “oh doutora, houve isso, a [assessora do secretário de saúde] pediu para a senhora se por gentileza”, porque você tem dar uma passada de mão, aí ela era irônica e fazia assim, “a pedido”, quer dizer, ela não descrevia no histórico a queixa, o que o paciente necessitava, de repente necessitava, então coloca “a pedido”, então gerava o que, uma polêmica, “a pedido”, como é que? Mas passava, aceitava o encaminhamento. (Grupo Coordenadoras ESF).

Outros profissionais também reclamam desse tipo de condução da gestão na SMS face às queixas dos usuários:

[...] [chega usuário] eu fui na secretaria e eles mandaram vir aqui”, ou senão a secretaria liga e fala assim, “é para atender esse paciente”.. (Grupo ACS III).

[...] não oh, não pode, você não pode ser atendido aqui”, ele sobe na secretaria, a secretaria fala “não vocês vão atender”, aí o paciente vem dando risada da sua cara, “falei que conseguia”. Então é uma coisa que, porque que a gente tá aqui, a gente fala que não, porque passam na reunião “oh, não pode, não pode acontecer isso”; “paciente, você não pode, isso não pode acontecer, a gente não pode fazer isso para você”, aí liga lá na secretaria, faz um barraco, não sei como faz, aí “oh, gente tem que fazer isso para ele tá”. (Grupo ACS I).

A gente fica desmoralizada, tipo assim, você fica desmoralizada porque foi instruída para fazer alguma coisa naquela regra... (Grupo ACS I).

A “quebra” das próprias normativas instituídas para a organização do trabalho na ESF, a fim de atender indiscriminadamente as exigências dos usuários, nos mostram a quem se direciona a “contratualização” do trabalho na gestão, aludindo para o modelo que Merhy (2006) chamou de “político clientelista e populista que expressam formas dominantes de certos grupos gestores se colocarem em cena” (p. 19). Testa (1992) também toca nessa questão ao discutir sobre os interesses dos diferentes grupos sociais nos serviços da APS.

Dentre esses grupos, o autor cita o grupo dos políticos, que utiliza o “terreno da saúde, como uma arena de debates na luta pelo acesso ou conservação do poder alcançado” (p. 168).

As constantes interferências da gestão representam uma distorção da orientação dos modelos de atenção à saúde de se ordenarem sob a lógica da centralidade do usuário, ou melhor, nas necessidades do usuário. Aspecto não observado nos relatos. Pelo contrário, segundo os profissionais, essas ações da gestão violam os princípios de equidade, pois a ordem de prioridade dada não respeita as condições de maior necessidade. Além disso, reforçam “o uso do serviço” que busca por privilégios, pautados em interesses próprios, típico do individualismo difundido pela ideologia capitalista (*o self-made-man*), sem efetivar as potencialidades do controle social para a construção de um sistema de saúde universal.

Além dessas solicitações da secretaria, as coordenadoras recorrentemente se deparam com os “pedidos políticos” (vereadores, primeira dama), não tendo muitas vezes em quem se amparar, pois nessa relação com a gestão municipal, o secretário de saúde torna-se subordinado também (“[...] o [secretário] já tentou sair várias vezes gente por conta que o próprio [secretário] não tem autonomia” – (Grupo Coordenadoras ESF).

Desvelado esse contexto, conseguimos agora entender melhor a finalidade do trabalho da coordenadora da AB, quando comenta sobre o seu papel na gestão: “[...] ficamos aqui na administração também, aqui na secretaria, atendendo reclamação de paciente, atendendo alguma dificuldade e planejando algumas ações e atividades para atuar nas Estratégias de Saúde da Família mesmo”.

O trabalho da gestão torna-se cada vez mais alienado em relação às reais necessidades de saúde e dos profissionais:

Igual a nossa coordenadora [Atenção Básica], a coordenação hoje ela coordena é... os conflitos e os problemas, mas tipo assim, planejamento faz muito tempo que não se senta e se faz um planejamento. (Grupo Coordenadoras ESF).

Na unidade eu acho assim que não adianta [tentar mudar o processo de trabalho], seria a reunião com o secretário que a gente [ACS] já tentou, mas não adianta também, porque é o que ele quer e acabou. (Grupo ACS I).

O gestor não tem conhecimento do que se passa nas unidades, é a grande verdade. [...] Na verdade, ele teria que estar vendo, para ele ver como funciona, mas isso não acontece nessa secretaria. (Grupo ACS II).

[...] uma coisa que eu sinto, se exige muito da gente [ACS] na questão de números, só que eles [SMS] não dão o respaldo, não dão o embasamento para a gente, eles não querem saber o que você passa, eles não querem saber o que você sente, você tem que produzir e ponto final, se você tem uniforme,

se você tem protetor, o problema é seu, entendeu, a questão é você me entregar [a produção]. (Grupo ACS III).

Não só as coordenadoras da unidade, mas os demais profissionais mencionaram como as determinações da gestão refletem no trabalho e são significadas, de modo que as possibilidades das mudanças competem unicamente ao gestor e à coordenação da unidade cabe organizar os processos de trabalho internamente, dentro do estabelecido pela gestão, mediando os processos relacionais na equipe.

Na perspectiva da equipe o coordenador não deve ter uma postura autoritária, deve acolher a opinião de todos, é o responsável por organizar o processo de trabalho e por unir a equipe, na busca por um ambiente de trabalho mais harmonioso. Ao mesmo tempo, alguns ficam em dúvida quanto à postura da coordenadora da ESF na mediação com a gestão.

[...] Assim, quanto mais impõe [a coordenação], quanto mais radical, menos resposta se tem da equipe [...] não vir e impor “façam isso”, aí você... eu acho que estraga tudo, se vier para uma equipe e falar “vocês façam isso”, agora você ter a opinião de um e de outro e de outro, é legal (Grupo ACS I).

Eu acho que sim, principalmente, falar a mesma língua. [...] Na nossa frente nós somos defendidos lá [reunião com a coordenação AB], eu não sei se ela [coordenadora] entre elas (Grupo ACS II).

Eu acho assim, o enfermeiro é fundamental. [...] O enfermeiro é o elo de ligação, se o enfermeiro, é que nem um bolo, se o enfermeiro fazer a receita certa, ficou moreno, ficou uma beleza. Na unidade hoje a gente conseguiu ter uma boa harmonia, por isso, o enfermeiro ajudou, a enfermeira ajudou, todo mundo ajudou, aí você tem uma harmonia porque se você trabalha num local harmônico, é muito mais gostoso, flui melhor o dia, a gente trabalha mais feliz, o enfermeiro é fundamental. [...] O enfermeiro faz a equipe na unidade [...] A unidade fica de acordo com o enfermeiro hoje (Grupo ACS III).

[...] cada um trabalha de um jeito, então ele [coordenador] vai organizar do jeito dele a equipe (Grupo Técnicas Enfermagem).

Na Enfermagem encontramos muitas discussões em torno da liderança, enquanto uma competência necessária aos profissionais da área, a qual é descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso (DCN):

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001b, p. 02).

Um problema que se coloca nessa discussão, é de que, na maioria das vezes, o foco acerca da liderança volta-se mais para as habilidades pessoais do líder, tendo em vista aumentar a sua força de convencimento e persuasão, perdendo-se de vista o objetivo das ações.

Na revisão integrativa de Lanzoni e Meirelles (2011) sobre o tema na atuação da enfermagem, os autores verificaram que a maioria dos estudos busca associar as características pessoais aos estilos de liderança. O estudo concluiu que há uma nova tendência no estilo de liderança da enfermagem, denominada de “liderança autêntica”, definida como “[...] participativa, com foco na comunicação, como forma de alcançar melhores resultados em saúde e superar os desafios não lineares com uma só causa” (p. 06).

Além de ressaltarem a responsabilidade sob a forma de organização do trabalho, os profissionais trazem a representação ideológica do papel do líder para a coordenação, que não deve ter uma postura autoritária, bem como deve buscar construir um clima respeitoso e de liberdade de opinião e união entre a equipe. Mas se verifica, no âmbito da ação, a tentativa da reprodução da estrutura relacional instituída pela gestão.

Nas mediações na equipe as relações com o médico são apontadas como uma dificuldade porque, segundo as coordenadoras, sua atividade é limitada por causa da “ausência de autonomia”.

[...] de certa forma, atribui para a gente como coordenador de equipe e quem é da equipe, o médico, só que nunca, eu não sei as colegas, se o secretário ou nosso coordenador, chegou e falou, “é função sua, você..”, então eu tenho até receio de falar “doutora hoje você tem que voltar a tarde”, porque não volta... [...] eu tenho receio de falar “doutora você volta e fica até as cinco, hoje você não pode tirar abonada, oh seu horário [aponta para o relógio no pulso]”, entendeu, como a gente faria com colega de, os nossos é.. funcionários da equipe [...] porque não foi atribuído, fora que não foi atribuído formalmente, não te dá respaldo, porque o médico ele pode [...] eles já vem, acho que na faculdade eles aprendem isso... (Grupo Coordenadoras ESF).

A gente não tem autonomia nenhuma perante o médico. (Grupo Coordenadoras ESF).

Então eu acho que a única, a nossa coordenação tiver que coordenar o médico, a gente tem que ser colega de trabalho e trabalhar junto, a única coordenação (Grupo Coordenadoras ESF).

Os impasses entre coordenação-médico se referem, em especial, à condição diferenciada do médico no que diz respeito ao não cumprimento da carga horária e com isso as suas atividades burocráticas são assumidas pelas enfermeiras e/ou equipe. Analisando o

exemplo de autonomia dado por uma das coordenadoras, conseguimos identificar uma outra significação para o termo:

Vamos supor, eu tenho autonomia de falar assim para o agente, “eu quero que você vai na casa agora desse paciente”, ele vai agora, eu pedi para ir agora (Grupo Coordenadoras ESF).

No movimento de tentar captar o pensamento realizado nas palavras, Vigotski (1934/2000) nos diz que a relação de diálogo nos permite perceber o aspecto acústico, ou seja, a entonação da fala. Assim, conseguimos compreender a diferenciação do significado das palavras. Na fala acima emprega-se a palavra autonomia, mas no contexto descrito e a entonação observada, a palavra assume uma outra significação, o de ter poder de mando, desvelando a dificuldade da enfermagem em assumir esse papel, sobretudo, pela histórica relação de subordinação perante o médico.

A utilização do termo autonomia no lugar de poder sinaliza para a significação negativa que esta palavra denota. Como nos disse Foucault (1979/2005) “Quando se define os efeitos do poder pela repressão, tem-se uma concepção puramente jurídica deste mesmo poder; [...]. Ora, creio ser esta uma noção negativa, estreita e esquelética do poder que curiosamente todo mundo aceitou (p. 07-08). Desse modo, a significação social de poder vincula-se muitas vezes ao *não*, ou seja, à sua força de proibição.

Todavia, Martin-Baró (1989) ressalta que o poder se encontra nas relações e, desse modo, não é algo abstrato e nem um objeto dado, mas algo que emerge em uma relação concreta. Dessa forma, define três características essenciais do poder: 1) se dá nas relações sociais; 2) se baseia na posse de recursos; 3) produz um efeito na mesma relação social. Dentro dessa concepção, o poder não é visto somente dentro de um espectro negativo. O autor destaca que o poder é um fenômeno social, em que perpassa as relações sociais de pessoas e grupos. Sendo assim, é apreendido por meio da imposição de uns sobre os outros. Caso que não ocorre na relação coordenadoras-médicos, pois as profissionais não se impõem como fazem com os ACS, como observado nos exemplos.

E isso acontece porque não lhes foi atribuída essa autoridade pela gestão para exercerem nas relações com os médicos. Esse é o segundo aspecto que Martín-Baró (1989) destacou, o da posse dos recursos. As coordenadoras não dispõem do recurso da autoridade frente aos profissionais médicos para controlarem seu horário de trabalho, por exemplo. O desequilíbrio das relações decorre da assimetria na disposição dos recursos, fazendo com que um se sobreponha ao outro, visto que um detém o recurso enquanto o outro não. Convém

dizer que os recursos são de várias dimensões: capacidade técnica, científica ou profissional; econômico, material; moral, cultural; afetiva, pessoal. Segundo o autor, tudo isso produz um efeito nas relações com o outro. “O resultado mais óbvio do poder está no comportamento dos envolvidos na relação: a obediência ou submissão de um; o exercício da autoridade ou do domínio do outro. O poder configura assim o fazer de pessoas e grupos” (MARTIN-BARÓ, 1989, p. 99).

Na análise realizada, a atividade de coordenação implica necessariamente no controle das ações dos trabalhadores. E uma das condições para esse tipo de significação relaciona-se à categoria profissional:

[...] a ênfase do coordenar apropriado como gerenciar está estritamente relacionada à categoria profissional que assume a função de coordenação de equipe, a Enfermagem. Pela própria construção histórica da atividade da profissão, sua formação profissional contempla os aspectos da administração e gerência dos serviços de saúde (MANOEL, 2012, p. 196).

Além disso, há duas particularidades que devem ser ressaltadas nessa dificuldade em se coordenar a atividade do profissional médico. A primeira refere-se ao recurso técnico de que dispõe o médico. Como já explicitado, a subordinação da Enfermagem à Medicina está presente desde o seu surgimento. Como ressalta Pires (1989), se tomarmos como referência o trabalho em saúde, as ações da Enfermagem adquiriram uma relativa autonomia. No entanto, em relação ao trabalho médico, há que se considerar o fato de que ele detém o controle do ato de saúde. A outra particularidade diz respeito ao poder de barganha que o médico dispõe junto às gestões, que “tapam os olhos” diante do comportamento médico de burlar as regras (CAMPOS, 1997)

No relato de M1 ele toca nessa questão:

[...] se você não tem nenhuma especialidade, você tem é que ficar e trabalhar oito horas na unidade, se você tem alguma especialidade, ou você monta um consultório e cuida da sua vida com o consultório ou então, no início, eles pegam o cargo, assumem o cargo e aos poucos ele monta um consultório e ele não cumpre as oito horas. Isso é comum, é muito comum, mesmo o médico que já está na cidade e que vagou algum e o consultório dele não vai muito bem porque hoje particular é muito raro, para ele complementar o seu, sua renda ele assume o cargo de médico de família. Mas quando tem consulta, ou ele designa um horário para a consulta ou ele sai da unidade e vai lá para [o consultório], o secretário ou os secretários de saúde, muitas vezes, são obrigados a fechar os olhos um pouquinho por causa que ele precisa do elemento naquela unidade, “ah tá difícil de achar”, ou então o salário é razoável, não é um bom salário, e o cidadão, fala “olha, eu posso assumir, eu tenho meu consultório, não posso trabalhar oito horas e?”, “tá bom vai lá”. Isso é muito comum...

Mas, reafirma uma das coordenadoras que é uma questão da gestão do município:

É do município isso. Porque eu trabalhava em [XX], lá em [XX] tirou o ponto, não tinha mais o ponto digital, era uma pastinha em cima da mesa das enfermeiras em todas as unidades, o médico tinha que chegar e assinar na nossa mesa o horário, a hora que ele ia almoçar, ele tinha que assinar e ir almoçar, voltava, tudo em cima da nossa mesa, todos os dias e minha médica cumpria oito horas de trabalho todos os dias. (Grupo Coordenadoras ESF).

O ter que assinar “em cima da mesa da enfermeira” remete um comportamento de subordinação do médico à enfermeira. Para as coordenadoras essa é uma questão que envolve apenas a gestão em legitimar o seu poder de coordenar. A não legitimação do seu poder restringe o seu fazer, pois se sentem inseguras em tomar decisões no cotidiano e, sobretudo, não se sentem reconhecidas por todo o seu trabalho.

[...] a maior dificuldade do enfermeiro hoje é ser reconhecido pelo superior a nós, secretaria municipal, [para eles] a gente não tem valor nenhum [...] o problema nosso é assim, a gente não tem o diferencial porque Enfermagem, todo mundo que é enfermeiro sabe que é diferenciado do que nutricionista, fisioterapeuta, a gente não tem esse diferencial, a gente não é reconhecida como categoria. Porque assim, eles consideram o profissional de saúde, nutrição, fisioterapia, enfermagem, todo mundo igual, enfermagem é diferencial, a gente não tem esse diferencial...[...] Que a gente já faz, como você disse a parte administrativa e... prática, então o que o enfermeiro, o médico, o técnico, o auxiliar, o que o outro não faz, quem acaba fazendo é o enfermeiro.

Até porque se a nutricionista falta, a unidade não fecha, se a enfermeira não for trabalhar a unidade não funciona. Eles não conseguem enxergar isso entendeu, o real papel do enfermeiro na unidade, a gente apaga fogo. (Grupo Coordenadoras ESF).

As narrativas referem às responsabilidades que a categoria assume nesse papel de coordenação. A busca por um “diferencial” implica em ser considerada “diferente” dos outros profissionais de nível superior, não só financeiramente, pois as enfermeiras não recebem adicional no salário para desempenhar a atividade de coordenação, mas por causa do seu fazer, já que é por meio desse *fazer* que a “unidade funciona”. Na segunda fala conseguimos captar a relação de “ligação” entre a gestão e a unidade, sendo a coordenação a representação do “elo” responsável por fazer a unidade funcionar, cujo significado não expressa o da unidade estar aberta, em funcionamento, mas um funcionar dentro da normatividade imposta pela gestão.

Isso implica no direcionamento do trabalho da equipe aos interesses da gestão. Como destacou a revisão integrativa de Lima et al. (2015, p. 01), “As ações administrativas ligadas às questões burocráticas e a resultados numéricos que, via de regra, agrada a gestão do município, têm sido o foco da prática do enfermeiro, ao passo que as ações voltadas para os usuários do serviço têm ficado em segundo plano”.

Nesse aspecto se insere a dificuldade das coordenadoras em coordenar os ACS. Por ser uma categoria fortemente grupalizada, eles são resistentes frente algumas regras impostas pela gestão e cobradas pela coordenação da ESF. Os ACS relatam a reprodução dessa cobrança:

Até porque se ela [coordenadora ESF] for mais cobrada, ela vai cobrar mais (Grupo ACS II).

[...] só sei que as enfermeiras pegavam mais no pé, não sei se é porque elas tinham medo da cobrança de lá [SMS], que eles cobram mesmo delas, por causa da gente (Grupo ACS II).

Sem esquecer de mencionar que a principal cobrança da gestão incide sobre a produtividade da equipe, em especial, do ACS:

A enfermeira do posto [quer] números, visitas, não importa o que o paciente tem, o que ele deixa de ter, o que ele tem para comer e o que não tem, se você demora um pouquinho mais, “por que você ficou na casa de fulano lá?” [...] Eu morro de saudade de quando eu entrei, [...] o NAS dava a sacolinha pronta, tudo escrito como tomar e tal e o agente comunitário levava, ia lá orientava, mostrava, colocava [...] Se você fizer uma visita bem feita, como era antigamente, era um valor enorme, hoje se você não fizer quinze, dez, não sei, tem unidade que preconiza, se você não trouxe tantas visitas, já quer dar ponto negativo, já quer dar outra coisa. (Grupo ACS III).

Agora o nosso trabalho é por produção. [...] É meio pesado o que eu vou falar, só que a questão, se você não vem, se você não cumpre o que você tem, não vem a verba, se não vem a verba a culpa é sua, entendeu, então é isso que acontece. (Grupo ACS III).

Essa cobrança relaciona à obrigatoriedade de constar no relatório da gestão municipal os quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de atenção básica, resultantes da aplicação dos recursos financeiros, assim como da alimentação regular dos bancos de dados nacionais, cabendo suspensão dos recursos, em caso de inobservância (BRASIL, 2012a). Verifica-se que a normativa por produtividade já vem instituída pela instância central, a principal ordenadora das políticas públicas na saúde, o Ministério da Saúde, que condiciona os relatórios (quantitativos) aos repasses de recursos.

A forte interação entre os ACS em torno de objetivos comuns é referida por algumas coordenadoras como se “*eles são mancomunados*”, daí surge as dificuldades nos espaços de reuniões, pois relatam que eles são resistentes a qualquer proposta de trabalho ou mudanças, não demonstram iniciativas de ações. Para outras não, os ACS estão corretos em reclamar que as reuniões realmente restringem ao repasse de recados, necessitando de mudanças.

Geralmente, as reuniões ocorrem com frequência semanal, sendo nesse dia a unidade fechada uma hora mais cedo. Participam os agentes de saúde, técnicos de enfermagem e recepcionistas. Os médicos e os dentistas não participam, salvo algumas exceções da participação voluntária de médicos, quando o assunto em pauta envolve diretamente sua atividade. A pauta das reuniões segue as discussões realizadas na reunião entre as coordenadoras da AB e da unidade, ocorrida anteriormente. Como resumiu uma técnica de enfermagem:

[...] o que que acontece nessa reunião, nesse tipo de reunião com a gente, principalmente, em todos que eu participei. A enfermeira tem reunião no outro dia lá na secretaria, aí ela vai passar o que ela ouviu lá, ela vai passar para a gente, “olha nós vamos ter campanha da vacina, vai ser isso e isso e isso, fulano e beltrano vai trabalha”, ela vai passar só o que ela ouviu. A gente vai conversar “claro, poxa não pode ser tanto”, todo mundo fala ao mesmo tempo, mas planejamento de trabalho, nunca, o que eu entendo que é o planejamento de trabalho, nenhuma reunião que eu participei até hoje teve planejamento de trabalho, o trabalho já é planejado, já é aquilo ali mesmo e não muda nunca nada. [...] Uns não concorda, principalmente os agentes, os agentes são pirizinhos, não concordam com muita coisa, tudo que traz primeiro eles discordam [...] Sabe, eles são sempre do contra de início, depois eles ficam bonzinho de novo (Grupo Técnicas de Enfermagem).

Mas na perspectiva dos ACS, a resistência emerge, sobretudo, em situações em que há mudanças na organização do seu trabalho.

[...] o que acontece que às vezes gera polêmica, mudança no formato de trabalho, aí gera polêmica, “os agentes de saúde vão trabalhar agora, de tal a tal horário”, o... dos agentes de saúde vai ser antecipado ou adiado, isso é uma forma que já vem a ordem, não se abre discussão para saber se é viável, se não é viável, não sei se cabe a nós poder discutir isso, mas a gente... [...] eu acho que deveria [discutir] (Grupo ACS III).

A ausência de participação dos profissionais no planejamento das ações até gera dúvida, se cabe ou não a eles discutirem. A realidade é que o planejamento das ações restringe a discussão de algo já imposto, determinado pela gestão. Assim, a discussão pode ou não ter algum efeito de mudança na ordem estabelecida. Por exemplo, na discussão levantada no

grupo ACS II, eles relataram a tentativa da gestão em fazer rodízio de agentes entre as microáreas da unidade e o estabelecimento de uma ordem (sentido horário) para realizar as visitas domiciliares.

É claro que o quantitativo maior no número de ACS representa um “peso” significativo na resistência à subordinação da ordem, ainda mais quando mantém entre eles uma comunicação estreita e uma melhor organização. Dessa forma, em relação às ordens acima, a primeira não se concretizou mediante a resistência dos ACS, e a segunda, foi instituída, mas alguns agentes comentaram que em alguns momentos não acatam o estabelecido, em especial, quando identificam uma necessidade de visita.

[...] eu tenho que fazer visita por quarteirão em sentido horário, então foi o que foi dito. Então a gente sempre tem que seguir essa regra, por causa da dengue, por causa dos vetores, mas aí de primeiro não, a gente fazia visita por rua, aí os acamados, aquela criança, que eu tinha que atrás da vacina, não que não faça, mas é mais difícil, porque tem essa exigência porque a gente tem que preencher ficha de acordo com esse sentido horário, é mais complicado nesse ponto aí, de visita, de trabalho assim. (Grupo ACS II).

[A ordem] Vem de cima para baixo, mas a gente faz por baixo dos panos o que a gente acha... porque cada realidade é uma realidade (Grupo ACS II).

[...] você sabe que tem uma casa necessitando de você, a pessoa teve um AVC, teve um derrame, eu paro o que eu tô fazendo ali e corro lá para visitar... [...] Você não fica na regra. (Grupo ACS II).

Isso demonstra uma maior consciência do seu trabalho em relação aos próprios coordenadores e gestores. A questão que se coloca é: em que se pautam tais regras? Considerando que as visitas dos agentes devem ser programadas em equipe, seguindo a média estabelecida de uma visita/família/mês, mas de ter como critérios o risco e a vulnerabilidade da família, visitando com maior frequência quem precisa mais (PNAB, 2012a).

Tal discussão permite adentrarmos na relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Nas palavras de Dejours (2004, p. 28) “[...] Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. [...] O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha [...]”. No exemplo dos ACS, é possível identificar a contradição entre a norma prescrita para a realização das visitas domiciliares instituída pela gestão municipal e o prescrito para a atividade desse profissional na PNAB, além da tensão entre o imposto e a realidade que este trabalho se insere e as estratégias de adaptação dos trabalhadores frente a esse descompasso. Ferreira e Barros (2003) chamam a atenção para a incompatibilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real

e suas consequências para o trabalhador, salientando que quanto maior for o grau de incompatibilidade, ou seja, a lacuna entre o prescrito e o real, maior será o custo humano do trabalho, potencializando vivências de sofrimento por parte do trabalhador. Nesse contexto, os autores atentam para os modelos de gestão do trabalho, em especial, para os de natureza taylorista-fordista, que “tendem a construir cenários do trabalho prescrito que se distanciam da atividade real dos trabalhadores” (FERREIRA; BARROS, 2003, p. 13).

O modelo da ESF já recebe algumas críticas por causa do seu processo de trabalho ser extremamente prescritivo, não contribuindo para a realização de um trabalho em equipe (FRANCO; MERHY, 2006). Somado a isso, com o processo de descentralização, municipalização da atenção básica podemos identificar outras prescrições elaboradas pela gestão local, que contradizem as prescrições das políticas federais. Assim, as regras partem da gestão, mas cabem às coordenadoras o papel de instituí-las nas unidades. Nesse movimento de reprodução do poder acabam por impedir que as contradições emergjam e sejam superadas.

Aqui resgatamos uma questão central, a qual não é abordada pelas discussões de liderança - a relação de poder. Lane (1984/2004a) nos atenta para essa questão quando traz as análises de liderança democrática de Kurt Lewin. A autora assinala que compreender a liderança democrática, a qual busca a participação de todos para se chegar a um grupo autônomo, realmente, democrático, só descreve a aparência do fenômeno, pois não capta as relações de poder intrínsecas. Comenta ainda que o autor recai em um paradoxo ao apontar:

[...] da necessidade de uma liderança democrática *forte* para um grupo chegar a ser autônomo, ou seja, efetivamente democrático. A pressuposição de um líder forte implica um poder que será “doador” a todos, impedindo a emergência da contradição e consequentemente a conscientização dos membros do grupo (LANE, 1984/2004a, p. 92).

É possível compreender como se dão essas relações quando as coordenadoras relatam os instrumentos e as estratégias que utilizam para o *fazer* coordenação:

[...] através de reuniões semanais, quando tem e as ações que já vem do secretariado mesmo, da própria secretaria de saúde, muito diálogo que a gente tem e só, é mais conversa mesmo (Grupo Coordenadoras ESF).

É... agora estratégias e instrumentos, reuniões em equipe, conversas, advertências, chamar atenção pelas falhas e erros individualmente, eu também faço isso, é... utilizar e coordenar a equipe pela sua qualidade individual (Grupo Coordenadoras ESF).

Agora as estratégias, a reunião é o melhor instrumento eu acho, geralmente, são semanais, só que sempre que tem um probleminha a gente faz reuniões extraordinária, a escala de serviço, principalmente, com agente comunitário,

eu... tô, eu tenho que conduzir um pouco eles porque eles tem dificuldade para seguir uma rotina [...] Então tem que ser tudo assim certinho, planejado, porque se não o serviço não sai e... a divisão das tarefas, que eu falei nas facilidades, é uma estratégia minha, sempre colocar a responsabilidade em todos da equipe para o trabalho geral (Grupo Coordenadoras ESF).

O espaço de reunião é apontado pela maioria como um instrumento importante para desempenhar a atividade de coordenar a equipe. Todavia, está determinado pelas reuniões da gestão:

[...] então vai acabando lá de cima esse planejamento dessa ação que é as reuniões de quarta-feira e vai acabando aqui em baixo porque você não vai na quarta, na quinta o que você vai passar para o seu agente, você vai discutir um caso ou outro, o que você vai passar para ele, então vai acabando por aí entendeu (Grupo Coordenadoras ESF).

Na perspectiva dos profissionais, os espaços de reuniões têm diferentes significações quanto a participação no planejamento das ações e a sua finalidade:

Toda quinta-feira tem uma reunião para isso, aí [coordenação] traz alguma coisa que teve na reunião da secretaria e um espaço para escutar a gente (Grupo ACS I).

[...] é... passado algumas coisas do que é para fazer, o que é pedido para a gente fazer durante a semana, o que é para ser melhorado, é passado isso (Grupo ACS I).

Muitas vezes participa, lá no meu postinho, muitas vezes participam só os que vão levar comida de rabo. [...]É, geralmente é. “Ah, não tem nada para falar, a enfermagem não precisa, a faxina não precisa, é só para os agentes”. (Grupo ACS II).

Deveria ser para esclarecer, para tirar dúvida... [...] Não só para pedir coisas que... absurdas, que às vezes eles pedem coisas absurdas, que não tem como você fazer porque nem, porque também eles não dão material, não dão.. para você fazer o que eles querem, mas teria que ser assim também, tem muitas coisas que eu não sei orientar paciente, paciente me pergunta...[...] Eu tenho que me informar, tenho que ir atrás para depois falar para ele (Grupo II).

A nossa reunião é em equipe, ali todo mundo fala um pouquinho, ela expõe, todo mundo fala um pouquinho, o que acha, o que deve ser feito, muitas vezes a gente resolve tudo junto, planeja tudo junto, já aconteceu várias vezes da gente colocar as ideias da gente e ela achar que não está bom e coloca a dela e a gente acaba entrando num acordo (Grupo ACS III).

Mas essa questão de planeja o trabalho também não acontece. Tipo assim, é assim.. Já está pronto. [...] Já vem pronto. (Grupo ACS III)

Ah, eu acho que algumas coisas sim, porque igual assim, eu já acho que é um planejamento, não deixa de ser um planejamento, como vamos fazer

isso, vamos fazer aquilo, não é assim, nenhuma reunião é igual, mas passa sim às vezes algumas coisas (Grupo Técnicas Enfermagem).

As falas expressam em parte as dinâmicas das reuniões que possuem particularidades a depender de cada grupo, bem como vai ao encontro do que algumas coordenadoras disseram. Enquanto para alguns a reunião configura um espaço de se repassar as ações da gestão, propiciar um momento de escuta, discutir as opiniões e planejar como as ações serão executadas, para outros, torna-se um espaço para repreensão, correção do trabalho, repasse das ordens da gestão e deveria ser melhor utilizado como um espaço para a educação continuada.

Muitas vezes sem um planejamento para nortear as ações da equipe, as coordenadoras se sentem desmotivadas, pois não podem contar com a participação dos médicos e dentistas para auxiliar no planejamento de alguma ação da unidade. Além disso, referem à resistência dos ACS e à falta de tempo como obstáculos. Embora as enfermeiras considerem que as atividades da parte assistencial contribuam para as de coordenação, elas citaram a necessidade de dividir essas atribuições, devendo ter nas unidades mais uma enfermeira responsável só pela coordenação.

Então assim, é nós e nós na unidade, porque às vezes se tivesse médico, dentista, às vezes tinha alguma ideia, conseguia planejar alguma coisa diferenciado e aí é aquela questão não tem tempo e... não tem, iniciativa de ninguém, se a gente já não planejar e levar pronto, não sai nada.

Mesmo levando pronto, eu vejo, igual as agentes que é a maioria nosso, eles têm uma comunicação muito grande, que nem nós temos, então a gente leva, “oh tem que ser feito assim”, por exemplo, “mas porque eu vou fazer assim, se a outra unidade não está fazendo”, então...
(Grupo Coordenadoras ESF).

Na pesquisa de Grando e Dall’agnol (2010) a prática protocolar, centrada nas questões técnicas da organização do trabalho também se desvelou como imperativa nos espaços de reuniões das equipes na ESF. As autoras discutem a partir da perspectiva grupal de Pichón-Rivière a construção de uma outra significação para esse lugar, visto como um potencial criativo para uma avaliação sistemática do trabalho desenvolvido sob o foco dos resultados, mas, especialmente, atentos para o processo de aprendizagem do grupo.

Assim, o espaço da reunião reveste-se de duplo sentido: o lugar da normatização, onde a dominação se reproduz por meio do poder institucionalizado, preservando a alienação dos seus membros na execução das tarefas; ou configurar-se em um espaço em que a

participação de seus membros possibilita analisar e refletir criticamente a atividade no/do próprio grupo, tornando-se condição para conscientização.

A prescrição do processo de trabalho a nível central (MS) somada às normatizações do nível local (município) e à coordenação exercida de forma acrítica não contribuem em nada para esse segundo movimento dentro da equipe. Franco e Merhy (2006) salientam que diante de um processo de trabalho estritamente prescritivo caberia aos profissionais da equipe três tipos de ações:

[...] ignorar as prescrições, e manter a lógica atual⁵¹ (as diversas planilhas podem ser preenchidas de forma “criativa”); aceitar as prescrições, recapitulando os objetivos, mas mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com os usuários, mas sim com novos procedimentos; e finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção à melhoria de suas condições de vida (p. 118).

No entanto, podemos verificar nas análises como o trabalho das equipes encontra-se fortemente condicionado às prescrições da gestão municipal, especialmente, o das coordenadoras. De tal forma, que quando há a ausência do planejamento da gestão para as ações, essa lacuna não é aproveitada de maneira criativa, como sugerem os autores acima. Nesse sentido, os ACS são os que, em algumas circunstâncias resistem, contestam e até mesmo “burlam” prescrições. Observa-se a ausência da participação coletiva nos espaços de reunião de equipe, bem como o foco no controle do processo de trabalho exercido pelas coordenadoras, que tem seu poder em parte legitimado, exceção na relação com os profissionais médicos.

7.2.2 O trabalho da equipe está centrado no médico

O trabalho em equipe corresponde um dos alicerces em que se sustenta o modelo da Estratégia Saúde da Família, aspecto em que pautou a principal crítica aos modelos anteriores, nos quais a centralidade da assistência eram as ações e saberes médicos. Assim, as equipes multiprofissionais representaram a nova forma para operar o trabalho em saúde na APS (FRANCO; MERHY, 2006). Desse modo, houve uma preocupação na denominação desse modelo não se centrar na figura do médico, com isso excluiu possibilidades de

⁵¹O autor está aludindo ao modelo que “infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde” (FRANCO; MERHY, 2006, p.118).

terminologia como Programa Médico de Família ou Programa de Medicina Comunitária, a fim de reforçar o conceito de saúde abrangente e de fortalecer a concepção de equipe interdisciplinar (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a organização do trabalho da eqSF deve priorizar a interdisciplinaridade, sendo esta entendida enquanto o compartilhamento entre as ações dos núcleos de competências profissionais específicos, o qual propicia o enriquecimento do campo de competência comum e, conseqüentemente, implica em uma ampliação na capacidade do cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012a).

Para fins de análise da interação entre os trabalhadores e a articulação de suas ações, condições *sine qua non* para caracterizar o trabalho em coletivo como um trabalho em equipe, Peduzzi (2007) elenca várias características que configuram as equipes de saúde, dentre as quais apontamos: a comunicação entre os trabalhadores, o compartilhamento de finalidade e objetivos do trabalho, articulação de ações e disciplinas, cooperação e colaboração, reconhecimento do trabalho dos demais integrantes da equipe, reconhecimento da complementariedade/interdependência, flexibilização da divisão do trabalho, desigual valoração social e formulação do projeto assistencial comum.

Assim, partimos das significações acerca de como é um trabalho em equipe. Como sintetizado na fala abaixo, a condição principal que caracteriza esse tipo de trabalho é o das diferentes atividades possuir um objetivo comum:

“[...] porque se é uma equipe, tem que trabalhar no mesmo propósito, caminhar o mesmo caminho” (Grupo ACS III).

Representação genérica e que exige alguns esclarecimentos para avançarmos: mas qual é o propósito? E qual é o caminho?

O propósito ou a finalidade do trabalho das eqSF, explícita pela PNAB, é a de garantir à população acesso a uma atenção à saúde de qualidade, ao mesmo tempo em que visa “ampliar a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2012a, p. 54).

Quanto ao caminho, esse consiste no potencial da reorientação do processo de trabalho, que envolve a atuação em território definido, tendo a família e a comunidade como núcleo, a programação e implementação de atividades pautadas nas necessidades de saúde apresentadas pela população adscrita, o provimento de atenção integral, contínua e em diferentes níveis (prevenção, promoção, cura e reabilitação), cujo processo de saúde-doença é compreendido de forma ampliada, com ações organizadas no domicílio ou em locais do

território, o fortalecimento do vínculo entre a equipe e a população, a fim de privilegiar o planejamento local e o desenvolvimento de ações educativas, intersetoriais e de controle social (BRASIL, 2012a).

Mas como nos adverte um dos versos do poeta espanhol Antônio Machado⁵², “*o caminho se faz ao andar*”. Diante disso, as diretrizes que apontam o *caminho* para o trabalho das equipes encontram-se no plano das prescrições políticas (universal). Dessa forma, para desvelar o *caminho* trilhado por elas, ou seja, a materialização de tais prescrições na prática (singular), cabe apreendermos as mediações (particularidades) do seu “*andar*”, ou seja, compreender as relações dinâmicas entre as ações de seus membros, que compõem a atividade do serviço. Nas concepções sobre o trabalho em equipe, os profissionais abordam as inter-relações das ações, como a colaboração e a cooperação, apontadas enquanto características imperativas para um trabalho em equipe, mas que em sua contextualização são significadas de maneira limitada:

É um trabalho que não dá para se fazer sozinha. [...] se eu não estou, outros vão lá e mexem na minha área (Grupo ACS I).

Eu acredito que trabalho em equipe é um ajudando o outro, isso é trabalho em equipe e não assim, cada um por si, cada um ajudando o outro (Grupo ACS II).

Eu acho que o trabalho em equipe não é cada um saber da sua função, é você saber um pouquinho o trabalho do outro, porque se você, se o da recepção falta, está faltando, está tumultuado, a gente entende um pouco vai lá, tenta ajudar eles... [...] Na falta da enfermeira a gente também ajuda, quem vai fazer o trabalho dela, tenta resolve algum problema. Então trabalho em equipe não é cada um ficar só no seu serviço, então tem que saber um pouquinho do que o outro faz, se o paciente vem perguntar da área de um agente comunitário, está morando, você sabe, sabe informar como é o procedimento de prontuário. (Grupo Técnicas de Enfermagem).

No contexto das falas, conseguimos identificar que a formação do conceito “trabalho em equipe” baseia-se estritamente na experiência da prática profissional, ainda inserido dentro da realidade concreta.

A compreensão de que a colaboração e a cooperação devem ocorrer, especialmente, na ausência de algum profissional, o que implica no fazer “pelo o outro” e não “com o outro”. Dessa forma, o conhecer “*um pouquinho do que o outro faz*” limita-se apenas

⁵² Da obra: “*Caminhante, no hay caminho. Se hace camino al andar*”.

na finalidade de substituir ou auxiliar o outro profissional em sua atividade, e não, necessariamente, para articular ações, tendo em vista superar a fragmentação do cuidado.

Geralmente, a abstração desse tipo de conceito baseia-se das formas de trabalho do modo capitalista:

Num frigorífico, um exemplo, eu nunca trabalhei em frigorífico, não sei como funciona, mas você corta o boi lá, corta um pedaço que esse pedaço alguém tem que pegar esse pedaço, cortar não sei o que para esse aqui, esse pedaço vai para ela, sempre é uma sequência porque senão não chega lá no pacotinho, vai chegar errado no pacotinho. [...] Na saúde não é assim... [...] Na saúde, por exemplo, falo da onde eu trabalho e de todos os lugares que eu trabalhei. Na saúde, no meu ver é assim, tem dois técnicos que se entendem, tem uma recepcionista que ela, hoje ela é uma pessoa, de tarde, de manhã ela é outra, de noite também deve ser outra, não sei que eu nunca trabalhei com ela a noite e... mais, tudo, **todo mundo faz o seu**, os agentes, alguns, que nem todos, alguns ajuda, ajuda, ajuda, chega uma hora ela “aí tô morta de cansada trabalhei hoje que nem uma louca, fiquei sozinha”, não ficou, tá mentindo, é mentirosa, teve ajuda, não foi as oito horas, mas que teve ajuda, teve. Por exemplo, se ela fez tudo de computador, é serviço dela, ela tem que fazer, [...] nós temos dificuldade sim de trabalhar em equipe, às vezes por causa de um atrapalha uma porção. (Grupo Técnicas de Enfermagem - Grifos nossos).

Mesmo admitindo as diferenças do trabalho na saúde, o conceito abstraído para explicar o trabalho em equipe na ESF é a forma operacional do modo de produção capitalista, caracterizada pelo parcelamento e fragmentação do trabalho, em que cada um é responsável por fazer o “seu” trabalho. Nesse caso relatado os conflitos emergem em se estabelecer as especificidades de cada trabalho, como o caso da recepção, ou deste ser considerado campo comum, por não se exigir um conhecimento específico. Esse tipo de representação também foi referido no grupo das coordenadoras ESF, que definem o trabalho em equipe como sendo:

Cada atividade de cada funcionário, é a máquina, os operários trabalhando para o objetivo final, o trabalho do agente é de suma importância, embora eles acham que façam por menos, e o técnico, o enfermeiro, o enfermeiro sozinho não trabalha, precisa dos demais profissionais, cada um fazendo as suas atividades para a unidade poder funcionar bem (Grupo Coordenadoras ESF).

Embora destaque um objetivo comum, mencione a relevância do trabalho do ACS e a interdependência no trabalho da Enfermagem, a alusão de trabalho em equipe remete à organização do sistema capitalista, bem como ao modelo biomédico, em que há a fragmentação por especialidades, sem que haja a articulação ou integração dos saberes/práticas. Outro destaque a se fazer nesse relato diz respeito a parte “*cada um fazendo as suas atividades para a unidade poder funcionar bem*”. Como já vimos na discussão do

núcleo anterior, a atividade de coordenação ESF é a principal responsável pelo fazer a unidade funcionar, o que implica em um funcionamento que atenda as normativas da gestão. A fala de uma ACS se articula a esse contexto, quando nos diz:

Eu gostava de ser agente anos atrás, era melhor. Era melhor [risos], a gente fazia mesmo, a gente trabalhava em prol do paciente e não em prol da unidade. (Grupo ACS III).

O relato reafirma a contradição entre o objetivo previsto nas políticas para o trabalho da equipe, o de atender as necessidades dos usuários, e o objetivo definido pela gestão. Nogueira (1994) nos auxilia a compreender as particularidades do processo de trabalho em saúde quando comparado ao do modo de produção capitalista. O autor perpassa por essa questão ao indagar: “[...] em que sentido o processo de trabalho em saúde se assemelha ao trabalho industrial e o que tem de específico?” (p. 76). Ancorado no referencial marxista para promover essa discussão, o autor assinala que, em termos de organização, como no processo industrial, o trabalho em saúde organiza-se em vários atos técnicos que tem um fim parcial, em busca de uma transformação útil. A principal diferença entre eles, portanto, consiste em que nos serviços de saúde “cada ato técnico tem seu fim parcial e pode ter sua particular transformação útil [...], mas a utilidade final (como expectativa do usuário) está separada deles pelo tempo e por um muro de subjetividade [...]” (p. 77), ou seja, como objeto de consumo, os serviços de saúde têm característica fragmentada. Por sua vez, embora o processo industrial também seja constituído por uma multiplicidade de ações fragmentadas, o consumo e as expectativas de utilidade unificam-se no produto final.

Para fins de complementar esse raciocínio, valemo-nos do que Mendes-Gonçalves (1992) atenta sobre o objeto do trabalho em saúde - o de ser as necessidades humanas em saúde.

Considerando os dois aspectos destacados pelos autores acima sobre o processo de trabalho em saúde, o da finalidade parcial e o das necessidades como objeto, trazemos para essa discussão a teoria da atividade de Leontiev (1959/2004). O processo de trabalho em saúde na ESF é caracterizado por uma divisão social composta por vários atos técnicos, designados como uma atividade coletiva e se orientam para atender as necessidades em saúde demandadas por esse serviço na APS. Genericamente, podemos afirmar, então, que o motivo dos serviços de saúde é atender as necessidades humanas de saúde. No entanto, devemos considerar a complexidade desse objeto e, conseqüentemente, da estrutura da atividade que visa atendê-la. Assim, o processo de trabalho em saúde é dividido por ações ou atos técnicos

individualizados, o objeto dessas ações perde a relação direta com o motivo da atividade coletiva, passando a ter uma relação indireta, mediatizada. A articulação das ações com o motivo só se realiza por meio de relações sociais (LEONTIEV, 1959/2004).

Assim, a atividade complexa dos animais superiores, submetida a relações naturais entre coisas, transforma-se, no homem, numa atividade submetida a relações sociais desde sua origem. Está é a causa imediata que dá origem à forma especificamente humana do reflexo da realidade, a consciência humana (LEONTIEV, 1959/2004, p. 84-85).

Para Duarte (2002) essa relação entre a estrutura objetiva da atividade humana e a estrutura subjetiva da consciência é a questão central da teoria da atividade. É a partir dessa concepção que passaremos a analisar a relação entre a estrutura da atividade coletiva na ESF e o movimento da consciência dos profissionais acerca das atividades/ações que eles desenvolvem em interação com a coordenação e com os outros profissionais da equipe

Convém assinalar ainda dois pontos: primeiro, o objetivo da ação individual só pode ser compreendido quando a ação é inserida em seu conjunto maior, ou seja, na atividade coletiva. Do mesmo modo que ocorre a relação entre o objetivo da ação individual e o motivo da atividade coletiva, deriva a relação entre o significado (o conteúdo) da ação individual e o sentido (a razão) da mesma para o profissional. “A decomposição de uma ação supõe que o sujeito que age tem a possibilidade de refletir psiquicamente a relação que existe entre o motivo objetivo da relação e o seu objeto. Senão, a ação é impossível, é vazia de sentido para o sujeito” (LEONTIEV, 1959/2004, p. 85).

O outro ponto a ser salientado é que nas sociedades capitalistas essa relação entre significado e sentido, visto acima, adquire uma relação de exterioridade, na qual o sentido pode se tornar totalmente independente do significado. Isso porque nessas condições de trabalho, o homem separado dos seus meios de produção passa a vender sua força de trabalho, com isso o salário torna-se o sentido da sua atividade de trabalho. Consequentemente, “Estas relações objetivas engendradas pelo desenvolvimento da propriedade privada determinam as propriedades da consciência humana nas condições da sociedade de classes” (LEONTIEV, 1959/2004, p. 129).

Retomando os dados, muitas vezes, as ações dos ACS não são reconhecidas como uma ação integrante da atividade da ESF pela população, seja por não aparentar uma relação direta com esse serviço, uma vez que não apresenta características da assistência médica, ou mesmo pelo desconhecimento da própria atividade do serviço ou mesmo:

[...] para o paciente, às vezes eles nem sabem qual é a função do agente comunitário [...] Sei que muitas vezes assim, somos nós que temos que nós apresentar e mostrar para eles, mas dá a impressão que o agente de saúde, é só o agente de saúde sabe, é a menina que passa para olhar quintal (Grupo ACS I).

[...] muitos usuários acreditam que quem faz o serviço, quem trabalha na unidade seria o enfermeiro e o médico, que a menina da recepção são umas vagabundas [...] Os agentes andam a toa, só fica passeando [...] (Grupo ACS III).

O que chama a atenção é quando esse desconhecimento ou falta de reconhecimento da ação parte de outros profissionais na equipe:

[receptionistas dizem para os ACS] ah, vocês ficam só para rua andando, não faz nada (Grupo ACS III).

Na minha equipe, às vezes eu percebo, que às vezes as meninas da recepção não têm noção do papel do agente entendeu, acha que o agente sai de manhã, só para ficar batendo perna na rua entendeu, então às vezes eu percebo uma conversinha aqui, outra ali, aí a gente tenta falar “não, não é assim, é assim, assim, assim”, mas eles têm essa sensação sabe (Grupo Coordenadoras ESF).

Tais significações demonstram o nível de alienação desses profissionais em relação a atividade do serviço, em que a ação do ACS é considerada o elemento-chave na organização da assistência (PERES et al., 2011). Vale apontar que os agentes comunitários de saúde ao longo desses vinte e dois anos de implantação do modelo de Saúde da Família tornaram-se uma categoria profissional organizada na busca por seus direitos trabalhistas, tendo, por exemplo, como resultado dessa luta o estabelecimento de um piso salarial a partir de 2006 para a categoria (BRASIL, 2006b).

Esse fato gerou uma contradição no reconhecimento do seu trabalho por parte da categoria de técnicos de enfermagem:

[...] Então quer dizer depende do momento de ser reconhecido, acha que pelo que faz no trabalho aí sim, mas na hora que entrou na questão do dinheiro, acho que ela [técnica de enfermagem] ficou ofendida, ela queria ganhar mais do que o agente, então depende (Grupo ACS I).

[...] a gente tem muito mais responsabilidade do que os agentes comunitários e eles ganham bem mais (Grupo Técnicas de Enfermagem).

Nas falas acima o reconhecimento implica em valor de remuneração, da diferença do valor da força de trabalho do ACS e do técnico de enfermagem, o qual, na visão dos técnicos de enfermagem deveria ser condicionado ao grau de responsabilidade, dentro de uma

concepção biomédica. Como ressaltou Martins (2003) a equipe envolve a realidade estrutural e subjetiva. Assim, contradições presentes no modo de produção capitalista emergem nesse contexto, como a competição/interdependência, decorrentes da divisão social do trabalho.

Quanto ao reconhecimento da atividade das coordenadoras na equipe:

Eu acho que a maioria dos profissionais reconhece na minha equipe, a maioria deles, na minha equipe.

Na [equipe] que eu estou também, eu vejo que a doutora reconhece [o trabalho], ela fala assim, vocês ganham muito pouco pelo tanto que vocês fazem...

(Grupo Coordenadoras ESF).

Entretanto, o reconhecer a ação do outro como integrante da atividade coletiva na ESF, não implica em conhecer a sua prática, tendo em vista buscar formas de interação e articulação.

A boa prática requer, ainda, que se reconheçam com um trabalhador coletivo, isto é, profissionais cujas práticas formam um todo cooperativo, na complementariedade objetiva de cada trabalho parcelar com os demais. Necessita cada profissional, pois, conhecer as práticas efetivas dos demais trabalhos captando as demandas de interação com o seu particular desempenho (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 41).

O parcelamento do processo de trabalho, com finalidades parciais das ações, aliena o profissional em articular o objetivo da sua ação ao motivo da atividade coletiva da equipe, pois o resultado desse trabalho coletivo está muito distante dos trabalhadores. Desse modo, torna-se mais difícil (re) conhecer o trabalho do outro profissional e articulá-lo ao seu direcionados por um mesmo motivo.

Quando analisado o processo de trabalho sob o ângulo das suas relações externas, começa-se a desvelar a centralidade atribuída à ação do médico na ESF, emergindo nas falas de vários trabalhadores ao relatarem a desigual valorização e reconhecimento da atividade médica comparada aos dos demais integrantes da equipe:

[...] a pessoa que eles têm menos contato é o médico e é um dos mais, é o mais importante [...] Até ele passar pelo médico, ele passa pela recepção, depois ele, às vezes ele passa pelo agente na casa, ele passa pela recepção, ele passa pela Enfermagem, “mas o médico resolveu meu problema” [...] a gente briga, briga, briga com o médico, para o médico poder atender [...] então não é reconhecido. (Grupo Coordenadoras ESF).

A entonação da fala da profissional de enfermagem denuncia uma relação de injustiça pelo não reconhecimento do seu trabalho na mediação para o atendimento médico. Mesmo nos casos em que há o reconhecimento do trabalho da Enfermagem, o do médico predomina:

A minha unidade, é uma unidade que é mais assim crítica [...] é um pessoal cem por cento SUS [...] Então tem reconhecimento sim, eles agradecem, procura, eles confiam de modo geral [...] é lógico que a figura do médico é... o que predomina, mas eles reconhecem sim. (Grupo Coordenadoras ESF).

No estudo de Santos e Ribeiro (2010) acerca da percepção do usuário da ESF sobre a função do enfermeiro, identificaram que os “usuários atrelam ao enfermeiro a imagem de bondoso, acessível, e que está sempre preocupado com tudo aquilo que aflige a vida humana e disposto a resolver o problema de todos” (p. 714), representação que vincula ao histórico papel de caridade da profissão. Mas, em relação a sua posição no processo de trabalho, a sua função é apontada como aquela que sempre antecipa o atendimento médico.

De certo modo, traz a representação de subordinação. Martín-Baró (1989) explica que as relações nos grupos funcionais devem ser compreendidas a partir de uma perspectiva sócio-histórica. Assim, exemplifica que:

Médico e enfermeira podem formar uma equipe de trabalho funcionalmente muito estreita; a enfermeira é sem dúvida a pessoa com quem o médico funcionalmente mais interage e se relaciona. No entanto, o produto desse fazer em equipe permite ao médico manter uma posição de bem-estar e prestígio social, enquanto que relega a enfermeira a um status social subordinado (p. 312).

No grupo das técnicas de enfermagem, as profissionais destacaram o fato do usuário, muitas vezes, desconsiderar a sua atividade, preferindo a da enfermeira, bem como do reconhecimento da população variar de acordo com a sua condição socioeconômica, quanto maior, mais exigente e menor o reconhecimento do trabalho.

Tem paciente que fala assim, “o que que você é?”, você fala a técnica, “não pode deixar que eu não quero”, não quer nem que você responda, “já sei”, “tudo bem”, por mim tudo bem. [...] “ah, eu não quero falar com você porque você não vai resolver o meu problema”, porque a gente como técnica, você tem o seu limite, você vai até algum lugar, a enfermeira ela já tem mais acesso [...] A maioria acha que “não eu tô pagando por isso, eu pago imposto, eu tenho direito”, e se, “ah, mas eu preciso disso”, “mas a gente não tem”, “mas como não tem”, então eu acho assim, eles veem como obrigação da gente [...] (Grupo Técnicas de Enfermagem).

Lá [na unidade] é o pessoal lá do centro mesmo, aí tem essa diferença mesmo de uns e outros, são mais exigentes outros não (Grupo Técnicas de Enfermagem).

Nota-se que na hierarquia da divisão social do trabalho, o técnico ocupa a posição de subordinado da enfermagem. No entanto, Ogata e França (2010) chamam atenção para a necessidade de instrumentalizar esses profissionais nas tecnologias relacionais, tendo em vista seu potencial para as atividades de acolhimento na unidade. As autoras apontam para uma mudança na forma de atuação desses profissionais que se voltam muito para os procedimentos, dentro de um modelo curativo e imediatista, portanto, contraditório à lógica do cuidado da ESF, em que se prioriza as necessidades e qualidade de vida dos usuários.

Quando a discussão do trabalho médico é posta para os profissionais, emergem diferentes significações quanto a essa ação ocupar ou não uma posição central no processo de trabalho:

O médico finaliza o processo. (Grupo ACS I).

Não é só o médico, é uma equipe. Passou por uma equipe até chegar no médico. Nós orientamos muito antes dele estar lá no médico. [...] A gente faz o intermédio ali... (Grupo ACS I)

[A equipe] Vai está organizando tudo isso para finalizar, para estar vindo outro médico ou encaminhar para outro médico, na ausência do médico lá da unidade (Grupo ACS I).

Mas todo paciente que procura vai atrás do médico. [...] independente da parte de onde passa ou por onde passa, a procura ali é... [o médico] [...] Mas independente se tem isso ou não, tendo médico acabou, entendeu. (Grupo ACS I).

O trabalho da equipe caracteriza-se como uma “condição” ou uma sucessão de ações que o usuário deve passar até se chegar no atendimento médico, finalidade da atividade coletiva. É possível verificar que a razão da demanda pelo atendimento em saúde está diretamente ligada ao médico. Tanto que esse atendimento não pode faltar, na ausência desse profissional é organizado para outro médico vir até a unidade ou o usuário ser atendido em outra unidade, ou seja, *“Sem médico, sem médico a gente não vai ficar”* (Grupo ACS III).

O “intermédio” da equipe condiciona a organização do processo de trabalho ao processo de racionalização do trabalho médico, um dos aspectos que também está na origem da constituição do trabalho em equipe, juntamente com a ampliação do processo saúde-doença. A racionalização da assistência-médica nada mais é que a realização por outros profissionais da saúde das tarefas mais simples e burocráticas, a fim de ampliar o acesso ao

atendimento médico e garantir uma relação de custo-benefício (GONÇALVES et al., 2009; PEDUZZI, 2006).

Assim, para o usuário a atividade do serviço restringe na atividade médica (*“Pode fechar isso daí [unidade], nem médico tem”* – Grupo ACS III), visto que é atribuído unicamente ao médico o poder de resolução dos problemas, mesmo discordando, os profissionais mencionam essa significação pelos usuários:

[...] em relação ao usuário é centrado no médico, porque muitas vezes a enfermeira pode até resolver a situação e eles [usuários] não aceitam, eles querem o médico, às vezes até a gente pode estar resolvendo, eles não aceitam, é o médico (Grupo ACS III).

Do ponto de vista do usuário, o médico é o centro da equipe, mas é o contrário, o médico faz parte de uma equipe (Grupo ACS III).

[...] pela filosofia da ESF [o trabalho] teria que ser centrado na equipe, mas é mito, não acontece, é centrado no médico, entendeu. Eu acho que devido até a falta de planejamento de tudo, a população tem essa, tem isso, é embutido neles, de quem vai resolver o problema, como falado no início é o médico, não é a equipe em si (Grupo Coordenadoras ESF).

Quanto à construção dessa significação social não se pode esquecer o controle do médico no ato em saúde (PIRES, 1989).

A direcionalidade técnica tem atualmente uma natureza coletiva, porque um conjunto de categorias e de indivíduos procura agir coerentemente, compartilhando os conhecimentos científicos contemporâneos. Contudo, sabe-se que apenas determinada categoria controla o processo de trabalho em saúde a partir de sua autoridade técnica e social: a dos médicos. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção - donos de clínicas ou de hospitais -, os médicos têm a faculdade de comandar o ato técnico em saúde, no que se diferenciam dos demais trabalhadores (NOGUEIRA, 1997, p. 73).

Embora os processos de divisão – vertical e horizontal – na saúde fossem direcionados para descentralizar o trabalho em saúde do médico, devendo operar dentro de uma relação de interdependência/complementaridade com os demais profissionais da área, essa representação permanece muito presente, socialmente falando. Mas, devemos considerar a persistente hegemonia do modelo biomédico na área da saúde, assim como a hipótese de o processo de trabalho das equipes estar focado na doença. Campos (1997) coloca a necessidade de reconhecimento tanto dos usuários como do trabalhador e da sociedade em relação ao resultado do trabalho em saúde. Somente assim poderíamos começar a pensar em realização profissional.

Avançando para a análise do trabalho da equipe em suas relações internas, especificamente, a relação de interdependência/complementaridade, identificamos uma estreita relação/interação entre as atividades do técnico de enfermagem e a enfermagem (“[...] *o técnico tem a necessidade do enfermeiro*” – Grupo Técnico de Enfermagem) e do ACS com a enfermagem, responsável pela mediação com o médico.

O profissional que mais encontra dificuldades com esse tipo de organização de trabalho é o ACS, por estar em constante contato com a população e ao realizar sua atividade, a de reconhecer as necessidades e/ou orientar os usuários, muitas vezes veem suas ações não serem complementadas pelos demais profissionais.

Acontece muito é... quando chega na médica, vai lá assim e tal, porque tem a agenda da semana, tem o dia e os horários, mas aconteceu uma emergência, não amanheceu bem, vai lá, conversa com as meninas, fala com a enfermeira, aí a enfermeira vai e passa para a médica, aí a médica, tem dia que nem acha, que tem ir lá vê, fala “não, eu não vou atender”, e aí? [...] Você vai lá, você orienta, você fala assim “você vai ser atendido, vai passar por uma triagem, tal”. [...] Mas na prática, até a própria enfermeira, chega em um dia que nem acaba atendendo bem, sabe assim, uma orientação. [...] Aí na maioria das vezes que o paciente precisa ser encaminhado para uma especialidade, mas fica aquele trabalho que não vai...[...] Às vezes fica três semanas, o prontuário separado lá na sala dela [médica]. (Grupo ACS I).

Joga um balde de água fria naquilo que você fez. [...] na teoria você lê assim, o que a gente teria que fazer, é tudo tão lindo ali as palavras, vamos ser, nós vamos encaminhar, nós vamos orientar, mas chega lá... [...] Mas eu fui lá e vi o caso, agora com ele [enfermeiro] e com a doutora foi intermediado uma coisa que não viu, eu vi que realmente necessita e não foi feito, mas eu fiquei tão chateada (Grupo ACS I).

A descontinuidade da ação do ACS implica no esvaziamento do seu sentido para o profissional. Isso porque, como salientou Leontiev (1959/2004), a ação individual só tem sentido inserida no conjunto da atividade coletiva.

[...] Concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável (CAMPOS, 1997, p. 235).

Diferente do caso em que o agente vê o resultado da sua ação complementada pela a dos demais integrantes da equipe:

[Usuária] ela estava com uma alergia, uma alergia, que pegou o rosto dela inchou [...] e você via que aquilo ali era o emocional dela, não era tanto alergia, era o emocional dela, ela sempre foi maltratada a vida inteira, cinquenta anos maltratada pelo marido, os filhos moram tudo ali e nunca ninguém fez nada. Aí eu cheguei e conversei com a enfermeira, [...] eu achei até legal o que ela fez sabe, “não eu vou lá”, e ela pegou e foi na casa, ela olhou até o telhado, ela falou, “a alergia dela pode ser da caixa d’água, alergia dela pode ser da madeira do telhado que está muito velha, pode ser do emocional também”, [...] aí até que, funcionou o trabalho em equipe porque ela foi, aí a doutora já no mesmo dia, já pegou e falou assim, liga para ela vir, eu falei “não tem com ela vir”, eu peguei e sai, fui lá e busquei ela com o meu carro também, busquei ela, a doutora medicou ela e não melhorava, estava muito avançado, que rachou assim a pele de tanto inchado, aí rapidinho já conseguiram uma vaga para ela para o dermatologista, hoje ela está super bem (Grupo ACS III).

Mas, o fato do foco da atividade médica encontrar-se na consulta individual (queixa-conduta), bem como o seu pouco contato com a equipe, pois não participa ativamente dos espaços de reuniões, denota muito mais uma relação de dependência da equipe em relação ao médico do que de interdependência, sendo pouquíssimos os momentos em que o médico procura o ACS, por exemplo, para obter informação do contexto social de um usuário para complementar o seu atendimento.

Assim, os fluxos de comunicação dentro da equipe estão estabelecidos em três direções: o dos técnicos em relação à enfermagem, o dos agentes em relação à enfermagem e o da enfermagem em relação ao médico. Cabe ressaltar que o isolamento da comunicação entre os trabalhadores e a coordenação não configura um trabalho em equipe. E em relação aos demais profissionais da equipe de saúde bucal e os agentes de controle de endemias (ACE), nem foram citados nas discussões dos grupos, apenas mencionados como componentes da equipe nos questionários.

Essa configuração das relações entre a equipe revela uma ausência de grupalização, exceto nas relações entre os ACS, os quais em vários momentos das discussões tomam como referência de trabalho em equipe o trabalho entre eles, e não em relação a todos os integrantes da equipe.

Nós agentes assim, a gente defende uma a outra, agora... os outros cargos, até dentro da nossa unidade, já não posso falar a mesma coisa [...] [como deveria ser o trabalho em equipe] eu respeitando o espaço dela e ela o meu, e quando a gente tiver alguma dúvida a gente tentar entende, é o que acontece às vezes, lá na nossa unidade, não acontece tanto isso, mas nós, os agentes, sempre procuramos ser unido. (Grupo ACS I).

Eu vou falar da equipe da gente [ACS] lá, todo mundo, lá se dói um pelo outro (Grupo ACS II).

A gente troca informação [...] graças a Deus a gente tem um bom relacionamento, independente da área (Grupo ACS III).

A dinâmica entre grupalização e individuação favorece o crescimento da equipe em direção ao conhecimento das suas motivações e capacidades para o trabalho. Por outro lado, a ausência de grupalização impossibilita a formação dos vínculos e o compartilhamento de objetivos comuns (AFONSO, 2013).

Contraditoriamente, o médico é o membro com menor vinculação com a equipe e sua atividade desvela-se como a central no processo de trabalho da equipe, embora alguns negam essa centralidade/dependência da atividade médica no trabalho na Saúde da Família, o discurso evidencia-se de maneira diferente:

Ah, eu acho que um depende do outro, às vezes que nem lá, se tiver só nós e a enfermeira e a pessoa precisar de uma receita, aí a gente não consegue resolver aquilo ali, a não ser que telefonar para um, que nem ela telefona, telefona para outro médico, mas vai depender, às vezes não daquele médico, mas vai depender de um outro. Que nem já teve vez dela precisar e ela liga para outra unidade, pede para o médico fazer uma receita para ela e ela vai lá e busca, então... (Grupo ACS II).

A negação pode derivar de o fato da ação não coincidir com o motivo da atividade coletiva na ESF, o buscar a receita não coincide com a consulta médica, atividade predominante dos médicos na equipe.

A falta de interação dos médicos com a equipe, seja pelo fato de não cumprir a carga horária estabelecida na unidade, salvo uma exceção⁵³ e/ou pela própria organização dos processos de trabalho, ao mesmo tempo em que é identificada seu prejuízo para o trabalho em equipe, é justificada a impossibilidade do profissional permanecer mais tempo na unidade:

[...] o que falta mais é a interação do médico, o médico fala “oh, a nossa unidade está acontecendo muito caso dengue”, nesse setor, ele vim falar, querer saber mesmo ou só conversar mesmo, por ser uma equipe e o médico ser um dos chefes da equipe, deveria estar mais presente nesse ponto, mas nesse, o médico, o nosso médico na unidade trabalha como... o que não pode é ficar as quarenta horas porque eu acho que é um acordo entre eles já, da secretaria com os médicos por causa que o salário assim não é viável para eles, eles não ganham para ficar só ali, tipo assim o médico formado não vai querer, eu não sei quanto que é o salário, mas ele não vai querer ganhar acredito que seus dez mil só para trabalhar no postinho de saúde, ele vai querer ganhar dez mil aqui, trabalhar numa empresa que tem plano de saúde,

⁵³ M1 que quando estava trabalhando cumpria as oito horas na unidade (“Existia o Dr. M1 ficava, período integral, das sete as cinco” – Grupo ACS I).

ele quer trabalhar fazendo plantão, então tipo assim, eles fazem vários serviços para repor o investimento que eles fizeram. Então por isso fica, eu acho que tipo assim, é do serviço em si. (Grupo ACS III).

É que o horário dela [médica] é corrido também... [...] É difícil o horário dela de manhã, ela tem UPA. (Grupo ACS I).

Eu tiro por experiência minha lá na unidade, porque eu sempre trabalhei com médicos recém-formados, jovem, e toda vez era a mesma coisa, vai na unidade, aí sai daqui atende no município vizinho ou vai dar plantão não sei aonde, sabe, era agenda lotada. (Grupo Coordenadoras ESF).

A naturalização dessa forma de trabalho resulta da própria condição alienada dos profissionais, impedindo-os de conceber outros modos de organização do trabalho, bem como reiterando as relações assimétricas dentro da equipe. Para muitos a experiência profissional atual foi a primeira no trabalho na ESF. E considerando que estamos analisando essa modalidade de trabalho sob a perspectiva dos membros da eqSF, cujas ações estão inseridas nas condições do trabalho coletivo, não podemos perder de vista a relação entre a estrutura da atividade e da consciência dos profissionais. Portanto, a alienação estruturada socialmente permeia todo o processo de tomada de consciência.

A não fixação do médico na ESF demanda uma atenção especial, pois segue sendo um dos principais entraves na implementação desses serviços. Nas primeiras diretrizes delineadas para o modelo da Saúde da Família, a carga horária estabelecida era igual para todos os profissionais, sendo de 40h semanais. No entanto, um pouco antes da última revisão para a organização do trabalho na ESF (Portaria nº 2488, de outubro de 2011), em agosto, foi publicada a Portaria nº 2027 (25 de agosto de 2011), a qual apresenta uma flexibilização para a carga horária do médico, admitindo uma redução de 20 e 30 horas semanais, em condições especificadas, devendo ser admitido mais de um profissional para esses casos, de forma que o serviço não tenha prejuízos. E para os casos em que permaneça apenas um profissional médico com carga horária reduzida, é previsto uma redução no incentivo financeiro, bem como indicado uma cobertura populacional menor (BRASIL, 2011b; 2011c).

A flexibilização na carga horária médica procura legalizar uma situação que se encontrava em muitas localidades irregular, visto que muitos médicos não cumpriam a carga horária estabelecida (40h), arriscando muitas vezes o próprio credenciamento das eqSF junto ao Ministério da Saúde. Júnia (2016) destaca o aspecto de que a portaria não teve impactos na realidade dos serviços, pois apenas reconheceu uma condição já existente.

Como destaca Ney e Rodrigues (2012), com a nova Lei de Responsabilidade Fiscal instituída desde 2000, as gestões municipais encontraram mais dificuldades para a

contratação do profissional médico, por representar o maior custo dentre os recursos humanos na área da saúde. Assim, em muitos municípios, a saída adotada é pela terceirização na contratação do profissional, o que, na maioria dos casos, fere os direitos trabalhistas e dá abertura para uma contratualização distinta da dos demais profissionais. Esse é o caso do município da pesquisa, onde o único profissional das eqSF que não tem vínculo empregatício direto, ou seja, por meio de concurso público é o médico⁵⁴. Como ilustra a fala abaixo:

[...] É porque a doutora vai entrar de licença. Licença maternidade. [Pesquisadora: Ah tá, ela vai ficar seis meses afastada]. Não, ela vai ficar um ou dois meses só. [...] É porque ela é contratada. A empresa não libera. (Grupo ACS I)

Muitas vezes essas condições não atraem os profissionais a permanecerem na ESF diante de outra oportunidade de trabalho. Somada a essa falta de perspectiva para o futuro, no estudo de Ney e Rodrigues (2012), os profissionais citam ainda a insatisfação quanto as condições físicas e materiais necessárias para a execução do trabalho, dificuldades para o encaminhamento na rede de serviços, além da interferência política na gestão dos serviços.

Para os autores acima, o problema na fixação dos médicos na ESF está na fragilidade do Estado em planejar e regular as diferentes especialidades médicas. Apesar de no discurso oficial apontar a ESF como estratégia fundamental não só para a consolidação da atenção básica, mas para o SUS, na prática, desde a implantação desse modelo realizou-se pouco investimento governamental, diferente de que ocorreu em outros países, para a formação e regulação da atividade profissional.

Anderson, Gusso e Castro Filho (2005) reiteram essa posição ao trazer dados de países (como Portugal, Canadá, Inglaterra, Cuba e Holanda), que priorizaram a atenção primária em suas políticas de saúde:

Na Inglaterra, 51% de todos os médicos do país são especialistas da integralidade (“General Practitioners”); no Canadá, representam 55%; em Cuba, cerca de 65% e na Holanda eles já somam 33%. No Brasil, apesar de existir desde 1976 e ter sido uma das primeiras especialidades oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM (em 1981) e pelo Conselho Federal de Medicina (em 1986) com o nome de Medicina Geral Comunitária (mudando para o atual em 2001), ela ficou muito tempo em posição marginal, só ganhando maior visibilidade após a expansão do Programa Saúde da Família (p. 03).

⁵⁴ Exceção médico M1 e outros profissionais da rede básica-especializada que possuem vínculo com o Estado.

No processo de formação do profissional médico no Brasil vem ocorrendo mudanças significativas para que esse quadro mude, pois desde 2001, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), há um movimento de priorização da formação para atender a realidade brasileira, bem como o SUS. Na última edição, em 2014, a formação voltada para a Atenção Básica torna-se mais explícita, constituindo em um eixo da formação. Além disso, em 2013, o lançamento do Programa Mais Médicos, política do governo federal, buscou direcionar a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, dando maior relevância para a atenção básica, mas não foi muito bem acolhido. Todavia, o relato de algumas experiências exitosas, como o caso do município de Curitiba-PR, que propiciou a fixação de médicos em áreas vulneráveis, garantindo o acesso da população aos serviços básicos, está modificando alguns olhares questionadores (OPAS, 2015).

Trazendo para dialogar com os nossos dados a experiência da Atenção Primária em Portugal, conseguimos identificar diferenças significativas em relação ao trabalho das equipes. A começar pela composição das equipes nas Unidades de Saúde Familiar (USF). A equipe é composta por um médico, uma enfermeira e um profissional administrativo, responsável por uma cobertura que varia de 1250 a 2060 usuários por equipe. A maioria dos profissionais (71,4%) reside na área de atuação. É obrigatória ter formação na área, portanto, todos os profissionais residência familiar e possui de 20 a 36 anos de formação. A formação da equipe é por afinidade, ou seja, é um processo participativo ascendente que ocorre a partir dos profissionais e por essa razão, os profissionais possuem uma maior integração (SOUZA et al., 2013).

Porém, as atividades das equipes restringem ao aspecto assistencial, sobretudo, em atividades práticas clínicas-curativas, sendo que os profissionais encontram muitas dificuldades para a realização das visitas domiciliares, priorizadas somente aos usuários com limitações de locomoção. Há outros serviços que agregam os cuidados primários, como o responsável pelas atividades de educação física, diferente do Brasil, em que as equipes são responsáveis pela totalidade das ações (SOUZA et al., 2013).

Com relação ao trabalho médico, verificamos a diferença entre os perfis profissionais desses profissionais. Enquanto no Brasil, a Atenção Básica, sobretudo a ESF, conta com profissionais recém-formados e sem formação na área, em Portugal, observamos o oposto, profissionais experientes e a formação na área como condição obrigatória.

Pela discussão apresentada conseguimos apreender que a principal significação para o trabalho em equipe se dá em torno da relação de ajuda (colaboração/cooperação). Nenhuma referência a troca de saberes e práticas na construção de um projeto assistencial

coletivo. A atividade médica encontra-se no centro desse processo de trabalho, na qual todas as demais ações direcionam para essa atividade, criando uma relação de dependência e tendo a enfermagem como mediadora das relações.

Além do mais, assim como no trabalho de Navarro, Guimarães e Garanhan (2013, p. 68), que “destacaram a importância do reconhecimento de que todos os participantes da equipe necessitam e que deveria estar mais presente”, essa necessidade emerge também na nossa realidade, como uma forma de retorno em que o profissional busca um sentido/um valor para sua ação. Todavia, o ser ou não ser reconhecido pela população, pela gestão, pela coordenação ou por outro profissional não contribui para o movimento de pensar propriamente a ação, no sentido que Lane (1984/2004b), nos coloca:

[...] o pensar *ação/não ação – agir/não agir* e repensar o *feito/não feito* traz em si contradições que podem ser resolvidas através de uma explicação, de uma justificativa que encerra o processo com uma elaboração ideológica. Porém se a contradição é enfrentada, é analisada criticamente e é questionada no confronto com a realidade, o processo tem continuidade, onde cada ação é renovada e repensada, ampliando o âmbito de análise da própria ação, e tem como consequência a conscientização do indivíduo (p. 43-44 – grifos da autora).

As relações internas e externas da equipe, isto é, as estabelecidas entre os membros da equipe e destes com a comunidade ou outros serviços caracterizam nas condições objetivas para o pensar a ação/o agir/o fazer profissional. Assim, verificaremos na análise do próximo núcleo as implicações que a rotatividade dos profissionais traz para tais relações.

7.2.3 Os tipos de vínculos de trabalho e seus impactos na rotatividade dos trabalhadores

A gestão do trabalhador no âmbito do SUS é uma questão que não pode ser afastada das discussões acerca da consolidação das políticas públicas, visto que é por meio do seu trabalho que tais políticas se materializam nas práticas de cuidado. Com a intenção de aproximar a gestão das necessidades de saúde da população, bem como fomentar a participação da comunidade no exercício do controle social nas políticas de saúde, a descentralização da gestão em saúde direcionou aos municípios a gestão da atenção básica.

Todavia, inerente a esse processo de municipalização coloca-se a gestão dos trabalhadores em saúde. Convém lembrar que na lei do SUS (8080/90) indica-se que a política de recursos humanos deve ser articulada entre as diferentes esferas de governo, bem como que haja a valorização da dedicação exclusiva aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990a).

No entanto, a descentralização político-administrativa municipalizou a política de trabalho para os profissionais da saúde, movimento que desencadeou diferentes formas de contratação e, conseqüentemente, de gestão da força de trabalho. No caso da Atenção Básica, a contratação indireta ou terceirização ocorre por meio das Organizações Sociais (OS), instituídas através da Medida Provisória nº 1.591, de 09 de outubro de 1997 (BRASIL, 1997) e regulamentada pela lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), as quais atribuem os requisitos para o exercício das OS, inseridas em vários ramos de atividades, incluindo a saúde. Barbosa et al. (2008) descrevem as diversas formas de contratação:

- a) CLT: As regras disciplinadoras de relação de trabalho regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).
- b) Estatutário: Regime jurídico disciplinado por meio do Estatuto que enumera direitos e deveres dos servidores públicos federais, estaduais e municipais.
- c) Autônomo: Todo profissional que exerce sua atividade sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos.
- d) Contrato Administrativo: Agrupamento excepcional dentro da categoria dos servidores públicos. Contratação admitida por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público.
- e) Terceirizado: Contratado por meio de empresa intermediária, mediante acordo de prestação de serviços. A relação de emprego, neste caso, é estabelecida com a empresa prestadora de serviços e não diretamente com o contratante destes (p. 11).

Cabe destacar que o contexto pesquisado congrega duas formas de contrato para os profissionais da ESF: por via direta, com vínculo estatutário estabelecido através de concurso público municipal e por via indireta, por meio de Organização Social de Saúde/Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSS/OSCIP). Em muitos municípios, há a contratação do terceiro setor para a prestação de todos os serviços na Atenção Básica. Alternativa encontrada, especialmente, pelos municípios de grande porte diante do paradoxo entre a limitação na contratação de recursos humanos imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal e a necessidade de incorporação de profissionais para a ampliação na cobertura da ESF com conseqüente ampliação do acesso da população ao SUS (SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016). Opção muito debatida, mas que, infelizmente, não avançou no sentido de uma reversão desse movimento de terceirização na área da atenção básica de saúde.

A rotatividade dos profissionais representa um problema para a implementação do modelo da ESF, haja vista que atinge diretamente princípios fundamentais, como o vínculo com a comunidade e a longitudinalidade do cuidado. No contexto da pesquisa, observou-se

que os diferentes tipos de vínculos empregatícios entre os profissionais implicam em distintas motivações para a rotatividade. Por exemplo, no caso do médico, em que a contratação ocorre indiretamente, a rotatividade advém da saída do profissional do serviço. Diferente das outras categorias profissionais, em que a rotatividade relatada aconteceu, em sua maioria, entre as unidades do próprio município, ou seja, na troca de profissionais entre as unidades.

No primeiro caso, acreditamos ser o médico o profissional que melhor expressa a relação público-privada, considerando seus múltiplos vínculos de trabalho, sobretudo, após a crise da medicina liberal. Segundo o relatório demográfico do exercício profissional da Medicina em 2015⁵⁵, 53,8% dos médicos brasileiros possuem mais de um vínculo de trabalho (5,4% têm seis ou mais vínculos; 29,5% têm dois vínculos; 24,3% acumulam três vínculos); em relação à inserção no sistema de saúde, 51,5% atuam no âmbito público e privado; apenas 21,6% trabalham exclusivamente no setor público e 23,5% na atenção primária em saúde (SCHEFFER, 2015).

Ofertar uma melhor remuneração tem sido a estratégia mais utilizada para a fixação do médico na atenção básica. No entanto, Campos e Malik (2008) verificaram em seu estudo que uma melhor remuneração atrai os profissionais, mas não garante sua fixação, pois o salário não compensa a precarização do vínculo trabalhista. Assim, o tipo de vínculo de trabalho aparece como um dos fatores que determinam a rotatividade do médico na ESF (ROCHA; TRAD, 2005; CAMPOS; MALIK, 2008; GONÇALVES et al., 2009; MEDEIROS et al., 2010).

Como aponta o relatório demográfico sobre a profissão, os fatores elencados pelos médicos que os levariam a se fixar em um local de trabalho são: 1) salário/remuneração (98,3%); 2) condição de trabalho (98,2%); 3) qualidade de vida (97,9%); 4) ambiente seguro/sem violência (97,2%); 5) possibilidade de aperfeiçoamento e especialização (96,9%); 6) plano de carreira (96,7%); 7) reconhecimento profissional (96,5%). É interessante observar que diante da hipótese apresentada pela pesquisa aos profissionais - se os salários e as condições de trabalho do setor público e privado fossem iguais - a escolha da maioria (58,2%) dos médicos seria trabalhar no setor público (SCHEFFER, 2015).

⁵⁵ O presente relatório descritivo do estudo *Demografia Médica no Brasil 2015*, elaborado a partir de bases secundárias e inquérito nacional, atualiza dados sociodemográficos dos médicos e traça perfil desses profissionais e de seu mercado de trabalho no país.

No caso da ESF, a admissão de médicos generalistas⁵⁶ e a proposta salarial torna o modelo atraente, em especial, para os profissionais recém-formados, mas sua fixação envolve outros aspectos, como analisou M1:

Por exemplo, [cidade da pesquisa] oferece um salário de dez mil reais e o médico recém-formado, sem residência ele vem fazer clínica médica, [...] O que que acontece? Para quem recém-saído da Faculdade é um salário razoável, ele vem para cá, [...]. Aparecendo uma oportunidade para ele fazer uma residência ou um estágio em algum outro lugar, ele vai embora ou ele vem para cá e não se adapta ao tipo de trabalho ou a cidade ou alguma coisa desse tipo, nós tivemos médicos que ficaram três meses aqui. Então, antes de mais nada, o médico precisa ter plena consciência da filosofia e daquilo que se quer dele no trabalho, principalmente, o bom relacionamento com a comunidade, aonde ele está locado. Então, a partir daí se ele realmente tiver o perfil, as coisas vão bem e ele até se fixa na cidade, mas como eu estava falando são muito jovens, hoje a maioria se forma aí com... vinte e dois, vinte e três anos, vinte e quatro anos, eles estão na expectativa de arrumar algum lugar, alguma cidade, inclusive tem esse detalhe, por exemplo, [cidade da pesquisa] tem um, uma qualidade de vida muito boa, então se você é casado, tem mulher e filhos, você vai ter uma vida bastante razoável na cidade, a cidade oferece muita coisa, então isso é um fator importante para você se fixar [...]. M1

Como ressaltado no relato acima, além da oportunidade de uma boa remuneração inicial e buscar uma qualidade de vida, é preciso “ter plena consciência da filosofia do serviço”, ou seja, ter plena compreensão da proposta do trabalho. Esse aspecto também foi abordado por M2, que destacou a “visão limitada” dos recém-formados e especialistas, repercutindo diretamente na resolubilidade dos serviços. Por outro lado, ressaltou uma outra realidade do aspecto da fixação do médico, a estabilidade que esse serviço oferece ao profissional diante das poucas possibilidades de inserção:

E hoje você tem o PSF com grande número de médicos que acabaram de formar e eles, podem ser bem intencionados, mas não tem noção ainda ou de outra parte, alguns médicos é... que se especializaram, então enxergam um pedacinho da Medicina, e aí estão cansados, estão desanimados, ou querem uma segurança profissional que as Santas Casas não dão, então eles pegam o PSF que tem uma renda fixa para eles, ele mantém o consultório ou as atividades em outros horários e leva lá o PSF com a visão do especialista também, que é bastante limitada, então ele encaminha tudo [...] M2.

A “flexibilização” nas condições de contratação do médico visa a sua permanência diante da dificuldade dessa força de trabalho em cidades do interior. A Ementa Constitucional (PEC) 454/09 propõe o estabelecimento de diretrizes para a organização de

⁵⁶ Profissional formado em Medicina, sem residência.

uma carreira única de médicos, mantida pela União, mas com exercício nos serviços públicos federal, estaduais e municipais. Essa PEC está, desde outubro de 2015, pronta para ser apreciada pelo plenário da Câmara. O Conselho Federal de Medicina (CFM) busca sensibilizar o Congresso Nacional sobre a importância da aprovação da carreira de Estado para o médico do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016). Para M1, a solução para esse impasse encontra-se em estabelecer um vínculo federal e não municipal para os médicos:

[...] você tem que dar segurança ao médico e garantir a ele, que ele vai ser sempre um médico do Estado, do Estado eu quero dizer do Estado, União, Federal, ele presta concurso, ele passa, ótimo, está garantido como qualquer outro funcionário público que faz concurso e tem estabilidade, isso não acontece, isso custa muito dinheiro, o governo então não se responsabiliza.

Além dos elevados custos, salientado por M1, tal proposição caminha na contramão do processo de municipalização e descentralização no SUS, pois centralizaria a gestão de um trabalhador. A alternativa que se coloca fecunda nesse debate de fixação de profissional na ESF, é a implementação dos Planos de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) (JÚNIA, 2016), dos quais todos os profissionais se beneficiariam, não só os médicos.

De acordo com a Lei 8142/1990, a elaboração de PCCS deve ser realizada pelos municípios e aprovada pelo MS. Todavia, a presença desses planos ainda é muito incipiente. Segundo dados de 2008 do Observatório de Recursos Humanos apenas 20% das capitais possuem PCCS e ainda nem todos estão devidamente aprovados e implantados (PIERANTONIO et al., 2012). Como ressaltam Mendonça et al. (2010) faz-se necessário existir vontade política dos gestores, além da compreensão do papel que exercem na gestão do trabalho. Os autores esclarecem ainda:

Por gestão do trabalho no setor público de saúde, entende-se o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional dos agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho. O conjunto desses fatores deve dar suporte a um processo de trabalho diferenciado, que determina mudança no modelo assistencial no sentido de ofertar uma atenção primária à saúde (APS) resolutiva e de qualidade e de uma ação voltada para o campo social (MENDONÇA et al., 2010, p. 2356).

Quando partimos para a análise da rotatividade dos profissionais que possuem vínculo empregatício direto, identificamos como se dá a concepção da gestão em relação ao seu papel na regulação das relações sociais de trabalho e na formação profissional. É preciso

destacar que existem motivos distintos na rotatividade desses profissionais: por interesse do profissional ou por interesse da gestão municipal.

Como o processo de expansão da ESF no município ocorreu de maneira gradual, houve profissionais que solicitaram a mudança de unidade para a gestão, quando foram implantadas unidades próximas de suas residências ou casos de profissionais que saíram porque passaram em outros concursos públicos. Mas a principal razão da rotatividade de profissionais entre as unidades ocorre mediante algum problema, geralmente, de ordem interpessoal decorrente das atividades no trabalho. A fim de cessar o conflito em uma determinada unidade é realizado um rodízio de vários profissionais, alterando a composição de várias equipes. Essa estratégia da gestão, muitas vezes é justificada pela impossibilidade de demissão do funcionário público.

Considerando que há diferenças nos processos de trabalho das equipes e nas características da população da área, alguns profissionais consideraram suas mudanças positivas, pois possibilitaram aprender mais sobre o seu trabalho, bem como ressignificar a sua prática conforme a realidade inserida:

[..] eu pelo menos acho assim, se você deixar ali, ele sempre no mesmo lugarzinho ali, às vezes uma coisa que ele está fazendo errado, ele nem sabe que ele está fazendo errado. Aí ele vai lá em outra unidade e fala, “nossa como eu tô fazendo errado lá”, então vê que a coisa funciona mais, porque assim, eu tiro por mim, porque quando eu entrei eu fui direto para [UBSF XX] chegou lá, nem eu e nem a enfermeira tinha trabalhado em posto de saúde, pensa num povo que trabalhamos, era nós duas, porque a gente achava que a responsabilidade do posto era tudo da gente. Aí depois quando eu fui para a [UBSF YY] eu descobri que tinha um monte de coisa que eu fazia que não era minha obrigação, ela também fazia um monte de coisa que não era obrigação dela. Depois eu vim para [UBSF XY] aí você vê que ainda tem coisa que você estava fazendo que não era sua obrigação, não era sua responsabilidade, [...] se eu não tivesse saído de lá, eu ia achar que era aquilo mesmo, que estava tudo certo, que aquilo era o meu serviço, aí depois que eu fui para outras unidades, que eu fui ver o tanto que estavam me explorando [risos] (Grupo de Técnicas de Enfermagem).

Eu acho que tem dois pontos. O que prejudica eu acho que seria assim o vínculo com a comunidade, porque a comunidade já tem confiança, por exemplo, naquele profissional. [...] Só que para mim eu gostei da mudança, é bom, porque o conhecimento, a atitude é diferente, porque embora a gente está na mesma cidade, uma cidade do interior, pequena, é.. cada uma unidade trabalha de uma forma diferente, é uma realidade totalmente diferente por bairros, é totalmente dividida, eu gostei da experiência, eu estou gostando. (Grupo Coordenadoras ESF).

As relações de aprendizagem mencionadas no relato do grupo de técnicas de enfermagem perpassam pelo questionamento da organização dos processos formativos desses

profissionais. O aprender realiza-se por meio do fazer, muito característico da formação técnica. Assim, verifica-se como a significação do seu fazer no processo de trabalho na SF vincula as diferentes experiências de trabalho e não a um processo formativo ou de educação continuada/permanente. No entanto, nesse processo de mudanças, alguns profissionais questionam a ausência de explicação da gestão sobre os motivos das trocas de profissionais:

[...] até hoje não falaram porque eu mudei, mas para mim foi bom, embora seja uma unidade bastante volumosa, [...] eu me senti útil, eu me senti enfermeira mesmo, embora assim, a gente faz outras coisas, mas eu sou muito mais ocupada lá [...] embora eu reclamo às vezes do cansaço do dia a dia, mas eu falo para você, eu não sei porque eu fui parar lá, então eu acho assim, quando tem essas mudanças, eu não sei em referência de outras é, é.. devia falar para a gente numa boa, na real, se foi reclamação, se não foi, o que aconteceu, eu não sinto essa firmeza por parte dos nossos gestores [...] porque que a gente pensa, a gente só houve isso, “vou mudar fulana porque me dá problemas”, “meu Deus o que que eu fiz, eu nunca recebi uma ouvidoria e tal” [...] e eu chorava, eu falei eu estou sendo enganada (Grupo Coordenadoras ESF).

Desse modo, os aspectos negativos decorrem da omissão da gestão em explicitar os reais motivos das mudanças para os profissionais e, sobretudo, em alterar equipes que estão “dando certo”:

[...] nesse caso dessa funcionária, eu acho que o problema tem que ser solucionado ali entendeu, essa, não é ficar vamos rodar porque a minha unidade nunca deu problema, então assim, então vamos mandar ela para lá, porque às vezes lá tem cinco agentes que nunca deram problema, [...] então coloca ela ali no meio para tentar neutralizar e não resolveu o problema. Que nem uma funcionária que já tem mil apontamentos, que já tem advertência, mas que chega na câmara por política, essa funcionária nunca vai ser exonerada, entendeu. Então assim, não resolve o problema da funcionária ali, fica colocando para lá e para cá, para ver se para, é... para neutralizar um pouco e por um tempo ela dá sossego, então é essa eu acho que é a mudança ruim, porque a equipe, minha equipe já conhece ela de outros carnavais, então elas já ficaram todas assim, nossa eu não acredito, vai tirar a fulana para colocar a ciclana, agora que está tudo organizado, agora que está tudo certo. (Grupo Coordenadoras ESF).

Para as coordenadoras da ESF, essa “política do rodízio” só transfere o problema de lugar.

[...] eu recebi também uma funcionária que era problema na unidade [anterior], quando na verdade ela continua [...] É.. você muda o problema de lugar, porque o seu problema ela não vai mudar, é difícil. (Grupo Coordenadoras ESF).

Mesmo discordando de algumas mudanças, as coordenadoras não conseguem evitar tais intromissões. Houve um caso relatado em que o médico da equipe interveio junto ao secretário de saúde em defesa da permanência de uma profissional da equipe, e a mudança não foi realizada:

Esses dias eles iam fazer a mudança de uma funcionária da recepção para uma outra unidade, aí estava lá, eu não gostaria e tal, aí comentei com ele [médico], ele pegou o carro dele e baixou aqui na secretaria, “não vai tirar a fulana, não vai tirar, eu não concordo vocês não podem mexer numa equipe que está funcionando, vocês vão mexer numa equipe que está funcionando para desestruturar, para mandar para outra. Vocês têm que capacitar o funcionário problema”, ele falou isso para o [secretário de saúde] no telefone, ele foi com [secretário] e não tiraram. (Grupo Coordenadoras ESF).

Essa passagem destaca o déficit na formação profissional, bem como alude novamente o poder do médico frente ao da coordenação. No entanto, entre os demais integrantes da equipe a coordenação mantém a representação de detentora do poder de mando, especialmente, quando ocorrem as trocas:

[...] é que quando o enfermeiro vem para uma unidade, ele não conhece os agentes de saúde, aí ele já vê assim. [...] Já vem com uma função ali de mandar, aí ele vai coordena a equipe, aí ele fala “se eu for muito aberto com a equipe eles vão..”, tipo assim, “vão querer mandar em mim, vão controlar”, às vezes eles vem mais duro com as suas ordens para esse ponto, para não dá liberdade, para mostrar algum ponto. (Grupo ACS III).

A única dificuldade que eu tenho, com a troca de chefe assim, é porque um comanda de um jeito “Ah, você faz esse trabalho assim, eu gosto assim” e tá de um jeito trabalhando e a outra pessoa chega e fala assim “Ah, não vamos muda isso daqui, vamos fazer essas receitas diferente, vamos fazer para pegar a cada três meses que é melhor”, aí já muda tudo o sistema que a gente está acostumada a trabalhar, tem uns que muda o jeito de trabalhar. (ACS I)

Todavia, as mudanças de coordenadoras na equipe vão além de mudar somente a organização do processo de trabalho, trazem implicações para as relações com os usuários que devem se adaptar a essas alterações e, sobretudo, para a grupalização da equipe, gerando um clima de insegurança, tendo em vista a significação que esse papel tem para a equipe:

[...] eu acho que para a equipe assim, que está abaixo de nós, nós como coordenadores, chefe de equipe, eu acho que para eles a mudança nossa não é boa, eles já estão habituados com a maneira de trabalhar, com a maneira de coordenar, e aí a nossa mudança [...] eu acho que eles ficam um pouco ressabiado. (Grupo Coordenadoras ESF).

Tudo que é mudado, tudo que é mudança tem uma reação positiva e uma reação negativa. [...] De início o negativo. Depois vai acostumando,

acostumando, vai vendo que a pessoa não é aquilo. [...] Sempre no começo aquele olharzinho meio de rabinho de olho, existe em todo lugar que trabalha mais que uma pessoa. (Grupo Técnicas de Enfermagem).

Eu acho assim, nesse primeiro momento, toda mudança tem o seu impacto, cada vez que muda o enfermeiro, que é quem chefia a gente, primeiro dá aquele impacto, dá aqueles converseiros, não tem jeito, parece que até que divide mais a equipe porque fica cada um com a sua verdade, titi daqui, titi de lá, mas aí depois com o tempo essa pessoa, a enfermeira tem pulso, a enfermeira se mostra que é... (ACS III).

A prática do “rodízio de coordenadoras” de equipes na ESF vem se naturalizando nos modelos de gestão municipais. Vale destacar que no estudo de Manoel (2012) essa prática da gestão também foi identificada, mas sob o argumento da implementação de mudanças na organização do processo de trabalho previstas pela gestão. Independente das justificativas, que sequer são esclarecidas aos profissionais que estão sendo mudados e muito menos para a equipe que os estão recebendo, a intencionalidade dessa prática na sua aparência relacionam à busca pela harmonização dos conflitos que atrapalham as relações no trabalho ou mesmo à necessidade de reorganização do processo de trabalho.

Mas em sua essência, como salienta Lane (1994/2004a), a emergência de conflitos pode ser perturbadora para a manutenção do *status quo*. Assim, amenizar a permanência de um conflito por meio de uma mudança impositiva, verticalizada visa reforçar as relações de dominação, sobretudo, da gestão, bem como da própria coordenação da ESF em relação à equipe. Além disso, impede que as contradições presentes nas situações conflituosas sejam trabalhadas como propulsoras para movimentos de conscientização grupal.

Quanto aos reflexos para o trabalho na equipe, a rotatividade de trabalhadores denota uma heterogeneidade na equipe, que pode ou não trazer impactos negativos, vai depender das condições e frequência em que tais mudanças ocorreram. Nesse sentido temos relatos de mudanças tanto positivas como negativas:

Porque, aí chegou a outra [coordenadora] que é super centrada e te escuta, não chega xingando, também é bom, tem esse lado positivo também sim, aí vai embora, o que adianta, o bom vai embora. (Grupo ACS II).

Eu tive, muitas mudanças de médicos e tive médicos que ajudaram muito a equipe e outros, que só atrapalharam, de verdade mesmo, porque a equipe ficava toda hora apagando fogo porque eles aprontavam confusão lá no consultório, o paciente saía bravo, não cooperava de jeito nenhum sabe, então foi muito ruim (Grupo Coordenadoras ESF).

Especificamente, no caso da coordenação, a sua atividade é um elemento essencial para promover a grupalização da equipe, em direção à sua constituição enquanto um grupo, rumo a concretização de um trabalho em equipe (MANOEL, 2012). As constantes trocas de coordenadoras realizadas pela “política do rodízio” não é efetiva sob o ângulo de que pode melhorar para uma equipe e piorar para outra, considerando que a premissa norteadora desse movimento é a da transferência de problema.

Além disso, no estudo de Rodrigues, Pereira e Sabino (2013) o relacionamento com os colegas da equipe foi o fator mais citado para a diminuição da rotatividade dos profissionais da ESF. Todavia, tal discussão possibilita compreendermos um pouco a complexidade da gestão dos serviços de saúde ao lidar com distintos interesses corporativos, coletivos e individuais em seu fazer. Porém, podemos verificar que a concepção da gestão sobre essa questão se aproxima a que Schraiber e Machado (1997) discutem em que:

[...] vê recursos humanos como insumo e não como, ao revés, agente ou ator no trabalho, toma o trabalho como estrutura técnica isolada e auto-determinada, situação em que seus recursos, inclusive o humano, reduzem-se a componentes-objeto do processo. Neste caso, os agentes de trabalho não poderiam dispor-se como sujeitos ou como atores sociais e o termo trabalhador indica a dessubjetivação da pessoa e a sujeição completa do indivíduo em ação (p. 286-287).

Esta visão vai na contramão da concepção do trabalhador como um dos atores sociais na construção do sistema de saúde, mas que é a mencionada pela própria PNAB, tendo em vista que a gestão/coordenação dos trabalhadores é apontada como simples gerenciamento de insumos.

Nesse panorama temos as contradições de uma gestão que flexibiliza ao máximo as condições de trabalho para se evitar a saída/rotatividade de médicos, mas mantém a precarização em seu vínculo de trabalho. Por outro lado, estabelece vínculos estáveis para os demais profissionais da eqSF, mas não garante a continuidade do vínculo com a comunidade e a longitudinalidade do cuidado porque promove a rotatividade dos profissionais entre unidades e como vimos na discussão do núcleo anterior chega a propor até a rotatividade de ACS entre as microáreas da UBSF. Com isso perde-se totalmente de vista a essência do modelo da ESF que é exatamente a construção do vínculo com a comunidade e entre a equipe, tendo por finalidade maior a produção do cuidado integral e resolutivo.

Vale salientar que o vínculo e a longitudinalidade no cuidado são princípios essenciais, especialmente, quando se trata do cuidado em saúde mental.

7.2.4 O cuidado em saúde mental exige tempo, escuta e vínculo

No caminho para compreendermos a perspectiva do cuidado na ESF, apreendemos como são reconhecidas pelos profissionais as necessidades de cuidado em saúde mental na APS. Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) as necessidades de saúde são associadas em um primeiro momento à assistência, considerando o que motiva a procura por atenção médica em algum serviço de saúde. Porém, ao aprofundarem nessa questão, os autores atribuem que:

A origem dessa busca é o *carecimento*, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. [...] O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como *necessidade*, tornando as próprias intervenções também *necessidades* (p. 29 - grifos dos autores).

Nessa perspectiva tanto o sofrimento mental (*um carecimento*) pode ser reconhecido como uma necessidade como o seu próprio cuidado (a intervenção). No relato dos profissionais da ESF, identificamos que o sofrimento mental faz parte do cotidiano de trabalho das eqSF, sendo facilmente reconhecido pela necessidade de medicamento:

[...] eu acho que é cinquenta por cento dos atendimentos nossos, é envolta disso, se você tirar até pelas medicações de uso contínuo que cada família faz, acho que a maioria tem uma receitinha azul, um ansiolítico que seja (Grupo Coordenadoras ESF).

[...] é impressionante o tanto de receita de rivotril e sertralina e... sertralina e o que? [pausa] Fluoxetina. Todo mundo toma, a caixinha de receita quando você for pegar está cheia... [...] “O vizinho está tomando e é legal, então eu quero a receita da sertralina”, eles falam assim para a gente. “Eu tomei o comprimido da minha mãe e adorei, tem como pegar para mim lá”, todo mundo quer tomar. (Grupo ACS II).

Não se tem uma informação precisa do percentual que essa demanda representa nos atendimentos das unidades, mas os trabalhadores se referem a uma grande quantidade de usuários em sofrimento, bem como o uso generalizado de psicotrópicos. As necessidades de cuidado nessa área envolvem desde casos leves como depressão e ansiedade até casos mais graves como esquizofrenia, tentativa de suicídio e dependência de álcool e outras drogas, variando as demandas de acordo com as particularidades das áreas de cada ESF.

Ainda no plano do reconhecimento das necessidades, questionamos os profissionais quanto às origens dessas necessidades:

Eu acho que hoje é... eu acho que oitenta por cento é isso aqui, não tem as doenças psicossomáticas, então eu acredito que se você, então está bem física, mentalmente, não está bem emocionalmente não está bem fisicamente [...] a gente consegue identificar onde está a problemática porque a gente acompanha, a equipe acompanha a família [...] toda aquela problemática que existe, que faz desenvolver as doenças emocionais (Grupo Coordenadoras ESF).

[...] essas famílias desestruturadas, pai e mãe sem estrutura, criança em casa cresce nesse meio, já cresce um adolescente problemático, já começa cedo fazer uso de um monte de medicação forte entendeu, então é uma coisa assim, que vai deixando a gente triste (Grupo Coordenadoras ESF).

Pouca união entre a família, enquanto marido está trabalhando, mulher está trabalhando, os filhos tudo... então união é bem pouca, é isso (Grupo ACS I).

[...] é a correria, pessoas estão indo muito atrás do bem material e eu acho, na minha opinião, está afastado um pouco de Deus, eu acho que corre muito, muito atrás do material e esquece o espiritual, é a minha opinião, muito individualista, muito, só pensam nela, “ah eu estou bem, o outro se dane”. [...] E o corpo dá sinal, quando alguma coisa não vai bem, tem que prestar atenção, a gente percebe. Mas nessa correria a gente não para para prestar atenção [risos] (Grupo ACS II).

No meu ponto de vista a principal causa do adoecimento mental é que vivemos num mundo muito corrido, a gente procura muito satisfações [...] São ansiedades que o mundo traz que infelizmente as pessoas às vezes procura uma resposta imediata e a resposta é a longo prazo [...] talvez seja isso que nós reflete, uma sociedade desequilibrada, com uma condição financeira precária [...] ou você trabalha e mentalmente fica louco, ou você trabalha fisicamente e fica doente, das duas uma, as duas opções que você tem na vida. (Grupo ACS III).

Nas concepções dos profissionais são vários os fatores que influenciam na saúde mental da população, tais como: somatização, relacionamento familiar, espiritualidade, condições de trabalho e financeira, individualismo e ausência de tempo, fatores que se associam, em sua maioria, ao modo de vida contemporâneo, mas sem relacionar essas condições como produto de uma forma específica de organização social. Ainda que contextualizem os fatores às condições de vida da população, afastando-se de explicações biologizantes, a concepção sobre a “família desestruturada” recai em um discurso fortemente determinista e naturalista, definido como “culpabilizador do grupo familiar” (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009b).

O entrave apontado pelas coordenadoras é que de um lado os ACS reconhecem “até demais” as necessidades de cuidado em saúde mental, em oposição aos médicos, que pouco reconhecem essas necessidades:

Hoje é, no meu PSF tem três desse [caso de saúde mental], toda semana ele está lá entendeu [...] é muito difícil o médico ver isso, não sei se nós já conhece o paciente porque a gente olha a família como um todo, já sabe que ela mora sozinha ali ou se ela tem dificuldade ali, que esse é o problema dela, que é mental só, a gente já sabe, mas como bate todo dia no médico, ele não, ele só vê... [se eu falar] (Grupo Coordenadoras ESF).

Como mencionado na fala acima, o conhecimento do contexto familiar facilita na identificação dessas necessidades. Nesse sentido, os ACS identificam mais por estarem no contato direto (“na prática”) que possibilita conhecer o usuário e a dinâmica da sua família, ou seja, o problema como todo.

Nós que estamos na casa, nós vemos. [...] A gente pelo menos na visita, acho que isso é comum, todos os agentes, a gente entende que hoje a Dona Maria é super alegre, amanhã ela está chorosa porque o filho está doente, que amanhã ela não vai, vai te atender com pedras na mão, nunca ela fez isso na vida, mas é que alguma coisa está acontecendo, entendeu. [...] Você vai conhecendo, você vai sabendo quem é quem.

Ah, a gente está na prática vamos dizer assim, muitas das vezes quem está dentro na unidade, está só na teoria vamos dizer. A gente vai, por exemplo, quem vai atender, se for as atendentes, se for a enfermagem ou o médico, vai atender só ele, e nós não [...] Nós sabemos o problema todo.
(Grupo ACS I).

Desse modo, o vínculo é apontado como condição determinante para se reconhecer a necessidade de cuidado em saúde mental. Para a construção do vínculo, os ACS realizam uma abordagem de aproximação gradativa:

Tem aqueles casos que você tem que chegar devagar, procura colher as coisas devagar, não pode chegar de uma vez, porque as pessoas não se abrem, então você indo devagar tentando conquistar a pessoa, às vezes ela acaba se abrindo para você, te contando, mas tem que começar assim.
(Grupo ACS III).

Como vimos a construção do vínculo demanda tempo para se realizar a escuta do usuário. Mesmo assim, há situações em que são mais difíceis de abordar o problema, como por exemplo, os casos de dependência de álcool e outras drogas, em que observam uma resistência maior do usuário falar sobre esse assunto. Geralmente, os ACS tomam conhecimento por meio de outros membros da família ou vizinhos.

Por outro lado, a maioria dos usuários em sofrimento mental apresenta uma maior necessidade de falar/de atenção:

Talvez o remédio da pessoa é só ter alguém para ouvir. E deixar que ela fale [...] Você está só escutando, não precisa mais nada. (Grupo ACS I).

Eu vejo muito essa necessidade das pessoas, pelo menos na minha microárea, elas querem falar muito, muito, muito, elas ficam uma, duas horas falando, então e elas se sentem bem de falar, e eu estou lá para escutar. Então escutar também é cuidar. (Grupo ACS III).

[...] às vezes ele quer só uma atenção, dá cinco minutos... de, dá, só escuta (Grupo Coordenadoras ESF).

Essa necessidade exige uma maior disposição do profissional para escutar. Vale lembrar que o modelo da ESF prioriza dentre as suas tecnologias de cuidado, as tecnologias leves definidas por Merhy (1997), as quais são concebidas como tecnologias das relações, que viabilizam a construção de vínculo por meio das práticas de acolhimento e da responsabilização do cuidado. Assim, acolher toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento é imperativo ético nas práticas da ESF (BRASIL, 2012a).

Embora os profissionais reconheçam as necessidades de cuidado em saúde mental e até apontem algumas necessidades de “intervenções” que devem ser ofertadas para atendê-las, contraditoriamente, essas “intervenções” são pouco realizadas na prática dos serviços, tendo em vista a configuração da organização do processo de trabalho.

A enfermeira não tem esse tempo porque são vinte e seis pessoas para pesar, para fazer a pré-consulta e a triagem, todo dia, e ela tem processo de alto custo, então a pessoa não vai ter esse tempo de ouvir ela, quem tem esse tempo é o agente de saúde, é o agente de saúde que vai na casa e pode escutar isso [...] então você explica, “não é, é que aquele dia ela [enfermeira] estava corrido”, eu tento remediar para a população entender, às vezes o médico, ela fala “ah, eu fui na sala e o médico nem olhou para a minha cara”, é isso que eles falam, a população em si, os idosos, principalmente, eles são muito carente, às vezes um afeto para eles são muito importante, e esse planejamento seria importante de falar “oh, vamos humanizar a saúde”, é um ponto importante, humanizar a saúde. (Grupo ACS III).

Porque o médico chega rápido. [...] Se for escutar não faz outra coisa (Grupo ACS II).

Para os ACS, eles são os profissionais que mais dispõem de tempo para realizar essa escuta em comparação com a equipe, pois a rotina na unidade não possibilita esse acolhimento. No entanto, não podemos esquecer que o acolhimento configura em uma das principais práticas para a humanização da atenção em saúde, o qual deve ser realizado por todos os profissionais da equipe. Partindo da conceituação que:

Acolher significa, entre outras coisas, “dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em consideração”. Em última análise, tomando-se o sistema de saúde como pano de fundo, o Acolhimento pode significar a *facilitação* do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada (SOBRINHO; INOJOSA, 2002, p. 06).

Quando acontece de outros profissionais da equipe acolherem/escutarem, pois possuem um vínculo com o usuário, essa prática é vista como exceção. Frequentemente, nesses casos e mesmo os próprios ACS, os profissionais se autodenominam de “psicólogos”, como se essa atividade fosse restrita a um único profissional e não uma condição indispensável para o cuidado:

Na verdade eu tenho uma paciente que até muito engraçado, porque quando ela fica em crise assim, primeira coisa que ela faz é ligar no postinho de saúde, querendo falar com a enfermeira. Aí a enfermeira já sabe, “então vem, desce aqui”, daqui cinco minutos ela aparece, aí ela entra, fica lá dentro de uma salinha, conversando com a enfermeira, desabafa, sai outra pessoa de dentro da sala. Então ela vê a enfermeira do nosso PSF como uma psicóloga para ela, quer dizer, é muito engraçado. (Grupo ACS III).

Ali quando era o outro médico⁵⁷, [...] acho que era uma coisa do médico, a gente até brincava que “nossa o doutor é psicólogo além de clínico” porque tem paciente que entra na sala dele e fica hora, hora lá conversando, conversando... (Grupo ACS II).

A gente é meio que psicólogo (Grupo ACS I).

Geralmente, isso ocorre porque a principal característica da atitude psicoterapêutica representada socialmente como atividade exclusiva da Psicologia, é a capacidade de escutar (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994). Como explicam Oliveira, Vieira e Andrade (2011):

O profissional da ESF, ao ocupar um lugar institucional autorizado de cuidador, pode, dentro dos limites da sua responsabilidade nessa equipe, construir um espaço de escuta e esclarecimento que valorize a dimensão da avaliação clínica e ao mesmo tempo implemente as condições básicas de uma relação terapêutica que visa a ampliação da autonomia do paciente. Nesse sentido, a disponibilidade dos profissionais para a escuta atenta e observação é condição para a identificação de problemas relacionados aos processos biopsicossociais expressos ou subjacentes na fala e nas ações do “paciente” (p. 27).

⁵⁷ M1

Assim, “as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo [...]” (BRASIL, 2013, p. 22). As ações terapêuticas nesse tipo de cuidado visam a oferta da escuta, sempre atenta ao exercício da comunicação e da empatia, tendo em vista apoiar emocionalmente os usuários por meio da oferta de um espaço onde que se sintam compreendidos, ao mesmo tempo, em que proporcione o movimento de pensar/refletir sobre o seu sofrimento (BRASIL, 2013).

Diante do olhar “restrito” do médico, salvo a exceção, as coordenadoras que identificam os problemas psicossociais e comunicam aos médicos para que eles conduzam as intervenções, visto que não podem realizar tais práticas:

Mesmo que nós nem podemos encaminhar direto para o psicólogo, acho que a gente tem um olhar clínico para isso, aí tem que ser um médico, eu falo para passar...

O médico vê que ele está precisando, é porque você falou...
(Grupo de coordenadoras ESF).

Se para os médicos as coordenadoras buscam sinalizar as condutas diante das identificações de necessidades de cuidado em saúde mental, pois eles pouco veem essas necessidades, para os ACS, que “*identificam muitos problemas psicossociais*”, limitam a sua atuação ao reforçarem a cobrança da gestão por produção/quantitativo de visitas, lógica que racionaliza o tempo, opondo-se à prática da escuta e da construção do vínculo.

[...] a gente é orientado a, se alguém está prolongando muito a conversa, é para gente cortar, sair pela tangente, com certeza, isso daí atrapalha bastante. [...] eu já escutei enfermeiro falar assim, “oh, uma visita por mais que você escuta, vinte minuto já é muito numa casa” [...] Tem essa cobrança, “é uma visita de qualidade de vinte minuto”, mas nesse caso [saúde mental] vinte minuto não é... (Grupo ACS III).

[...] então quando você escuta, é quando você parasse com isso, se tornasse igual eles, para você dar o tempo deles [...] eu não corto, as pessoas falam, conversam, eu raramente, eu não respondo (Grupo ACS III).

A visita domiciliar é o principal instrumento da atividade do ACS, mas é prevista como atribuição de toda a equipe. Além de propiciar uma aproximação da equipe com a comunidade, busca romper com as relações de poder nas práticas de saúde, visto que permite relações mais horizontais, pois o profissional sai do seu espaço protegido e adentra no espaço do usuário, recriando novos modos de produzir saúde. Convém lembrar que esse tipo de

abordagem no domicílio não é algo novo no campo da saúde (ROMANHOLI, 2014) e nem mesmo na assistência em saúde mental.

Para os ACS, a delimitação de um tempo para a realização de uma visita interfere diretamente na qualidade da escuta ofertada, especialmente, quando os casos envolvem saúde mental, pois se caracteriza em uma tecnologia em saúde potente para o cuidado em saúde mental a ser realizado no território, conforme preconizado pela perspectiva psicossocial de cuidado. Além disso, oportuniza a realização de um atendimento humanizado, a longitudinalidade do cuidado, enfim, a consolidação das mudanças propostas para a atenção básica (SILVA et al., 2011).

Assim, observamos que com algumas limitações as dimensões psicossociais envolvidas no processo saúde-doença mental, assim como a necessidade de algumas “intervenções” foram reconhecidas pelos ACS e pelas coordenadoras. O conhecimento do contexto familiar foi apontado como aspecto relevante para contextualizar essas necessidades. Entretanto, a forma como está organizado o processo de trabalho emerge como um dos obstáculos para a realização das intervenções identificadas como necessárias para esse cuidado, tais como o tempo dos profissionais para realizar a escuta e a construção do vínculo, mesmo esses sendo, a base das tecnologias de cuidado preconizadas para a ESF.

Nesse contexto de cuidado, fortemente presente no cotidiano de trabalho da eqSF, as coordenadoras se sentem sobrecarregadas e os ACS destacam aspectos da sua saúde mental. Ademais, aprofundaremos a seguir sobre o fazer do trabalhador diante das necessidades identificadas de cuidado em saúde mental, com destaque para as implicações que o seu agir traz para si.

7.2.5 Do reconhecer ao fazer frente às necessidades psicossociais: o sofrer e o pensar profissional

Como já explicitado, partimos da compreensão de que o trabalho é categoria fundante da natureza humana, representando a principal atividade por meio da qual o homem relaciona com a realidade, a fim de atender suas necessidades, sendo que nessa relação dialética toda ação humana produz uma espécie de retroação sobre o próprio homem. Portanto, nesse processo, como produto da atividade humana, que a consciência é constituída e estabelece o modo como o sujeito pensa, sente e age. O resgate de tais conceitos subsidia compreender melhor o movimento da consciência dos trabalhadores expressa em seus relatos sobre o seu sentir, agir e pensar frente as necessidades do cuidado em saúde mental.

Trazendo uma importante particularidade desse tipo de cuidado na ESF, Lancetti (2001) já nos advertia que “O vínculo e a continuidade exigem lidar com sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados” (p. 39). Ademais, enfatizou a ideia da complexidade invertida na lógica do cuidado em saúde mental no contexto da saúde da família.

O que isto significa? No caso da medicina geral, a complexidade caminha da rede básica (intervenções mais simplificadas) no sentido dos serviços terciários (com recursos mais sofisticados e especializados). No caso da saúde mental, a complexidade é invertida: no nível terciário (hospitalar) as respostas são padronizadas, massificadas, elementares: medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento etc. No nível primário, da rede básica, é que as ações devem ser mais complexas: lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem (AMARANTE, 2007, p. 98-99).

Considerando a complexidade envolvida no cuidado em saúde mental no território e de que a referência para esses usuários e família será sempre a UBSF, a eqSF está em constante contato com essa demanda de cuidado, tendo em vista mobilizar a atenção/cuidados contínuos.

Às vezes é até um pecado nosso, mas às vezes cansa. Porque a pessoa, a minha realidade é essa, tem uma semana que ele vai todo dia, todo dia [...] Um dia eu falei assim, “oh, deita, deita que a doutora já vem”, ele melhorou, eu liguei o ventilador, [ele disse] “você ligou esse ar condicionado, você ligou esse ar condicionado, você é uma enfermeira profissional, não é? [risos]”, eu ria, eu falei “sou”, peguei na mão dele, passei a mão no cabelo, “oh eu tô bem, eu acho que eu vou embora”, eu falei “não, fica, agora fica”, então era carência, entendeu, é só isso, às vezes vai tanto, tanto que a gente vai cansando daquilo.

Você tem que ter um olhar, e a gente às vezes tem uma sensibilidade, você está cansada, você não vai nem consegui, e o médico... o médico não quer olha.
(Grupo Coordenadoras da ESF).

Amarante et al. (2011) discutem as dificuldades da atuação da enfermagem na ESF frente ao sofrimento psíquico, “Ao se depararem com um portador de sofrimento, imediatamente encaminham-no aos profissionais especialistas da saúde mental. Não demonstram disponibilidade para o acolhimento, a escuta, a formação de vínculos e o apoio social destas pessoas” (p. 88).

Nos relatos acima, conseguimos observar o acolhimento à “carência” de atenção apresentada pelo usuário. Todavia, a prática do encaminhamento surge nesse contexto

reforçando tanto a centralidade do médico como a não responsabilização por esse tipo de cuidado. Destacam-se nas falas da coordenação o cansaço gerado por tais demandas de cuidado no cotidiano e a sobrecarga decorrente da ausência do médico, impactando o profissional de diversas formas. Essa é uma das particularidades do trabalho em saúde mental realizado no território, que Lancetti (2001) também salientou, o de exigir “um trabalho psíquico e uma capacitação continuada e penosa” (p. 39).

[...] A gente tem que ter um psicológico muito grande. [...] Querendo ou não tem coisa que marca, que choca, que a gente acaba pegando para a gente sabe, mas são coisas assim que a gente percebe que a gente não tem aquele poder de estar resolvendo e aquilo a gente leva para a vida da gente e aí, então tem que saber separar e não é todo mundo que consegue.
(Grupo ACS III).

PSF é muito triste, eu vou falar a verdade, eu gosto de trabalhar, só que eu sou um pouco frustrada nisso por quê? Porque eu vejo muita família, tem coisa que eu prefiro nem vê, porque eu não vou conseguir resolver, o social não vai conseguir resolver, está fora do alcance, por mais ajuda que tenha, por mais recursos que tenha, foge entendeu. Então é melhor você nem vê, eu pelo menos me sinto muito entristecida, eu fico falando que se eu continuar é isso, e são vários, por dia são vários[...] (Grupo Coordenadoras ESF).

A complexidade das relações envolvidas no cuidado em saúde mental reflete nos profissionais, despertando um sentimento de impotência por não conseguir dar uma solução para os casos vivenciados no cotidiano de trabalho. Com isso, a saúde mental dos próprios profissionais torna-se uma condição para a realização dessa prática de cuidado (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009a; SOUZA et al., 2013). Todavia, a ausência de ações dirigidas a esse fim foi levantada entre os grupos de ACS:

[...] Eles [gestores] não cuidam nem dos profissionais deles direito [...]
(Grupo ACS III).

Mas houve relato de que em gestões anteriores no município essa questão era abordada em capacitações:

Mas eu lembro que em outra gestão a gente tinha muita palestra sobre autoestima, um monte de coisa, direto [...] Aí tipo assim, porque se não a gente pega muito problema..[do usuário] e leva para casa, “poxa aquele paciente está assim, assim” e você não dormia, então tinha tudo isso, era como a gente encara isso daí, como a gente tenta resolver, mais ou menos.
(Grupo ACS II).

Verifica-se que o modo de lidar com os reflexos produzidos por esse cuidado tornou-se uma questão individual e não mais da gestão, assim como, o conhecimento que subsidia o fazer do profissional exigido por tais necessidades de cuidado. Valendo-se de um conhecimento do cotidiano, o fazer dos profissionais, geralmente, está norteado pelas experiências pessoais e, ainda, dentro de uma perspectiva religiosa.

Geralmente, eu falo com os meus pacientes quando está é... com depressão assim, eu sempre, eu percebo muito também que as pessoas ficam muito parada, muito sozinha, muito parada, não ocupa a mente, aí eu, eu oriento elas assim, a ocupar a mente com alguma coisa, com um bordado, um crochê, um livro, alguma coisa que ela goste, exercício porque a gente, é bom para o psicológico da gente essas coisas, eu acho, para mim faz muito bem (Grupo ACS II).

[...] Eu, a primeiro momento, eu procuro aumentar a autoestima da pessoa, sabe, porque às vezes você percebe que ela está com a autoestima bem baixa, então eu procuro mais nessa parte, aí dependendo o assunto, se for um assunto que eu tenho algum exemplo na minha vida, eu passo para ela, entendeu, se for alguma coisa que eu ainda não vivi aquilo, aí eu procuro ouvir ela entendeu, só de ouvir e já dar atenção, a pessoa já se sente melhor, às vezes eu nem tenho como resolver o assunto, mas só de dar atenção e falar palavras boas, de incentivo, motivar ela, eu acho que isso já é válido (Grupo ACS III).

[...] eu pergunto, ou até ela mesmo relata, que toma um remédio, aí eu pergunto, procura fazer uma caminhada, agora não tem, mas antes tinha no postinho a, a, aquele patchwork. [...] Orientava para elas irem lá fazer. Eu falo, quando estiver assim, se você tem uma religião, põe lá no programa que você, se é evangélico ou é católico, põe uma música sabe, não fica pensando negativamente, então eu falo assim (Grupo ACS II).

[...] tem alguns casos de depressão, aí a pessoa começa entrar em depressão, aí é mais fácil resolver, mas ela não consegue enxergar a solução [...] você fala, “ah, não sou religioso, não tenho fé”, você tem muito que falar de Deus [...] a população liga muito as coisas a Deus, [...] “oh Deus é importante na sua vida, entrega na mão de Deus” (Grupo ACS III).

Esse tipo de orientação não restringe apenas aos ACS's, podemos observar também em um exemplo do atendimento médico relatado por uma agente:

Foi uma paciente, e ela [médica] estava falando, “gente hoje eu fui psicóloga, que chegou uma paciente e começou a chorar, se lamentar, se lamentar”, ela falou assim, “eu atendi ela como uma psicóloga, ela não tinha nada, ela precisava desabafar”, ainda a doutora falou assim, “eu comecei a falar de Deus”, a doutora começou a chorar com a paciente dentro da sala, “eu comecei a falar de Deus para ela e comecei a chorar”, porque o que ela precisa era conversar, ela não tem nada (Grupo ACS III).

Cabe fazer algumas distinções quanto às orientações que envolvem a questão religiosa. Na fala da agente do Grupo ACS II, ela primeiro verifica se a pessoa tem uma religião e a partir disso orienta o usuário a buscar uma atividade dentro da sua religiosidade. O que parece ter um sentido diferente da orientação dos demais profissionais, os quais sustentaram seu discurso dentro de uma perspectiva religiosa.

A receptividade da população a esse tipo de discurso se explica, visto que:

[...] a fé e a confiança desempenham na vida cotidiana um papel muito mais importante que nas demais esferas da vida. [...] a fé religiosa costuma ser mais intensa e mais incondicional, assim a confiança tem significação mais intensa e emocionalmente maior na ética ou na atividade política. O que queremos dizer é que esses dois sentimentos “ocupam mais espaço” na cotidianidade, que sua função mediadora torna-se necessária em maior número de situações (HELLER, 1985, p. 33).

Diante disso as ações dos profissionais se fundamentam em um pensamento cotidiano, situadas dentro de uma perspectiva pragmática, prática que reforça a condição alienada dos usuários e dos próprios profissionais. Como nos diz Heller (1985, p. 32) “As ideias necessárias à cotidianidade jamais se elevam ao plano da teoria, do mesmo modo como a atividade cotidiana não é práxis.”

Cabe ressaltar que fazemos parte de um Estado que tem por característica a laicidade e a liberdade de religião. Assim, não se deve utilizar do discurso religioso enquanto discurso profissional, pois pode configurar um desrespeito “à liberdade de consciência e crença”, haja visto que há cidadãos não adeptos a qualquer religião. Isso não significa que o profissional tenha que se desprover de sua espiritualidade e prática religiosa para exercer sua profissão, porém rompe com o princípio da laicidade e viola direitos ao utilizá-la em seu exercício profissional (CRP-SP, 2014).

No entanto, o que dizer dos espaços religiosos que vêm ocupando a assistência na área da saúde mental, especialmente, nos atendimentos de usuários de álcool e outras drogas. Tomando como exemplo o projeto Recomeço, do Estado de São Paulo, das 41 comunidades terapêuticas conveniadas, apenas 13 não declararam seguir uma doutrina de qualquer religião (TRIGO, 2015). No relatório de vistoria em comunidades terapêuticas credenciadas no Programa Aliança pela Vida do Estado de Minas Gerais essa questão da religião é mencionada dentre as inúmeras irregularidades de violações dos direitos humanos. Os usuários são punidos pelo descumprimento de práticas religiosas instituídas nesses espaços, tais como faltar ao culto e não decorar versículos da Bíblia (MINAS GERAIS, 2016).

Se faz relevante para essa discussão não confundirmos a dimensão espiritual com doutrina religiosa. A espiritualidade é um conceito muito mais amplo, o qual vem ganhando uma abertura nas práticas de saúde, sendo considerado como uma filosofia do indivíduo, envolvendo seus valores e o sentido da sua vida. De outro modo, a religiosidade ou as doutrinas religiosas são formas de expressão dessa espiritualidade, que possuem um conjunto de crenças, valores e práticas rituais (NASCIMENTO et al., 2013).

Contudo, nessa reflexão maior sobre o sentido da vida, é sempre válido lembrar que há os que se identificam com uma religião e os que não o fazem, podendo levar a “crença numa força transcendente superior, não ser identificada necessariamente como Deus nem vinculada necessariamente com a participação nos rituais ou crenças de uma religião organizada específica” (BREITBART, 2014, p. 211).

Assim, o lançar mão do discurso religioso na assistência em saúde mental pode se relacionar a vários sentidos para os profissionais, como o de ter uma maior receptividade pela população (“a população liga muito as coisas a Deus”); ou fazer parte da filosofia de vida do próprio profissional, uma vez que baseiam sua prática em suas experiências de vida; ou mesmo, por não considerar o sofrimento apresentado como demanda de assistência na saúde.

Nesse último caso, voltando à fala da médica reproduzida pela agente, é possível identificar que a profissional não reconhece a sua escuta como uma prática de cuidado da Medicina, atribuindo a outra categoria profissional, Psicologia, situando sua ação muito mais em um âmbito pessoal do que profissional. Isso confirma a dificuldade mencionada pelas coordenadoras ESF dos profissionais médicos reconhecerem as necessidades psicossociais (“ela não tem nada”).

Por outro lado, os profissionais que disseram reconhecer as necessidades psicossociais admitiram terem dificuldades e dúvidas em como atuar:

[...] eu acho que esses casos são super difíceis de atender, a saúde mental, eu acho difícil, eu nunca gostei, na, na verdade na faculdade, psicologia, só que hoje é o que mais a gente desenvolve dentro do PSF é a psicologia [risos]. E agora, por mais que a gente usa, é a tal da psicologia, que ninguém da equipe vê nada, eu acho que eles têm muita dificuldade e sobra para a gente. [...] (Grupo Coordenadoras ESF).

[...] como reagir numa situação, o paciente está assim, teve uma crise, eu tenho um paciente, vários pacientes com epilepsia [...] Por exemplo a pessoa tem depressão, você bate palma e a pessoa sai lá doida para matar você [risos], o que que eu posso fazer, qual é minha reação, o que eu preciso saber que é importante (Grupo ACS III).

Nota-se o desconhecimento teórico-técnico em relação ao campo da saúde mental, de forma que se percebe algumas distorções. Dentre elas a periculosidade do louco e a de que saúde mental é uma área de conhecimento exclusiva da Psicologia.

A dificuldade relatada no grupo das coordenadoras ESF com a área relaciona-se à época da graduação:

Nossa, quando eu entrei [faculdade], nossa eu falava para minha amiga, que nós morávamos junto, eu nunca fiquei até meia noite, uma hora da manhã estudando, e tinha que estudar para a tal da psicologia, era a única que eu tinha dificuldade, senão eu ia ficar na matéria, mas no segundo já tinha superado a nota porque ela dava prova muito decoreba, você tinha que saber o que fulano falou, o que ciclano falou, eu falei assim, “meu pai, mas para quê que eu vou saber o que o ciclano falou”..(Grupo Coordenadoras ESF).

A fala ilustra a falta de integração/adequação entre o conhecimento da disciplina ministrada e as necessidades da atuação profissional. “Deste modo, não estamos nestes casos no interdisciplinar, mas no subdisciplinar, pois nem sequer se respeita a especificidade de uma determinada carreira” (FOLLARI, 1995, p. 98). Marcada pela interdisciplinaridade, o campo da saúde mental congrega vários saberes e fazeres. Lancetti e Amarante (2008) reafirmam que o “Fazer *saúde mental* hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos” (p. 615 – grifos dos autores).

Para uma atuação terapêutica em saúde mental, os autores salientam a articulação das ações dos profissionais e a formação. No entanto, o pensar e o agir dos profissionais da pesquisa derivam tão somente da experiência direta na prática do cuidado.

Às vezes, eu já passei isso várias vezes, eu não conhecia a família, ligou super estressado, o homem era super novo, ligou no PSF sobre uma receita da mulher dele, não sei nem o que que era, era uma receita super forte, sem receita, não se faz uma receita por boca, sem nenhuma via de nada, xingando e gritando, eu atendi esse telefone, eu falei gente não é assim, não é normal uma pessoa dessa, aí o que que eu fui, fui fazer essa bendita visita, que eu não conhecia a família, hora que chega lá, uma mulher, [...] a mulher tinha câncer de mama, mas não sei na onde, metástase no osso, não sei o que, chegou no portão com a criança já grudada nela, pequenininha, quatro anos, aí eu falei assim, aí eu entrei, conversei com ela, aí eu entendi o porquê daquele marido dela, daquela situação, agressiva na fala e tudo mais, ali dentro de casa o que que ela tinha, aí ela me contou a história, na escola os menininhos, de quatro, cinco anos, da idade do menino falava que a mãe dele ia morrer, [...], então a situação bem...[...] Então aqueles que chegam lá, então eu já aprendi, gritando e tudo mais, eu falo assim “não gente, não adianta você gritar ou falar”, fica calmo, espera a pessoa falar, aí você vai

ver que lá dentro da casa dele, tem esse problema, por isso que a pessoa é assim, então eu falo que hoje é a maior dificuldade, é o que mais a gente tem que trabalhar é saúde mental no PSF (Grupo Coordenadoras ESF).

Uma agente relatou sua experiência durante uma visita domiciliar em que a usuária estava em crise. No início da visita a agente conta que não percebeu, adentrando a casa da mesma como fazia costumeiramente. Assim que entrou, a usuária trancou a porta e começou a chorar copiosamente, o que fez com que a agente sentisse muito medo.

[...] hoje se acontecer isso, eu saio correndo, eu acho que eu grito, eu acho que eu saio correndo, mas quando isso aconteceu a minha reação foi de ficar ali, de não mostrar que eu estava com medo da situação sabe, aí eu sentei, ouvi ela, ela chorou muito [...] eu fiquei com um pouco de medo sabe, mas eu não mostrei para ela em momento nenhum que eu estava com medo [...] quando aconteceu isso, eu falava muito de Deus para ela e eu fiquei muito tempo com ela, aquele dia, eu me lembro de ter realizado duas visitas só porque ela era a segunda, eu fiquei a maior parte do meu tempo lá com ela trancada (Grupo ACS III).

Nota-se o discurso religioso permeando novamente o acolhimento. Mesmo sem saber a agente acolheu e suportou a crise. Essa situação ilustra a complexidade invertida do cuidado de saúde mental quando realizado no território. Como reafirma Lancetti (2008) “É bem mais complexo suportar uma crise com contato físico, com presença e firmeza e fundamentalmente sem a clausura que implica trancar alguém num quarto forte” (p. 108). No entanto, o medo vivenciado por essa situação, somado ao desconhecimento, fez com que a profissional significasse a crise como um risco, o que fez com que passasse a observar mais a condição dos usuários no momento da visita e relatasse que diante de uma mesma situação mudaria sua ação, fugiria ao invés de acolher.

A gente como agente de saúde encontra muito isso. E a gente não está preparado para isso, tem muitos casos que a gente não sabe nem falar com a pessoa, tem que saber. (Grupo ACS III).

A utilização do discurso religioso também se relaciona ao despreparo dos profissionais, como relatado pela agente acima. Além disso, salientamos para a falta de apoio/suporte de outros profissionais nesse contexto de “desproteção”, o qual configura o trabalho do agente.

O sentimento de medo também foi verificado no estudo de Waidman, Costa e Paiano (2012) acerca da percepção dos ACS frente o cuidado em saúde mental. O medo relatado pelos agentes decorre por considerar as pessoas com transtorno mental agressivas e

por se mostrarem agitadas, representações que se encontram muito próximas do senso comum. Mesmo assim, o agente comunitário de saúde é o que mais lida no cotidiano com o cuidado em saúde mental. Alguns agem individualmente, outros em conjunto, às vezes suas ações surtem efeitos positivos outras não, e nesse caminho do seu fazer vão isoladamente compreendendo a complexidade do cuidado e da necessidade de outros recursos e setores envolvidos.

A mulher tinha depressão e tentou suicídio duas vezes, aí ela falou para mim que queria morar em um sítio, porque o marido dela tinha dificuldades com os vizinhos ali com a comunidade [...] até que eu arrumei um sítio para ele morar, aí eu arrumei um sítio para ele morar [...] não vai ter que pagar nada, só vai ter que morar lá para cuidar [...] eu fiz o possível, mesmo, aí ele brigou com meu vô, brigou com toda a minha família lá [...], assim que ele aposentou, ele mudou para [cidade vizinha] e está feliz [...] ela não tentou mais suicídio [...] ela teria se matado, às vezes é uma coisa, eu tinha que fazer alguma coisa entendeu, e era a única coisa. [...] você está vendo o pisca alerta piscar [...] são coisas pequenas que dá para solucionar, ali você encaminha para o social [...] marcar um psicólogo, aí ia demorar muito, então eu falei “vou ter que resolver, vou ter que dar um jeito” (Grupo ACS III).

Acionar a rede de serviços parece distante em alguns casos. As ações do profissional orientam-se por um pensamento imediato, recorrendo às relações pessoais, no caso a sua própria família, para levar a solução que o usuário busca, sem qualquer movimento de reflexão/problematização. Além disso, Silva e Dalmaso (2002) ressaltam que pelo agente se fazer presente em situações difíceis, “para a população, o agente tem um papel às vezes mais ampliado, de ajuda, de socorro, especialmente importante em condições de vida precárias e com dificuldades de apoio por outros serviços públicos” (p. 168).

Outro exemplo mencionado no Grupo ACS II, cuja ação conjunta dos agentes visou evitar a institucionalização de um usuário de drogas. Sem rede de apoio, uma agente se responsabilizou juntamente com os demais agentes de saúde da sua equipe a administrar a medicação ao usuário todos os dias na unidade.

Aí começou todo dia, ia certinho, bonitinho, mas aí ele já começou a entrar, abrir gaveta, abrir geladeira, ele já começou [...] Ficou íntimo, ficar meio íntimo sabe, tipo assim, é para ele vim, tomar um café que a gente oferece ali, tomar medicação e ir embora, mas ele começou a ficar ali, começou... [...] Mas é porque assim, o tratamento não é só a internação. Vamos dar a medicação porque internar a gente sabe que nem sempre resolve, vai dopar ele do mesmo jeito e os remédios vai resolvendo... a gente pegou e abraçou a causa. É, só que aí que nem assim, só a gente não dava conta [...] Aí ele sumiu de novo. [...] Ele chegou a ficar um certo tempo estabilizado, foi quando ele pegou aquele sorvete para vender, mas a gente não sabia se

depois ele pegava o dinheiro e comprava droga... [...] ele começou a querer sair, mas depois caiu de novo no mesmo lugar. (Grupo ACS II).

Nesse caso, além da falta de apoio de outros serviços, os profissionais citaram a falta do apoio da família, fazendo com que as evoluções conquistadas no cuidado se perdessem diante do processo de recaída, reconhecendo assim os limites de suas ações.

Como os ACS são os que mais reconhecem as necessidades de cuidado em saúde mental por estarem cotidianamente inseridos no território, por conseguinte, são os que mais levam essa demanda de cuidado para a coordenação.

Os meus trazem esse problema emocional, só que devolve para mim, “ah [XX] eu vi lá, eu acho que está precisando de uma ajuda e tal”, eles trazem para mim, para a gente resolver, que não consegue resolver [...] se eles falassem assim às vezes, vai lá procurar o CAPS, porque eles podem vir direto no CAPS o paciente, às vezes já viu lá que a pessoa está precisando mesmo, eles podem vir o paciente diretamente no CAPS.

Então problemas é toda hora eles trazem, todos os dias, mas aí.. [...] eu não vou cobrar, eu não vou nem culpar eles porque às vezes nem eu sei o que fazer, eu tenho que sair perguntando, para poder me...direcionar. (Grupo Coordenadoras ESF).

Há uma discordância quanto ao papel da coordenação em relação à condução dos casos de atenção psicossocial. Enquanto algumas se sentem sobrecarregadas, pois os ACS só identificam as necessidades de cuidado, mas não resolvem. Outras compreendem a complexidade dos casos, admitindo não saber como agir e de ter que pedir auxílio, razões para não cobrar respostas dos ACS. Vale lembrar que não é responsabilidade única do ACS tal demanda e sim da equipe. Desse modo, o agente “pode escutar, conhecer, relacionar-se, mas não precisa dar respostas imediatas, pois ele faz parte de um grupo de trabalho, que verá como pode atuar” (LANCETTI, 2001, p. 23).

Embora seja consensual a necessária inclusão da atenção psicossocial na ESF em virtude da grande demanda, as coordenadoras não reconhecem o seu papel nesse cuidado, atribuindo-o a outros profissionais ou a outros serviços, ambos especialistas na área, bem como a gestão a responsabilidade pelo desenvolvimento de recursos e comunicação dos recursos existentes para a coordenação:

Mas não oferece recurso, não oferece incentivo, não oferece nada.

É porque às vezes eles estão oferecendo o serviço e nós não sabe, e fica assim, todo mundo sabe o que a gente tem na UNATI, lá na faculdade para oferecer para o paciente? [...] Eu não sei. Quando tem algumas

novidades, quem traz para a gente é o usuário, “ficou sabendo que eu vim aqui que tem uma equipe de yoga, não sei o que”, “ah tem, o que você”, “ah vim pegar um atestado”. (Grupo Coordenadoras ESF).

As coordenadoras encontram-se totalmente alheias ao próprio processo de territorialização da área de atuação, justificando o não fazer pela ausência e desconhecimento de recursos. Como constatou Amarante et al. (2011) a enfermagem possui uma dificuldade em compreender a atenção psicossocial operacionalizada em ações no cotidiano da ESF.

Assim, no fazer dos profissionais frente às necessidades psicossociais conseguimos apreender que a vivência frente a essas demandas de cuidado na prática cotidiana representa a principal forma para a significação e atuação do profissional nesse campo de cuidado. Desse modo, lançam mão de experiências pessoais para o seu fazer. Observa-se que com todo o despreparo técnico, os ACS são os que mais apresentam ações diante dessa demanda de cuidado, por sua proximidade com a comunidade, vivenciam de perto esse sofrimento, sendo que tais condições de trabalho trazem impactos importantes para a sua própria saúde mental.

Por outro lado, a coordenação se sente cansada, sobrecarregada e pressionada diante de mais esse cuidado. Embora identifique as necessidades psicossociais, não se responsabilizam por seu fazer, encaminhando e/ou atribuindo ao profissional especialista esse papel. Mesmo com todas as iniciativas relatadas pelos ACS, essas se mostram pontuais, não sendo significativas a ponto de promover mudanças na significação do pensar a atenção psicossocial na ESF.

7.2.6 ESF: porta de encaminhamento e medicação

A Estratégia Saúde da Família, como já dito, congrega características das experiências em atenção básica acumuladas de diferentes modelos no nosso país, antes mesmo do SUS. Ainda assim, predomina a imagem de desqualificação dos serviços na AB por remeter a tecnologias de menor densidade e com isso a ideia de uma assistência simplificada e degradada, representação que se estende ao trabalho dos profissionais, sobretudo, os da categoria médica (CAMPOS et al., 2010).

Paradoxalmente, em aspecto de valorização, a ESF tem o ambicioso desafio de não só reordenar a assistência na AB, como de consolidar o nosso sistema de saúde. Representante da principal porta de entrada do usuário para o acesso à assistência à saúde, Campos et al. (2010) discutem que, muitas vezes, a organização do seu processo de trabalho

deixa o usuário um tanto confuso, de modo a não favorecer a real compreensão sobre a finalidade das atividades desses serviços.

De acordo com o fluxo entre os serviços de saúde no município da pesquisa, a ESF é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde pública municipal e regional, independente da necessidade apresentada. Assim, para ser atendido por qualquer serviço especializado na rede, o usuário necessariamente tem que apresentar uma guia de encaminhamento da ESF, salvo as necessidades de caráter de urgência e emergência. Diante dessa condição, muitos usuários procuram as unidades apenas para solicitar a guia de encaminhamento. Neste ponto emerge um dos principais desafios da APS e que fora levantado nessa pesquisa: a busca por especialistas em oposição aos generalistas.

[...] hoje ninguém faz, infelizmente PSF porque o paciente, a população, ele quer especialista [...] médico de família é para ele cuidar desde a gestante até todos, eles querem, gestante tem que ser o G.O, é... idoso tem que ser o geriatra e assim vai, então hoje é muito difícil fazer médico de família, hoje a gente faz atendimento de UBS, eu acredito nisso, eu acredito que não é o que se preconiza, o que é ser médico de família, é consultar criança, é consultar gestante, é consultar puerpério e tal... (Grupo ACS II).

Anderson, Gusso e Castro Filho (2005) levantam algumas dúvidas frequentes em relação à especialidade do médico atuante na Saúde da Família como: “[...] *médico de família e comunidade é aquele clínico geral antigo que ia na casa das pessoas*” ou “*o médico de família e comunidade é aquele que não se especializou em nada*” ou ainda “*é uma nova especialidade no Brasil*”. (p.02 - grifos do autor). Os autores reforçam que há residência em medicina de família e comunidade, denominando o profissional de especialista em integralidade, sendo, portanto, um dos componentes primordiais para o fortalecimento da APS. No entanto, a especialidade na área não é uma exigência para a atuação na Saúde da Família.

Todos os profissionais da ESF relataram que, na maioria das vezes, os usuários procuram a UBSF, a fim de requerer um encaminhamento para alguma especialidade. Fato que contraria o previsto para os serviços na APS, o da resolubilidade para cerca de 85% dos casos. Cabe destacar que grande parte das reclamações dos usuários na SMS apresentam como queixa o não fornecimento do encaminhamento solicitado.

E tem um [usuário] que chega e vai lá na secretaria e briga, “a médica não quis me dar encaminhamento para o dermatologista” e faz o barraco (Grupo ACS I).

Mas eles acham que postinho é para isso, é encaminhamento e receita, pronto e acabou, não é para resolver problema. Problema é AME, agora é tudo é AME. (Grupo ACS II).

[...] a população é muito exigente, a maioria das pessoas não aceitam, ele quer a especialidade e pronto e se o médico não dá não, ele faz o maior bafafá [...] hoje em dia o povo tá muito bem informado (Grupo Técnicas de Enfermagem).

Neste cenário, conseguimos compreender uma outra faceta no sentido da centralidade do médico no processo de trabalho nas eqSF, visto que é o único profissional da equipe habilitado a fornecer o encaminhamento para as especialidades.

Só que chega aqueles que, que não quer nem a avaliação do médico, só quer o encaminhamento, aí se não dá eles acham ruim. (Grupo Técnicas de Enfermagem).

Muitos profissionais resistem aos pedidos dos usuários, avaliando e iniciando o tratamento por meio de pedido de exames e prescrição de medicação. Uma agente comentou a indagação de uma médica frente a essa procura da população:

O que ela [médica] fica chateada, que ela fala “gente eu sou médica também, independente eu sou médica”, agora eles vêm aqui parece que eu não sou nem médica, eu só sirvo para dar encaminhamento para o especialista... (Grupo ACS II).

Tem muita gente que brigava quando o Dr. M1 estava atendendo ainda porque o Dr M1, na época [...] Ele queria resolve o problema. E o paciente tinha uma raiva disso, saia de lá que saia cuspidando fogo [...] Ele foi da época que começou os PSF's, ele era... ele queria resolver (Grupo ACS II).

No embate entre a população demandante de serviços e os administradores/gestores ofertantes, Testa (1992) chama atenção para os interesses particulares motivadores de cada um desses grupos sociais. “No que se refere à população, às diferenças vão se constituir em relação às categorias utilizadas em sua identificação e também a suas especificidades (o nível de consciência de classe alcançado, por exemplo)” (p. 168). A efetiva participação da população na gestão do sistema de saúde é algo muito enfatizado, porém, ainda muito distante. Merhy (2006) ressalta que no caminho das transformações de modelos de saúde, deve haver a contratualização entre gestão, profissionais e população, sendo construídas no dia-a-dia dos serviços. Somente assim, as propostas de mudanças na assistência ganham legitimidade.

Na prática da gestão o que observamos foi um movimento de “contratualização” que privilegia alguns em detrimento de outros. Por exemplo, as flexibilizações da carga horária de médicos e o atendimento indiscriminado aos pedidos da população, contrariando muitas vezes os princípios dos serviços e a prática dos profissionais da eqSF, além de reforçar o movimento para a não mudança do modelo na APS. É pertinente ressaltar a contratualização na rede de serviços, tendo em vista a particularidade do município, que diz respeito aos serviços de especialidades. Atualmente, o município conta com uma variada rede de serviços especializados, dentre eles destacamos: o Ambulatório Médico de Especialidades (AME); a Clínica de Atenção à Mulher e de Atenção à Criança e o Núcleo de Atenção à Saúde. Considerando que o acesso a essa rede ocorre, geralmente, a pedido do usuário, fato que reforça o lugar de encaminhamento atribuído para a ESF.

[ESF é] a porta de entrada, nós somos nove Estratégia de Saúde da Família, só que aí a atenção voltada à saúde da mulher e da criança acaba não ficando nas unidades, porque a gente tem uma clínica da mulher, então a mulher acaba querendo o atendimento especializado, que lá tem quatro ginecologistas que atendem, então acaba ficando lá. E a saúde da criança tem o CLIAS, que tem três pediatras que atende lá, que lá também fica a sala de vacina central, psicólogo, fono, tudo voltado à saúde da criança, o PROE, que é o programa de reeducação e obesidade infantil, redução. Aí nos temos o NAS, que é o Núcleo de Atenção à Saúde, que acaba sendo um apoio, é os médicos que tem vínculo com o Estado, médicos clínicos e urologistas, que ficam ali e atende quando a demanda na unidade tá muito grande, aí a gente acaba agendando ali (Coordenadora da AB).

[...] eu vou dizer para você o custo de saúde no município cada vez aumenta mais e a resolutividade não cresce porque não tem um planejamento, foi muito bacana, projetou no município, nós temos um AME e tal, mas e a demanda do AME? A demanda do AME, para você ter um AME de especialidades você tem que ter uma área de abrangência muito grande, para você ter, porque é tudo proporcional, mas [...] É engraçado, antes do AME a gente tinha uma dificuldade enorme de conseguir um ecocardiograma de um paciente hipertenso crônico, que estava reclamando de falta de ar, será que esse paciente já está com insuficiência cardíaca, a gente fez isso clinicamente, mas hoje em dia todo mundo quer fazer o ecocardiograma, era um sofrimento, e depois do AME tem cardiologista dentre as especialidades, os pacientes ao longo de um ano, eles fazem mais de um ecocardiograma. Então antigamente o paciente chegava no Pronto-Socorro passando mal, falta de ar ou na UTI, eu tinha uma dificuldade para conseguir o exame e não conseguia, hoje os pacientes veem e já tem dois exames, eles continuam passando mal porque não tem ninguém que acompanha eles direto, ver se eles estão fazendo tudo certinho, se eles estão aderindo ao tratamento e tal, então é complicado. Então hoje, o Brasil fez essa opção, o Estado de São Paulo por uma questão política, a política do Serra [...] não sou contra o AME, é... mas você pulverizou demais os serviços, os AME's tem contrato de produtividade, fala para mim, se tem contrato de produtividade você tem área, você tem uma área de abrangência pequena, um paciente que precisava

de um ecocardiograma por ano vai fazer dois, ou não? Eu estou errado [risos] (M2).

A fala da coordenadora da AB expressa como está organizado/centralizado na rede especializada alguns serviços previstos para a atenção básica (saúde da mulher e da criança), a fim de atender a escolha do usuário pelo profissional especialista. Com isso generaliza-se a opção pelo especialista em detrimento a do clínico na ESF. Outras opções em direção ao fortalecimento da ESF seria a incorporação desses profissionais nas equipes ou do apoio matricial nessas áreas de assistência. Ademais, a fala seguinte faz uma análise do processo de implantação dos ambulatorios de especialidade, enquanto uma forte política do Estado de São Paulo, que não, necessariamente, atinge a complementaridade das ações com a atenção básica para atingir uma maior resolubilidade dos problemas de saúde, pois o aumento ao acesso de exames, consultas com especialistas, não garante a continuidade do cuidado que deve acontecer na ESF.

Isso exemplifica um pouco o que Campos et al. (2010) quis dizer com a confusão do usuário diante da organização do processo de trabalho na saúde. Além de reafirmar a importância e, ao mesmo tempo, as fragilidades nas ações da ESF para a realização da continuidade do cuidado. A longitudinalidade ou a continuidade do cuidado consistem em um dos atributos centrais para a APS. Tendo como pressuposto uma atenção longa, duradoura e o vínculo com a população adscrita, podemos dizer que expressa a essência desse modelo assistencial.

As coordenadoras da ESF sinalizam essa fragilidade:

É uma falha que hoje eu tenho, PSF não tem prevenção, chega lá “você está bem D. Maria?”, “Estou”, então está bom [...] Ter um planejamento assim mensal, vou visitar a D. Maria. De evolução, acompanhamento, não tem. (Grupo Coordenadoras ESF).

Segundo elas, a ausência de ações preventivas, bem como do acompanhamento no cuidado, relaciona-se a falta de um planejamento maior, entre a SMS com a coordenação da AB, para orientar, estimular e cobrar as ações.

[...] uma coisa que eu me cobrava para fazer era visita de puerpério porque eu sabia que eu tinha que mandar para a [XX] a data do puerpério até tal dia, aí eles tiraram isso, agora não precisa mais porque no teste do pezinho já pega a data, então assim, se você está sem tempo, eu faço isso, se você está sem tempo, “ah eu não vou fazer visita de puerpério não, tem tanta coisa para fazer”, entendeu. Então você acaba, por quê? Porque não tem planejamento, entendeu, porque não tem planejamento, que aí seria a parte da [coordenação da AB] pegar o fechamento todo mês e conferir, “é o que a

gente estipulou no começo do ano tantas visitas do médico, tantas visitas”, “foi”, agora tem o PMAQ, o programa de melhoria que vem recurso, se o médico fizer dez visita no mês, ele vai ganhar cinquenta reais, o meu vai por cinquenta, porque ele adora cinquenta reais [risos], então ele vai, o enfermeiro tem que fazer tantos preventivos, aí a unidade que colher tantos preventivos vai ganhar cem reais no mês, eu tenho cinco agentes, dez reais para cada agente e o resto do enfermeiro, por exemplo, eles vão atrás gente, e eles podem usar o recurso para esse tipo de coisa, uma folga, se o agente trazer cinco preventivo esse mês para cada enfermeira ganha uma folga.[...] Então é isso que falta, eu acho que falta estímulo. Falta planejar as ações no começo do ano, vai ser isso que vai acontecer, vai ser dado isso, vai ser dado aquilo, vai ganhar uma folga, então assim, é, é, é, é isso que falta (Grupo Coordenadoras ESF).

Mas o funcionário ele sente falta disso, de uma coordenação presente, até de uma cobrança, porque às vezes você está tão acomodada no seu dia a dia, que às vezes você tem que fazer alguma coisa e deixa passar, mas se vem uma pessoa e fala assim, “oh lembra que tem que fazer assim, assim, assim” acorda a gente, precisa de uma coordenação um pouco mais firme (Grupo Coordenadoras ESF).

Alguns pontos nas falas merecem destaque como: o planejamento das ações em saúde; o estímulo financeiro por desempenho e a avaliação. Todo município deve elaborar e apresentar para aprovação no Conselho Municipal de Saúde o seu Plano de Saúde no período da gestão municipal, sendo condicionante fundamental para bloquear os recursos financeiros de Estado e União (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012a). Entendemos que esse plano se conforma no “planejamento maior” das ações de saúde, a ser detalhado e desdobrado em períodos menores, por exemplo, anualmente. Tivemos acesso ao Plano de Saúde da gestão 2014-2017 do município da pesquisa, do qual elencamos alguns objetivos propostos para AB:

- Garantir às ESF's apoio e ação conjunta com NASF;
- Consolidar o acolhimento e humanização em todas as Unidades de Saúde;
- Elevar a média mensal de visitas domiciliar por família cadastrada;
- Elevar a média anual para 2.0⁵⁸ consultas médicas por habitante/ano nas especialidades básicas;
- Garantir ações de Educação Permanente em todas Unidades de Saúde;
- Definir e implantar política de planejamento, acompanhamento e avaliação do desempenho das equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Uma indagação que se faz, é quanto ao conhecimento desse plano pelos profissionais de saúde. Podemos ir um pouco além, indagar o conhecimento do próprio gestor e utilização desse instrumento para fazer a gestão em saúde, tendo em vista o estudo de Freitas, Baratieri e Pilger (2013), que analisou o conhecimento dos secretários de saúde acerca

⁵⁸ A média atual é de 1,78.

da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) dos municípios que compreendem a 5ª Regional de Saúde do Paraná, quanto seu processo, dificuldades e relevância para a gestão municipal. Essa pesquisa sinaliza a falta de envolvimento de alguns gestores na elaboração do plano de saúde e de seu objetivo estar voltado, em especial, para cumprir determinações legais.

Voltemos à questão da contratualização entre gestores, profissionais e usuários. O Plano de Saúde deveria ser a sistematização desse contrato social entre esses três segmentos. Muitas vezes, se ressalta apenas a falta de participação dos usuários e o seu despreparo para exercer o controle social do sistema, se esquecendo da preparação/conhecimento dos outros dois segmentos na proposição e execução das políticas de saúde.

Com relação ao estímulo financeiro por desempenho e a avaliação das ações, ambos se referem a particularidades dentro desse processo de contratualização. Como já falamos anteriormente, o salário passou a ser um dos principais motivos das ações do trabalhador na sociedade capitalista, desvinculando assim a ação do seu objeto.

Campos (1997) aborda essa questão sobre os modos de remuneração e avaliação no trabalho na saúde. Levanta como possibilidade a combinação de uma parte fixa – pisos de salários - com outra variável, sendo esta uma forma de recompensa por um bom desempenho no trabalho, realizada por meio de uma negociação de metas para a produção do cuidado e não por critérios de produtividade. À primeira vista essa alternativa apresenta como uma possibilidade de tentar articular a ação do profissional ao seu objeto, em um movimento de aproximação. No entanto, essa questão merece um pouco mais de atenção.

Já existem no nosso país algumas experiências que se utilizam de diferentes modelos de remuneração, como Curitiba e Rio de Janeiro. Poli Neto et al. (2016) faz uma análise dos modelos de remuneração dessas cidades com a experiência de Portugal. Nos casos brasileiros a remuneração variável pode atingir no máximo de 10%, enquanto em Portugal ela pode representar até 40%. Mas, os autores apontam que ainda há carência de estudos para avaliar a efetividade dessas iniciativas.

Uma outra opção que vem sendo utilizada para esse fim, é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual foi comentado no Grupo Coordenadoras da ESF. Instituído em 2011, esse programa trouxe para o debate a remuneração por desempenho (RPD) para o âmbito da Atenção Básica, visto que possibilita um incentivo financeiro para as equipes que atingem as metas estabelecidas. Vale lembrar que o destino desse incentivo é uma decisão da gestão (BRASIL, 2011d).

Moraes e Iguti (2013) analisaram o conteúdo do PMAQ-AB enquanto um instrumento para realizar a remuneração por desempenho. Considerando que a avaliação no programa incide sobre o trabalho da equipe e não individualmente, os autores constataram que: “Neste cenário, a pressão exercida pelos pares adquire as características de cobrança pelos pares, em que há uma cobrança mútua entre os trabalhadores, uma vez que o desempenho individual de um trabalhador pode comprometer o resultado final de toda a equipe” (p. 424). Por este prisma, os autores elucidam como esse tipo de proposta pode se configurar muito mais em uma aproximação da lógica e racionalidade do trabalho capitalista do que da articulação das diferentes ações dentro de uma perspectiva humanizadora.

Essa breve contextualização do papel da ESF em uma dimensão mais externa, ou seja, de como a população entende a sua atividade, permite compreender as expectativas e os motivos para a procura desse serviço e de como os profissionais se contrapõem a esse tipo de significação social. A fragilidade apontada foi o de não exercer a continuidade e resolubilidade do cuidado. A partir disso voltamos nosso olhar para a dimensão interna da atividade desse serviço, a fim de apreender, na concepção dos membros da equipe, o papel da ESF para o cuidado em saúde mental.

O postinho ele não está preparado para atender, para receber a pessoa com necessidades mentais. [...] Ele não está preparado, que a pessoa com problemas na área da saúde mental, ela necessita de um tempo, entendeu, porque na unidade, na unidade só, se ela for na unidade ela não vai ter esse tempo, que ela precisa, parar para ouvir ela, ele procura sim, que dali ela vai ser encaminhada para o CAPS para as unidades, que ela tem que ser encaminhada. Só que estar pronta para receber esse paciente, a unidade não está, ela encaminha, ela faz a função dela (Grupo ACS III).

É interessante observar o paradoxo na significação dos profissionais sobre o serviço quando partimos para a análise do cuidado em saúde mental. A significação da equipe se modifica totalmente em relação à prática de encaminhamento para os serviços especializados. É unânime entre os profissionais da ESF a concepção de que o usuário tem que ser encaminhado para uma avaliação com um especialista em saúde mental, independentemente da gravidade do caso, em virtude até do próprio desconhecimento técnico da equipe em relação a esse cuidado:

[Deve ser encaminhado] para averiguar pelo menos, se é necessária medicação, qual o tipo de tratamento, ou só terapia, um caso passageiro, de repente a pessoa teve um surto, sei lá e pronto, depois passa. (Grupo ACS I).

[...] dá impressão que é saúde mental, é psicológico, às vezes não é, ele que vai diagnosticar isso e vai ver se o paciente tem que tomar remédio ou não,

de início tomar e depois parar, eu acho que todos têm que ser sim [encaminhado] [...] às vezes uma conversa com o psicólogo já descobre, detecta o que que é a causa da pessoa estar daquele jeito (Grupo ACS II).

Tem que ter passado pelo psiquiatra ou psicólogo, mesmo se tiver no início ou for só um pouco, porque aquilo lá vai se tornando um transtorno tão grande para a vida da pessoa, às vezes é um simples problema, a pessoa não se desabafa, não fala, com o especialista ela vai falar, então se não for, não adianta. (Grupo ACS III).

Oliveira, Vieira e Andrade (2011) atribuem essa insegurança da equipe em relação ao diagnóstico das necessidades de saúde mental à ausência de parâmetros objetivos para realizar uma avaliação adequada, diferentemente de outros problemas de saúde. Sendo assim, a identificação dessa demanda não tem ocorrido de maneira sistemática. Mesmo assim, os casos em saúde mental já são medicados e encaminhados, tendo em vista a demora no acesso ao especialista.

Aí ela já passa os dois, ela passa uma medicação e já passa o encaminhamento, porque ela já sabe que vai demorar, então enquanto vai esperando a pessoa já começa usar aquela medicação e já se sente bem e vai encaminhando (Grupo ACS II).

Ah, sim muito, não faz nem um exame na pessoa e já vai passando, receitando um monte de ansiolítico (Grupo ACS III).

No aspecto da medicação ressaltam-se o uso generalizado de psicotrópicos e o fácil acesso a esses medicamentos, sendo responsável por esse movimento tanto a prática médica quanto o próprio usuário, o qual busca na medicação a resolução dos problemas.

Eu vejo assim, que hoje se trata mais com medicação do que com conversa. Às vezes a pessoa nem precisa ser medicada, a pessoa precisa desabafar, conversar. [...] Na área da saúde não tem como ir contra isso. (Grupo ACS III).

Tem médico que não tem aquela visão holística, o médico pensa assim, eu estou aqui para medicar, quer conversar vai no psicólogo, entendeu, então por isso, aí eles ficam passando remédio. (Grupo Coordenadoras ESF).

Na realidade Soalheiro e Mota (2014) vão nos atentar que esse movimento de medicalização da vida no contexto da saúde mental está inserido dentro de uma cultura “produtora de subjetividades medicalizadas e que ainda quer fazer-nos crer em uma suposta epidemia de transtornos mentais” (p. 81).

Agora assim, eu nunca ouvi da boca de um médico, igual, uma boa caminhada, fechar a boca, medicação, medicação, medicação. [...] Atividade física, faz muito [bem] (Grupo ACS I).

[...] incentivar por mais que chega ali, a gente orienta, a gente fala de uma atividade física, diminui a ansiedade, mas se ele [médico] não falar, aí fica difícil (Grupo Coordenadoras ESF).

Atualmente, vem crescendo o uso de medicamentos psicotrópicos entre a população. E neste cenário a ESF tem se destacado por corroborar com essa realidade. O trabalho de Luz et al. (2014) atenta para o não cumprimento nos critérios orientadores para a prescrição, dispensação e uso desse tipo de medicação na ESF. Do mesmo modo, Nordon et al. (2009) ressaltam as prescrições inadequadas por clínicos gerais na atenção primária de benzodiazepínicos (BZD), sem atender as normas de conduta, utilizando esse tipo de medicamento por tempo prologando para queixas indicadas para intervenções psicossociais.

Então eu vi um médico até hoje, tipo tirar, fazer uma consulta depois de anos, tipo três anos a pessoa está tomando aquilo ali, aí ele convocou, ele chamou “a partir de hoje, você vai tomar meio, você não vai tomar esse aqui porque junto com esse não tem necessidade”, aí ele fez um limpa assim, sabe, passou. [...] os outros não questionam, chega com uma receita lá, lorazepan, clonazepan, tudo... ele vai lá e faz a receita e entrega porque já veio de outro médico, ele fica renovando aquilo ali três anos, cinco anos, oito anos. (Grupo ACS III).

O indicado é que os BZD sejam prescritos pela primeira vez por um profissional especialista. No entanto, a indicação por um clínico geral vem se tornando natural no contexto da atenção primária, aproximadamente em quase metade das prescrições, assim como na continuação do tratamento especializado (NORTON et al., 2014). No entanto, Rocha e Werlang (2013) apontam para a necessidade da ESF atuar na contramão desse processo, o de conhecer melhor o perfil de uso de medicamento dos seus usuários, tendo em vista planejar intervenções em saúde mental para promover o uso racional da medicação.

Nessa proposta emerge um outro desafio apontado pelos profissionais, a resistência dos usuários e, sobretudo, da sua família:

Eles [usuários] não aceitam e a família não aceita que tira, porque a família não quer trabalho, e não quer nada, quer deixar dopado o paciente [...] Aí para a família, eu acho que é mais prático também, eu vejo por esse lado, os meus pacientes, é muito mais prático, ainda mais hoje na nossa, já pensou se tiver alguém com problema nessa vida louca que a gente vive, você vai querer que ele fique o quê? Dopado, não é menos trabalho para você, eu acho. (Grupo Coordenadoras ESF).

É... porque você [paciente] não quer ficar sem, você está ali flutuando, está calmo e está bem e não vai querer largar.

O médico tira, o paciente vai lá na secretaria de saúde, teve um dia que nós fomos obrigados o médico retomar a medicação. (Grupo Coordenadoras ESF).

A compreensão do usuário e sua família acerca do uso do medicamento para responder ao estado patológico configura-se em um dos obstáculos para o processo de desmedicamentação. Mas compondo este cenário, há um movimento muito mais amplo, o da medicalização da vida, o qual vem contribuindo para que as pessoas entendam seus problemas unicamente como problemas de saúde (AMARANTE, 2007).

Nesse processo devemos considerar as contribuições da prática médica para essa forma de significação:

Mas não é culpa só do paciente, os médicos também [...] Não manda para o psicólogo primeiro [...] Eles já vão e receitam remédio forte direto e dopa a pessoa, a pessoa fica dopada, aí depois vai para o psicólogo, depois que já está dopado. (Grupo ACS I).

A relevância disso está na contribuição que a medicamentação traz para a medicalização, visto que é parte desse fenômeno maior. De maneira geral, “a medicalização é um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (TESSER, 2006, p. 348). E mais, no papel que a ESF tem ocupado nesse processo, representativamente aludindo a uma “faca de dois gumes”: uma chance para a reconstrução da autonomia e/ou simultaneamente, uma nova e poderosa força medicalizadora” (TESSER, 2006, p. 349). Assim, essa problemática levanta alguns questionamentos acerca da necessidade de formação/educação permanente profissional, considerando a tradicional prática clínica medicalizante, bem como as significações e sentidos de profissionais, usuários e familiares sobre a medicamentação na área da saúde mental (TESSER, 2006; BEZERRA, 2014).

Teve uma paciente minha que a doutora foi lá e deu remédio de pressão para ela, ela tinha ansiedade. Depois que ela foi em outro médico ela descobriu que não é pressão alta, ela estava ansiosa, psicológico. Aí começou tomar remédio de ansiedade e não precisou do de pressão alta, então se ela tivesse ido pela doutora, ela estaria tomando remédio de pressão alta até hoje, então depende muito do médico também, do olhar clínico dele (Grupo ACS II).

Mas essa questão de saúde mental o médico não está preparado também não (Grupo ACS III).

Assim a alternativa vislumbrada por todos os profissionais da ESF para se evitar o uso indiscriminado e os excessos na medicamentação dessa demanda é a avaliação de profissionais especialistas na ESF.

Colocar psicólogos nas unidades, a gente identifica que é importante, ninguém dá atenção para a gente, vem de cima. [...] É aquilo que eu falei porque quando a pessoa mesmo, chega lá o indivíduo com algum problema mental, se você não avaliar a família, a estrutura, você não vai resolver o problema dele, porque vai, assim, não adianta você dá sertra, o médico passar sertralina, fluoxetina, não sei lá o quê, ou o psiquiatra, só que às vezes depois na conversa, no conhecimento com o psicólogo, ele conta que ele está sendo igual vítima de violência familiar ou sei lá o que está acontecendo na casa dele (Grupo Coordenadoras ESF).

Não que, não tem que ser medicado, não. Mas ser ouvido, avaliado. [...] Isso, talvez aos nossos olhos lá na unidade, não, não é nada e talvez seja alguma coisa. [...] Que está ali só... de uma maneira mais suave, se ficar e não for tratado pode realmente se tornar algo mais grave com consequências. (Grupo ACS I).

Sim para averiguar pelo menos, se é necessária medicação, qual o tipo de tratamento, ou só terapia, um caso passageiro, de repente a pessoa teve um surto, sei lá e pronto, depois passa (Grupo ACS II).

[...] então acho que algum tipo de triagem deveria sim, aí sim, se não precisasse não, tomar medicamento, só uma terapia, mas acho que a princípio quem tem que fazer a triagem é quem entende mais do assunto, especializado (Grupo ACS III).

O profissional mais apontado para esse tipo de avaliação é o psicólogo. Entretanto, deve-se atentar para o risco de em se evitar uma psiquiatria recair na psicologização dos problemas sociais. O conhecimento especializado para avaliar a demanda de necessidades em saúde mental também estaria a serviço da realização das intervenções psicossociais na ESF.

Eu acho que cada Estratégia tinha que ter um psicólogo, um T.O, alguma coisa você encaminharia ali porque nós começamos a fazer uns grupos de bordado, de patch work, as mulheres estavam até melhor [...] E não tem como você agendar uma psicóloga para ir na casa dele, tipo eles não te fornecem, eles não te oferecem isso (Grupo ACS II).

[...] teria que ter um... vamos supor um grupo, uma roda de conversa sabe, um dia que a psicóloga fosse lá para conversar com essas pessoas, ter uma atividade, isso falta (Grupo Coordenadoras da ESF).

Eu acredito que todos os postinhos tinham que ter um psicólogo, assim para atender esses casos. Se tivesse um profissional só para isso, ainda assim, acho que não daria conta (Grupo III).

A forma de vinculação do profissional especialista varia entre os grupos focais, enquanto vários apontam a inserção desse profissional como parte da equipe, outros indicam a sua atuação de maneira pontual. É importante lembrar que a atuação de profissionais especialistas na área de saúde mental é prevista nas políticas de saúde por meio do NASF, dentro da lógica do apoio matricial, mas isso não impede a sua incorporação como parte das equipes, o que representaria uma opção da gestão municipal em saúde.

Mais importante do que essa questão do vínculo é refletir quanto às expectativas dos profissionais acerca da atuação desses especialistas. O NASF está implantado no município desde 2010, e apesar disso não se tornou uma referência de apoio para a ESF.

Nosso NASF começou bem capenga e hoje está bem parado mesmo. [...] Na Estratégia de Saúde da Família não está desenvolvendo nada, assim acabou que os profissionais estão desenvolvendo outros tipos de trabalho, mas nada em relação ao NASF, o NASF está bem parado mesmo. (Coordenadora AB).

Vários profissionais relataram desconhecer o atual trabalho do NASF. Todavia, outros citaram aspectos positivos tanto do início da sua implantação como no momento em que estava ativo com a realização das oficinas terapêuticas.

Quando iniciou o NASF, inaugurou o NASF no município, pelo menos na minha unidade, uma vez por semana tinha o grupo de atividade física lá na pracinha, ia um monte de gente, era super legal, era duas horas durante a manhã, o pessoal adorava, a população aderiu super bem e tinha também a oficina terapêutica na unidade, uma vez por semana também, tinha bastante gente, as meninas do NASF, elas que iam lá e ajudavam a realizar a atividade, era super legal e também, tipo assim, uma vez por mês mais ou menos elas participavam da nossa reunião de equipe, então assim, discutia caso, funcionou muito bem. Aí essa equipe inicial foi desmembrando, não sei por qual motivo, se foi motivo político, por que que foi, elas eram contratadas, não era concurso e aí quando começou, aí uma saiu não sei porque, a outra não sei porque e aí veio essa equipe nova e acabou [...] E era legal porque tinha a TO e a psicóloga, então quando a gente tinha algum caso isolado e precisava de atendimento domiciliar, alguma coisa, elas iam, dava resultado, era super legal. (Grupo Coordenadora ESF).

[...] a mãe dele é depressiva, assim ao extremo, ela ia lá [oficina terapêutica do NASF] e ela não fazia nada, ela ficava olhando, ela não fazia nada, o filho falou assim, que ela chegava numa paz na casa dela... (Grupo ACS I).

De acordo com uma profissional do NASF, uma das maiores dificuldades que o serviço vem passando é com o desmonte da equipe. Relata que quando entrou em 2013 foi

solicitado a ela que continuasse os grupos terapêuticos de artesanato desenvolvidos pela equipe anterior (Psicóloga e TO), mas que teve dificuldades com o processo de aceitação dos profissionais da ESF:

Ah eu acho que a maior dificuldade é essa questão da equipe mesmo, primeiro pela, pelo nosso número de profissionais que nós temos no NASF, para assumir esses trabalhos que já acontecem e... eu não, eu vejo também um pouco da visão do restante da atenção básica desse trabalho do NASF. [...] há aceitação, mas isso é muito relativo porque são nove unidades, cada uma com uma equipe grande de pessoas e aí isso acaba sendo assim, você percebe que algumas pessoas acaba tendo o entendimento melhor, uma aceitação melhor, outras às vezes é... era bem um sentimento assim, “nossa de novo ela aqui” [risos], então teve unidades que quando eu cheguei eu fiquei quase quatro meses, toda semana visitando a unidade, tentando diagnosticar uma demanda e... traçar um projeto e um trabalho e a gente sabe das realidades dessas unidades, sempre muito, muito corrido, muito trabalho e aí é onde eu sinto assim, essa visão que o, que eles têm desse apoio. (Psicóloga do NASF).

Isso nos sinaliza para a possível expectativa em relação ao trabalho do profissional especialista na ESF, o de ser dirigido sob a lógica do encaminhamento e não do apoio matricial. A falta de tempo conseguinte da “correria” no processo de trabalho sempre se sobrepondo ao acolhimento e responsabilização em acompanhar esse cuidado.

Eu não recrimino a unidade de saúde, porque realmente não tem base para isso. [...] São quatro mil pessoas na nossa unidade para um médico, um enfermeiro e uma técnica [...] Eu falo assim, da questão de um tempo para conversar com o paciente, entendeu (Grupo ACS III).

A maior contradição evidenciada por essa discussão refere ao consenso de que a ESF é a porta de entrada para o sistema, mas que não tem “tempo” para realizar a escuta e o acolhimento na unidade. Assim, a oferta do cuidado em saúde mental na ESF como visto limita-se a identificação, encaminhamento e à medicação. A solicitação de outros especialistas, como psicólogo e assistente social, aponta para a não responsabilização da eqSF por esse cuidado, além de voltar-se para um possível movimento oposto ao da integralidade, fragmentando a assistência entre os problemas físicos, psíquicos e os sociais.

No momento da coleta, inexistia a oferta de quaisquer ações específicas nessa área em parceria com o NASF. O acompanhamento desses casos ocorre por meio da continuidade na prescrição da medicação do especialista. De maneira geral, evidencia, ainda que os profissionais identifiquem fatores psicossociais que influenciam sobre a saúde mental da população, mas o cuidado ofertado na ESF está na contramão desse processo, situado dentro

da concepção biomédica, como constatado em outros estudos (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; SEVERO; DIMENSTEIN, 2011; PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014).

Com relação ao papel da atividade de coordenação nesse processo de cuidado, cabe o contato com o serviço ambulatorial em saúde mental nos encaminhamentos e/ou agendamentos de maior urgência. Diferentemente, de outros contextos em que não há uma rede de serviços especializados em que se apoia a ESF (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014), a realidade pesquisada destoa por compor vários serviços previstos para uma rede de atenção psicossocial.

7.2.7 A distante, desconhecida e inexistente rede de atenção psicossocial

Embora seja dado um grande destaque à APS para assumir a ordenação dos sistemas de saúde, ocupando a centralidade das redes de atenção, essa prerrogativa também evidencia para a necessária articulação entre as ações e serviços que compõem uma rede, a fim de se atingir a integralidade do cuidado. Dessa forma, podemos dizer que as redes representam a forma socialmente ofertada para solucionar as necessidades em saúde. Nessa configuração, a ideia de estratificação das necessidades em patamares estanques (primário, secundário e terciário) marcados por rígidas relações de referência e contrarreferência é substituída por uma organização muito mais dinâmica, sem desconsiderar as diferentes densidades tecnológicas do cuidado em saúde mental.

Convém lembrar que a noção de rede transcende a ideia hierárquica da pirâmide. Assim, não se restringe entre os serviços da saúde, mas incorpora ações no âmbito da intersectorialidade, procurando superar a lógica verticalizada e fragmentada na produção do cuidado, para construir um trabalho articulado e integrado por meio de sistemas técnicos, logísticos e de gestão (MENDES, 2011).

Ampliar o olhar sobre a produção do cuidado em saúde mental da ESF em interface com a rede a partir das significações dos profissionais de diferentes serviços possibilita entender os fluxos assistenciais do cuidado em saúde mental, o funcionamento da rede e as formas de relação entre os serviços, bem como a identificação das dificuldades e das potencialidades para a construção do cuidado integral e resolutivo. Já vimos que para os profissionais da APS o papel da ESF tem sido o de identificar e encaminhar a demanda de cuidado em saúde mental para a rede, visto que esse cuidado apresenta como particularidade a exigência de uma avaliação especializada. Desse modo, as concepções dos profissionais na atenção básica encontram-se vinculadas a lógica do encaminhamento, cabendo a ESF o

acompanhamento posterior, o qual, geralmente, acontece por meio da continuidade do tratamento medicamentoso.

[...] eu acho assim, é importante eles terem um acompanhamento dos especialistas, psiquiatra, psicólogo, mas isso não tira a importância do acompanhamento na unidade entendeu, tipo assim, é uma via de mão dupla, tem que ter os dois um vai ajudar o outro.

[...] quando a gente encaminha o paciente para a saúde mental, a gente não pode perder o vínculo, não pode também perder o acompanhamento, a gente tem que continuar a saber o que está acontecendo, a gente tem que acompanhar até mesmo para saber se ele está indo nas consultas, se ele está fazendo uso da medicação corretamente, se ele está evoluindo bem, entendeu. Por isso que eu acho importante da gente não perder esse vínculo na unidade porque na hora que o negócio aperta, é ali que ele corre.

[...] a gente não sabe o diagnóstico do paciente, como você faz acompanhamento do paciente se você não sabe o diagnóstico, muitas vezes o paciente não sabe, muitas vezes não, todas às vezes, não sabe diagnóstico. (Grupo Coordenadoras ESF).

Ainda dentro de um modelo hierarquizado sob o sistema burocrático de referência e contrarreferência, as coordenadoras da ESF apontam o Ambulatório de Saúde Mental como o serviço de referência para o encaminhamento, levantando como principal dificuldade na relação entre os serviços a ausência da contrarreferência para o acompanhamento do cuidado.

[...] aqui é assim, encaminha, faz o encaminhamento de duas vias e tal, o psiquiatra deveria chegar lá na contrarreferência anotar tudo e deveria devolver para nós, isso não acontece, então assim, muitas vezes é a gente que liga lá para a [Assistente Social] (Grupo Coordenadoras ESF).

Algumas coordenadoras questionam a “informalidade” do processo burocrático dessa contrarreferência:

[...] o paciente passou lá e o médico deu a receita para ele, ele pegou o remédio, às vezes ele precisa do remédio de novo, mas aí ele já perdeu tudo e não tem mais nada, não levou nada na unidade, entendeu.[...] Eu ligo para a [Assistente Social] e peço, não tem prontuário, não está lá, entendeu.

Você tem que acreditar no que o paciente te fala, eu acho isso erradíssimo, eu já briguei na secretaria. [...] Está errado mesmo assim, você está fazendo por boca, entendeu.

Com a [Assistente Social], o percurso que eu tenho com ela e costuma dar certo, como a minha unidade é até perto, às vezes o paciente procura a gente e às vezes não tem, a gente não acredita, eu não posso, tem que estar por escrito, eu falo assim, aí eu ligo para ela, “o paciente vai retornar aí, você me

manda por escrito?”, aí ela manda, “oh passou em consulta tal dia, doutora passou isso, isso”, ela assina.
(Grupo Coordenadoras ESF).

A ausência de uma comunicação efetiva entre os serviços por meio de um sistema informatizado⁵⁹ responsabiliza somente o usuário pelas informações do seu atendimento. Como destacam Juliani e Ciampone (1999), essa via de referência-contrarreferência mediada e dependente do usuário traz inúmeros prejuízos, especialmente se considerarmos as perdas de informações no relato dos mesmos, pois estão condicionadas ao seu entendimento e linguagem. As autoras chamam ainda atenção para o “caráter perverso, pois cabe ao cliente, que não tem acesso ao prontuário, resgatar alguma informação para trazer à Unidade Básica e, muitas vezes, o mesmo não é capaz de relatar dados sobre o atendimento ou sobre quem o atendeu” (JULIANI; CIAMPONE, 1999, p. 329).

Outro ponto comentado pelas coordenadoras da ESF e que deve ser destacado nessa relação entre os serviços, é quanto ao conhecimento do diagnóstico do usuário por parte dos serviços da APS. Embora o questionamento feito possa estar direcionado para uma concepção biomédica, com uma tendência a focar na doença em detrimento dos demais aspectos que compõem o processo saúde-doença mental, o seu desconhecimento, em contrapartida, contribui para manter a prática de reprodução do tratamento medicamentoso, sem qualquer possibilidade de implementação de outras práticas de cuidado.

Por outro lado, nos serviços especializados os profissionais identificam a falta de preparo dos profissionais na ESF por meio de encaminhamentos avaliados como “desnecessários” ou mesmo que poderiam ser trabalhados na atenção primária e não na secundária, como por exemplo, usuários enlutados. Atribuem isso à falta de conhecimento técnico e de apoio (matriciamento do NASF) na área, o que impossibilita terem um olhar diferenciado, singular sobre as necessidades apresentadas.

Eu acredito sim, porque se a gente for pensar o verdadeiro papel, não é só da Saúde da Família fica só encaminhando para as especialidades, então eles precisavam começar a... pensar em estratégias de cuidado de saúde mental ali, [...] precisa de um atendimento diferenciado e... não encaminhar, então se tivesse, assim, esse olhar diferenciado de começar com essa questão do

⁵⁹ “Nós temos um sistema, mas ele ainda não está totalmente ativo, e a nossa maior dificuldade é o médico aderir, que seria a melhor coisa, porque a hora que você entrasse, você conseguiria acessar a ficha do paciente em qualquer lugar que ele tivesse passado na unidade. Mas os médicos não fazem a digitação dele, então assim a gente digita em quantidade, o relatório para buscar um histórico clínico certinho, a gente ainda não tem a adesão dos médicos, então a gente não consegue ver esse atendimento *on line*. Mas o programa é bem bacana, a gente até está com uma versão nova, nós estamos apanhando um pouquinho para aprender, mas os médicos não aderem” (Coordenadora AB).

matriciamento e vê que cada paciente tem que ter é... essa singularidade no atendimento, ficaria diferente (Grupo Saúde Mental).

[...] a gente às vezes reclama, porque às vezes é um caso simples que não precisava estar com a gente... [...] a pessoa perdeu um parente, ele não está com depressão, ele está com tristeza, é encaminhado, já chumba ele de remédio e já fala que ele está com um transtorno. Então às vezes o médico, se ele tem uma sensibilidade maior, a equipe, tem que falar “não, você, nós vamos tratar de você”. Então já existe postinho aqui que tem essa visão, mas ainda temos uns... casos que fala “você conversou com o médico?”, “não, ele já me encaminhou direto”, então você está com isso, e já encaminhou direto para o especialista psiquiátrico...[...] (Grupo Saúde Mental).

Para os profissionais do ambulatório a inexistência de uma escuta e do apoio matricial do NASF propiciam esses tipos de encaminhamentos, que contribuem para o crescimento de uma demanda reprimida nos serviços especializados. Todavia, diante desses casos a orientação de iniciar o cuidado pela medicação parte do próprio ambulatório, que reencaminha o usuário para a ESF:

Sim, a pessoa está lá com um problema e você vai conversar é a falta de escuta no meu olhar, tipo assim, ele está sem dormir tal, tal, ele está passando por um problema gravíssimo, vamos falar enlutado, ele perdeu, ele está sofrendo, o médico, ele é médico, ele poderia estar na rede deles ali, se tem o próprio NASF também, sei lá, é questão de olhar, então “oh vamos cuidar dele aqui primeiro”. Então às vezes não passa nada, aí a pessoa vai no sofrimento lá, eu não tenho vaga para o psiquiatra, mas o coitado precisa, o usuário ele está em sofrimento que ele não precisava estar passando às vezes, até uma boa escuta, melhoraria, então não tem a escuta, já encaminha e isso dá uma certa dificuldade para a gente porque eu não tenho uma vaga de urgência, aí eu tenho que ligar, às vezes eu faço isso, eu reencaminho, eu ligo. Mas eu estou falando é... tem que fazer essa ponte, “você encaminharam, olha, não dá para o doutor reavaliar porque não tenho vaga para tal” porque eu vejo que não é urgência, aí numa estratégia de... eu tento falar com a enfermeira e a gente... “porque não medicou, nem a pessoa”, aí eu faço isso, o paciente já sente [que] cuidou, porque eles têm também gente, você pode não resolver o problema, mas se ele ver que você tentou ajudá-lo, deu uma atenção, ele já sai dali agradecido (Grupo Saúde Mental).

Essa passagem esclarece a origem da prática de encaminhar o usuário já medicado para os serviços secundários, relatada pelos profissionais da APS, considerando que a média de espera para casos que não são de urgência é de aproximadamente seis meses. Reforça ainda o que Sousa et al. (2011) denominaram de “síndrome de peregrinação”, referida como o transitar dos usuários pelos diferentes serviços de saúde sem ter sua necessidade atendida de forma resolutiva.

Quanto à forma de comunicação entre os serviços, como já citado, o contato telefônico entre a assistente social e as coordenadoras da ESF é a mais utilizada, salvo os

casos em que os profissionais médicos exigem uma contrarreferência por escrito, como condição para prescreverem as medicações:

[...] isso acontece muito, a gente, ele [usuário] tem que ser referenciado, em tese lá no [Ambulatório de Saúde Mental], todos referenciados a nível medicamentoso pelos postinhos. E não tenho dificuldade também não, existe algum ou outro postinho que nós temos dificuldade com os médicos, então tipo assim, é... é questão assim, coisas complicadas, tipo assim, perde a receita e tal, aí ele vai lá no postinho, ele vai sem receita. Então em tese, se é uma equipe que está é... envolvida, que está com a gente, eles, não têm problema, ele vai, “gente pega o prontuário tal e tal”, é.. “dá uma checada para ver se é isso mesmo”. Tem médico que fala, “não vou fazer” e aí você, o paciente fica três, quatro, cinco meses sem o remédio, aí chega desesperado na saúde mental, aí o que que a gente tem feito, às vezes para cada postinho a gente tem, se a gente tivesse mais, aqui com a coordenação, que eu acho que aí, seguir um modelo único, tinha que ser único, tudo isso. Então para alguns é mais tranquilo, tem uns que... para outros você tem que mandar cartinha, por outro eu tenho que pedir para o doutor, porque tem médico que fala “se não tiver a receita do médico” ele não faz. Tem médico que também é difícil e tem outros que também é assim, nem a receita ele quer, ele quer o xérox do prontuário, então é complicado e aí a gente até brinca, fala, a doutora tem até uma certa resistência quando fala xérox, porque ela fala, “oh, às vezes” e tem alguns médicos que querem ser psiquiatra, aí ela fala “ele quer o diagnóstico também, para ele também tenta”. Aí ele pega o xérox, tem o diagnóstico, tem tudo do paciente, diagnóstico, dificuldade, ta, ta, ta.. (Grupo de Saúde Mental).

Verifica-se a restrição ao conhecimento do diagnóstico. A fala exemplifica uma das maiores dificuldades dos profissionais especialistas, apontada por Alves (2009), a de compartilharem o seu saber específico, pois isso implica renunciar ao seu papel de especialista. Esse é um ponto levantado por Dalla Vecchia e Martins (2009b), as disputas corporativas, sobretudo, o pré-julgamento dos especialistas sobre a capacidade dos generalistas em desenvolver ações no campo da saúde mental, exemplificado pela fala, na realização do diagnóstico.

É importante lembrar que o ambulatório é o único serviço da rede municipal que possui médico psiquiatra, fato que o torna a única referência especializada deste campo nesse cuidado. Desse modo todos os usuários são referenciados para esse serviço, até mesmo os do CAPS. Ao passo que os profissionais do ambulatório reclamam pelo excesso de encaminhamento derivado da atenção básica, as coordenadoras da ESF queixam-se da dificuldade de acesso aos profissionais de Psicologia.

E todos os pacientes da psiquiatra, na minha opinião tinha que todos passarem na psicóloga, e a psicóloga é onde que limita mais do que a psiquiatra para atender, eu acho um absurdo.

O que está acontecendo no município agora, é isso, tem o tratamento, vamos supor, os médicos da unidade, já entra com medicação, o psiquiatra entra com medicação, o único apoio que a gente tem é o CAPS, mas não são todos que vão e na, tem as psicólogas que têm o acesso difícil porque demora, e... em relação a unidade em si, nós não estamos fazendo mais nada, só isso. (Grupo Coordenadoras ESF).

Os atendimentos psicológicos, ao lado das consultas psiquiátricas, configuram-se nas ações representativas de assistência em saúde mental. Para os profissionais da ESF o atendimento psicológico seria imprescindível, uma vez que constitui na possibilidade de uma avaliação prévia ao tratamento medicamentoso, além de apresentar melhores resultados quando trabalhado em conjunto com a psiquiatria. No entanto, os ACS observam algumas resistências dos usuários oriundas da associação desses profissionais à loucura.

Você vê uma grande melhora do paciente que vai no psiquiatra e na psicóloga, do que aquele que só vai no psiquiatra. [...] Se o psicólogo fosse ativo na equipe, a população ia entender a importância deles. [...] Precisava, dessa carência desse profissional, nós estamos carente de psicólogo porque é aquilo que eu falo, tinha que associar e raramente, se um ou dois passa com a psicóloga, é isso que eu vejo, só fica centrado no médico (Grupo Coordenadoras ESF).

[...] a população tem um preconceito com o psicólogo e psiquiatra, acham que é só o doido que passa no psicólogo e no psiquiatra (Grupo ACS III).

Da mesma forma que acontece com os encaminhamentos para a Psiquiatria, também ocorre o questionamento dos realizados para a Psicologia.

Hoje por exemplo, o que aconteceu, começou a ter muitos encaminhamentos de mães com depressão para... tanto para mim quanto para [outra psicóloga] e a gente começou a perceber que essas mães, eram mães que tinham perdido filhos com acidente. Aí nós sentamos, “oh então a gente vai precisar, vamos pensar numa estratégia”, aí resolvemos fazer um grupo de luto, só que aí, a gente começou a pensar, isso seria uma estratégia, uma ação que a psicóloga do NASF deveria fazer, então as unidades de saúde, deveriam ter esses grupos. Por quê? Eram muitas mães que estavam aparecendo. E também um outro tipo de ação que se fosse pensar que... as estratégias de saúde da família ou outras unidades deveriam começar a pensar, por que que tem acontecido muitos acidentes [...] Aprofundar nesse sentido assim, [...] então se fosse ver, não é exclusivamente o nosso papel que elas precisavam ali naquele momento, então precisavam de outras ações também, então se fosse ver, deveria sim ter ações da estratégia de saúde da família também. (Grupo Saúde Mental).

Novamente a discussão recai na ausente atuação do NASF. O *ter/não ter* esse serviço gera uma lacuna na rede e, conseqüentemente, em um impasse na assistência, pois a

indefinição das demandas de cada serviço resulta em expectativas em relação a atuação do outro, baseada na compreensão subjetiva de cada profissional.

No caso da saúde mental, o matriciamento constitui-se em uma ferramenta fundamental para desconstruir a lógica de referência e contrarreferência, que dificulta o acesso e favorece a não responsabilização (BRASIL, 2009).

Enquanto se espera pelo NASF, o trabalho vai se dividindo entre os serviços de maneira fragmentada.

[...] por experiência de trabalhar nas duas [Ambulatório e CAPS], eu trabalho na questão medicamentosa, que é o ambulatório, onde o foco é medicação [...] tem que ter uma complementação, e aí que eu acho importante a presença do CAPS, então eu sempre brinco, eu falo assim, que a questão da medicação ela está focada é assim, é uma coisa muito clara, nessa questão assim, da doença, eu sempre falo, lá na saúde mental, quando eu falo saúde mental no ambulatório, com a médica, no individual, com a medicação, você tem que estar, está focando a doença, na hora que você vai ao CAPS, você está resgatando sua saúde, então eu vejo bem assim, é uma complementação (Grupo Saúde Mental).

A interdependência/complementaridade é prevista entre os serviços que compõem um trabalho em rede, tal como a exemplificada na relação Ambulatório-CAPS para a referência na medicamentação. Entretanto, cabe o questionamento em relação ao papel dos ambulatórios na assistência em saúde mental, que vai muito além da doença e do medicamento. A Portaria 224/1992 explicita claramente as normas para o atendimento ambulatorial em saúde mental, o qual deve envolver várias atividades: atendimento individual; atendimento grupal; visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde; além do mais, cabe ao gestor local a definição do seu papel junto a rede de serviços (BRASIL, 1992). No entanto, tal portaria foi revogada pela 336/2002, a qual passou a regulamentar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como os serviços ambulatoriais para a atenção psicossocial. Assim, os ambulatórios de saúde mental são praticamente “extintos” na legislação, tanto que na Portaria 3088/2011 da RAPS, esse serviço se quer é elencado como um dispositivo da rede de atenção psicossocial.

Convém lembrar, que os serviços ambulatoriais em saúde mental emergiram como proposta preventivo-comunitária, alternativa ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). No entanto, como destacou o estudo de Severo e Dimenstein (2011), prevalece nos serviços ambulatoriais de saúde mental a lógica

hospitalocêntrica com o fomento para um elevado consumo de psicotrópicos em detrimento de outros dispositivos de cuidado.

Com base nos autores acima, é possível afirmar que os ambulatórios de saúde mental se tornaram um grande “nó” nessa nova configuração de rede pensada sob o paradigma de cuidado psicossocial, sobretudo, quando o seu papel não está bem definido dentro da rede. Como pudemos perceber na fala acima, o efeito “complementar” produzido pela convivência do Ambulatório de Saúde Mental e do CAPS, figurados como *lócus* de processos distintos, um da doença e o outro da saúde, respectivamente, denotam, em um primeiro momento, em modos de cuidado antagônicos.

Uma maneira para elucidar essa questão seria, por exemplo, perpassar pela organização do trabalho nas equipes desses serviços, a fim de verificar se os dispositivos para o cuidado visam superar, por exemplo, a fragmentação e a sobreposição do saber médico em relação aos demais profissionais. Pode-se identificar essa característica por meio da organização do trabalho nas equipes para a discussão de casos:

No ambulatório não, nós discutimos assim [risos] por exemplo, ela [psicóloga] tem um caso, a grande maioria dos pacientes, todos dela era da doutora [psiquiatra], mas você fala em equipe geral não tem não. Mas nós temos uma equipe, nós temos uma reunião de equipe para as relações e não para os casos. [...] Acho que nós temos sim, uma boa abertura, mas é pela falta do tempo. Se fosse ver a gente precisava sim reorganizar a rotina para poder ter esse espaço para...[...] por exemplo, quando ela [psicóloga] tem um problema com a paciente dela que ela está atendendo que é da doutora [psiquiatra], muitas vezes ela não tem condições de falar diretamente com a doutora, ela recorre a mim [assistente social].

É uma dificuldade que a gente tem, falando de CAPS, porque às vezes não ocorre, nós que estamos com os pacientes o tempo todo, a gente procura estar o tempo todo ligada, discutindo o caso e tal, mas a parte, a outra... o restante da equipe técnica, fica às vezes mais centrada na medicação, que é uma função, que eles têm que é da área da enfermagem. Então é uma dificuldade que a gente tem bastante, nesse sentido de trabalho em equipe. [...] [Somos] Equipe de três [psicóloga, educadora física e assistente social] risos... [...] eu acho importante [trabalho em equipe], porque como que você vai discutir um PTI, que é um projeto individual de cada [usuário], se você não tem a equipe inteira, eu acho que falta sim. [...] às vezes eu acho assim, não até cortando o nosso coordenador, mas eu digo assim, mesmo por fazer dificuldade de fazer coordenação e tal.
(Grupo Saúde Mental).

No primeiro caso, o do ambulatório, observa-se o isolamento nas práticas dos profissionais de Psiquiatria e Psicologia, haja visto que pela “falta de tempo” não há esse tipo de atividade na organização do serviço. Em casos em que se identifica a necessidade de uma

discussão entre os dois profissionais, por atenderem o mesmo usuário, o diálogo não ocorre diretamente, é mediado por um terceiro profissional, a assistente social.

Esse tipo de organização dá indicativos para o que Yasui e Costa-Rosa (2008) descrevem da divisão do trabalho nos ambulatorios, nos quais ainda impera o saber médico, cabendo aos demais profissionais um papel secundário:

[...] Um exemplo desta divisão é uma dada situação em que a consulta do psiquiatra é tomada como a atividade prioritária e essencial. Isso gera uma agenda repleta, atendimentos de curtíssima duração e com grandes intervalos de tempo entre uma consulta e outra, visando uma alta produtividade, medida pelo número de consultas. Há, também, a consulta, geralmente individual, com o psicólogo, que tem longa lista de espera, repetindo o modelo da prática liberal típica de parte do trabalho desse profissional [...] (p. 31-32).

No que diz respeito ao trabalho no CAPS, percebe-se uma maior integração entre as ações das três profissionais mencionadas (psicóloga, educadora física e assistente social), embora seja forte o foco de outros profissionais da equipe técnica na medicação, além da ausência do médico nas discussões dos projetos terapêuticos. Segundo as profissionais do serviço, há muita resistência dos usuários em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, da mesma forma que dificuldades na compreensão da família em administrar corretamente a medicação. Mas ainda sobre essa questão destacaram o valor atribuído pelos profissionais apenas a essa dimensão do cuidado, especialmente, o coordenador do serviço que é da área da Enfermagem.

A dificuldade é tanta que nós dentro do CAPS temos até um grupo de medicação, para se falar disso com os pacientes, como o enfermeiro faz, para poder orientar quanto as reações, o que acontece porque a resistência é muito grande, só que a gente também tem que ressaltar a questão de que... é... dos profissionais também, de acreditar que às vezes só a medicação é que vai [funcionar]. (Grupo Saúde Mental).

A atividade da coordenação emergiu como um aspecto relevante para a organização do trabalho na equipe, pois o desconhecimento do profissional sobre a área, implica diretamente na percepção sobre as necessidades do trabalho, como exemplo, o de não solicitar a presença do médico nas discussões de caso. Porém, em relação às atividades da “equipe de três/miniequipe”, a coordenação não apresenta qualquer obstáculo, pelo contrário, apoia as iniciativas e ações. Além da limitação do olhar da coordenação, as profissionais apontam como empecilho para a humanização do cuidado no CAPS a compreensão dos

demais profissionais dos serviços para as particularidades desse tipo de cuidado, sobretudo, os profissionais da recepção.

[...] quando nosso coordenador entrou ele, ele mesmo falou para a equipe, “gente eu não sei nada de saúde mental, fui colocado aqui”⁶⁰ [...] Na verdade nunca foi assim, o que que acontece, se for analisar, de chegar e falar “oh, doutor vamos participar, vamos, preciso do senhor tal horário, tá”, acho que está faltando atitude [da coordenação] [...] Como diz, eu acredito que a coordenação é a base no ambiente. [...] Então tem situações que falta um pouco, mas assim, não de que ele é uma [...] Não estamos falando da pessoa. [...] Exatamente e isso ele [coordenador] dá [autonomia], por isso, mas existem situações por ser chefe, igual eu falo para elas, “vamos ver primeiro”, porém é o cuidado, exatamente, o respeito, hierarquia, penso eu assim, porém “ah, tá e tal e outro serviço”, vamos fazer e depois a gente fala, entendeu, a gente vai e faz, ele dá essa abertura, ele assina em baixo... o que a gente fizer também, ele não muda. [...] Nem tudo, tem muita coisa que a gente faz, não é porque da cobrança do nosso coordenador, é pela nossa vontade [...] E outra coisa que a gente sempre discute a questão do olhar humanizado porque uma equipe não é só a técnica... é desde a porta de entrada [recepção], a gente tem muita dificuldade. (Grupo Saúde Mental).

Contudo, podemos verificar que o processo de trabalho no CAPS está fragmentado em frentes de trabalho orientadas por distintas concepções do objeto e dos meios de trabalho. Enquanto a “miniequipe” trabalha em direção “ao resgate da saúde”, palavras recorrentemente utilizadas pelas profissionais, expressão que possibilita apreender a ideia de um trabalho que fomenta o desenvolvimento de autonomia do sujeito em sofrimento, por meio de práticas grupais (oficinas terapêuticas e grupos operativos) com os usuários e a família, uma outra parte foca na doença, no tratamento medicamentoso, e ainda uma terceira, os profissionais não técnicos, apresentam dificuldades na forma de relacionamento com o usuário.

Cabe lembrar que os CAPS se caracterizam por ser um serviço de base territorial, substitutivo ao hospital psiquiátrico na assistência a sujeitos em sofrimento psíquico grave e persistente, tendo em vista redirecionar o modelo assistencial de cuidado em saúde mental para uma perspectiva psicossocial. Como lembram Yasui e Costa-Rosa (2008) “A equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial” (p. 34). Desse modo, a fragmentação nas ações de parte da equipe, concomitante à integração de ações de outra parte, indicam a coexistência de modos de cuidado distintos (asilar e psicossocial).

⁶⁰ A inserção do profissional, que era da área hospitalar, ocorreu em um dos “rodízios” promovidos pela gestão municipal.

A referência para inserção do usuário no CAPS é o ambulatório, quando se objetiva a inserção nas atividades grupais. Em relação ao atendimento ambulatorial para dependentes de álcool e outras drogas, o serviço é porta de entrada.

Antes o ambulatório era o único responsável por realizar a avaliação e o encaminhamento, até porque a profissional responsável pela triagem é a assistente social, que também trabalha no CAPS. No entanto, agora o processo envolve a avaliação dos profissionais do CAPS, que inserem os usuários em um atendimento semi-intensivo, ou seja, alguns dias da semana para a realização da avaliação. Nesse período, os familiares devem permanecer no serviço.

[...] porque de primeiro, a gente na triagem, até mudou um pouco, quando eu iniciava as triagens a gente colocava cinco dias, às vezes vinha lá, sugiro... fazer três, quatro, aí agora, nós colocamos, que a equipe do CAPS que tem que ter esse olhar...

A gente começa com um ou dois dias no máximo por quê? Seguindo esse protocolo para a gente poder avaliar.

Exatamente, então tipo assim, quando a gente fala assim, “olha vamos começar com um dia, dois dias”, aí já olha assim, “mas não vai ficar todo dia, não vai ficar o dia inteiro”, você entendeu.

Até porque a gente começou a observar uma dependência do serviço, o dia que não tinha atividade, eles ligavam brigando, e até relatavam no grupo, “o dia que não tem eu não tenho vida, só fico na cama deitada”, a gente começou a perceber isso. (Grupo Saúde Mental).

A relação de dependência do usuário com os serviços é uma preocupação dentro desse modelo de cuidado, pois o cuidado na atenção psicossocial deve contar com a corresponsabilização dos dispositivos da rede de serviços e da família. Costa, Figueiró e Freire (2014) problematizam a interdependência dos usuários junto ao CAPS, atentando para o processo de cronificação e institucionalização dos usuários que são isolados dentro do serviço, não mantendo uma relação com o meio social, aspectos que dificultam a alta do usuário. A estratégia utilizada pela equipe do CAPS no município da pesquisa foi modificar o processo de inserção, partindo sempre do tratamento semi-intensivo e não intensivo, como era indicado anteriormente.

Na relação CAPS-ESF, os profissionais do CAPS mencionam algumas distorções na compreensão dos profissionais da ESF em relação ao papel do serviço, especialmente, o de que o usuário deve ser assistido pelo serviço para descansar a família, bem como o do CAPS ser a referência para o usuário diante de outras necessidades de saúde, não havendo a responsabilização sobre esse usuário.

[...] a gente tenta trabalhar isso porque às vezes a família não vai [no período de avaliação] e tem que ficar lá [no CAPS], mas a ideia deles [ESF] é assim, é para descansar a família [risos]

[...] porque às vezes o paciente chegava no CAPS com um problema clínico porque o posto não quis atender porque ele é psiquiátrico, “oh, você psiquiátrico, você tem que ir lá no CAPS”, então a gente começou a perceber essa dificuldade, porque ele chegava lá, “oh estou com dor na perna, o postinho mandou vir aqui”, “ah mas por quê?”, “porque ela falou que sou paciente psiquiátrico”, então a gente começou a perceber aí

Eu percebo assim, há uma abertura dos serviços, mas não tem um, assim [entrelaça as mãos], como os postinhos, conhece o serviço, só que na hora que a gente tem que atuar junto, aí eles..[...] Cai fora. [...] Tó isso é do CAPS, tó... isso é lá da saúde mental, não tem essa abertura..[...] Tem um preconceito. [...] Às vezes falta trabalhar junto mesmo. (Grupo Saúde Mental).

De outro lado, os profissionais da ESF relatam pouco conhecimento acerca do trabalho realizado pelo CAPS, alguns profissionais obtêm informação com os próprios usuários.

É aquilo que a gente fala, o CAPS alguém sabe ao certo todo o tipo de atendimento que pode oferecer? (Grupo Coordenadoras ESF).

Olha eu não sei como que funciona exatamente o CAPS aqui, o retorno de pacientes aí, eu tenho três pacientes que eu acompanho que vai no CAPS, dois que conseguem explicar e falar tudo, um vai segunda, quarta e sexta e o outro vai de terça e quinta, e o trabalho que o que faz de terça e quinta é diferente do outro que vai de segunda, quarta e sexta, então talvez lá eles têm essa separação [...] lá tem psicólogo para conversar, se chegar muito alterado, muito irritado, tem uma salinha lá, pode chegar e conversar, então é o que assim, é o que eu consigo colher de informações do CAPS [...] Esses pacientes, eles falam para mim também que tem o, o de tanto a tanto tempo, eles têm uma conversa com o especialista, não sei qual é a área também, que chama lá tanto o paciente quanto o responsável para conversar, saber como que tá, o que que tem, saber como é a vida, o relacionamento da casa, essas coisas (Grupo ACS I).

[...] se ele vai para o CAPS a gente não fica sabendo de nada, a gente só vai saber aquilo que o paciente falou para a gente na casa, então a gente não sabe, o que aconteceu realmente, o que que o médico (Grupo ACS II).

[...] eu não sei como que é, se é cada caso é um caso, se um paciente vai ter x sessão de psicólogo e aí já está liberado, se dá a medicação e acompanha para ver se está tomando, a gente não sabe, eu particularmente não sei como funciona, no CAPS, como é o tratamento (Grupo ACS III).

Tais dados corroboram os achados de Campos Onocko et al. (2009), os quais identificaram que os coordenadores de Unidades Básicas, geralmente, possuem uma ideia

vaga e distorcida sobre o trabalho do CAPS, do mesmo modo que os ACS desconhecem o seu funcionamento.

Além do desconhecimento, os profissionais da atenção básica mencionam o pouco contato, restrito apenas a situações em que o CAPS requiere alguma informação, não havendo um retorno dos casos atendidos.

A única vez que eu tive uma informação com o CAPS, para mim ir lá na casa do paciente, para saber se ela ia ser internada ou não (Grupo ACS I).

Às vezes, se ele vier para o CAPS não tem um retorno, vai para o AME, vai para [nome do município], vai para outro setor, só o que chega do AME a gente tem a RM [Relatório Médico]. Agora do CAPS só se você ligar lá e perguntar mesmo. [...] Então a partir do momento que saiu dali, já não fica mais responsável, já não sabe para onde o AME encaminhou ou o CAPS, se ficou aqui mesmo [...] Então a gente perde esse vínculo mesmo. A responsabilidade acaba a partir do momento que ele sai. É só o interesse da gente em perguntar na casa. (Grupo ACS II).

A não ser que ele seja muito faltoso, aí o CAPS liga avisando, alguma coisa nesse sentido, “não foi pegar medicação, não foi pegar a fralda”, mas na questão de passar um retorno do que está acontecendo, eu nunca tive dos meus pacientes, eles ligam se o paciente está faltoso ou não foi buscar a medicação, essas coisas, mas o retorno de como está sendo o tratamento, eu nunca tive do CAPS (Grupo ACS III).

[...] eu acho assim, de todos os pacientes de cada unidade, porque também não é muito que vai lá, que faz as terapias e tudo mais, a gente deveria ter um retorno, pelo menos uma vez na semana, uma vez ao mês, “oh, fulano de tal”, porque é todos os dias, eu tenho uma paciente que desde que eu trabalho vai lá todos os dias, ela vai todos os dias para tomar medicação e fazer a terapia ocupacional. Então eu acho que deveria da gente ter um feedback para saber se ela está conseguindo atingir o objetivo deles ali sabe, até para gente entender, porque ela também não sai da minha unidade. Então eu sei assim por boca dela, coisas aleatórias (Grupo Coordenadoras da ESF).

O contato realizado pelo CAPS com a rede básica limita-se a busca de informações dos usuários que deixaram de frequentar o serviço. Percebe-se que a ausência de retorno dos casos atendidos por esse serviço pode ser significada como a não responsabilização desses usuários por parte da ESF. Ademais, há o relato do desconhecimento do projeto terapêutico dos usuários em atendimento, do seu desenvolvimento e, sobretudo, da forma de lidar com esse sujeito em sofrimento.

Convém salientar que também é papel do CAPS realizar visitas domiciliares, bem como dar suporte técnico (supervisão e capacitação) às equipes da atenção básica, aos serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2002b).

Atividades impensadas pelos profissionais da ESF, mas em parte reconhecidas pelos profissionais do serviço, como no caso do apoio matricial:

[...] a questão do apoio matricial, que às vezes nós que trabalhamos em saúde mental, até temos que oferecer mesmo para as equipes de Saúde da Família, que no caso é os postinhos, que falta mesmo isso, às vezes até por uma falta, até uma... tem planos, nós até temos o projeto da gente fazer isso, em cada postinho a gente levar um, o que é o CAPS, o que é o transtorno mental, porque eles que encaminham para a gente. Então essa questão do encaminhar é muito importante, porque veja, isso que você falou com relação, tem casos que não tem chegar muitas vezes na gente, porque a gente já trabalha com a doença já, como já se diz, especializado, nós já saímos como secundários, o CAPS já secundário... (Grupo Saúde Mental).

E até em reunião com o secretário aquela vez, que foi aí que a gente lançou, de estar fazendo por setor, de estar preparando por setor para poder entender o que realmente o CAPS faz, assim, para poder explicar, está faltando entendimento no serviço. (Grupo de Saúde Mental).

Assim, o caminho planejado para o apoio matricial do CAPS à rede básica é o de reparar o desconhecimento, ou seja, ofertar informações sobre o serviço e os tipos de transtorno mental. É interesse observar que no estudo de Campos Onocko et al. (2009), constatou-se que as distorções e desconhecimentos dos profissionais da rede básica não interferem no número de pacientes encaminhados para a saúde mental. Diferentemente, Gonzaga e Nakamura (2015) associam o desconhecimento dos profissionais em relação ao CAPS III aos encaminhamentos “indevidos”. Todavia, as autoras apontam outras causas, tais como: a falta de escuta, a pressa em “livrar-se” do paciente ao encaminhar para o serviço especializado e a ausência de qualificação dos profissionais na área.

Conhecer o funcionamento dos serviços da rede de atenção psicossocial é um ponto imprescindível para se começar a pensar na integração da atenção psicossocial, uma vez que os profissionais da rede básica, especialmente, as coordenadoras ESF apresentam muitas dúvidas.

Porque depois tem o CRADAD lá também, que é outra coisa, mas que é inserido no CAPS também, não é?
É isso que eu estou falando, eles fazem a horta orgânica, faz a terapia e a noite eles vão embora.
Eles não vão embora, eu tenho paciente lá.
[...] mas assim, eu acho super errado nós dentro da rede, tem muitas coisas que a gente não sabe.
(Grupo Coordenadoras ESF).

Entretanto, limitar o suporte técnico/apoio matricial a ser oferecido pelo CAPS à rede básica a um trabalho informativo focado na doença, parece contribuir muito pouco para se começar a trilhar um caminho rumo à construção da atenção psicossocial.

É indispensável que se amplie a projeção dos caps ante as políticas sociais; faz-se necessário estender as ações e os espaços dos caps. Para tanto, é essencial poder estruturá-lo de forma a ocupar outros territórios, algo muito caro e desejável, no campo da atenção em saúde mental. Os caps precisam se inscrever, de maneira mais ampla, no processo de transformação social acerca da loucura (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014, p. 297).

Nesse sentido, o grande desafio do CAPS é se lançar fora dos muros da instituição, não apenas para realizar capacitações formais, mas para se vincular a noção do território, onde a vida é produzida, às práticas cotidianas dos serviços (FERREIRA et al., 2016). É interessante verificar que o papel de identificação dos recursos do território é atribuído, única e exclusivamente, ao agente comunitário, como se o CAPS não fosse também um serviço de base territorial.

[...] na minha visão eu penso assim, que um agente comunitário, ele não tem só que levantar dados porque toda comunidade tem seus recursos, e quem está valorizando esses recursos, quem está indo atrás para ver o que essa comunidade pode oferecer para que ele não... que nem o nosso paciente [do CAPS] que mora ali por exemplo, que outro tipo de atividade que está tendo que ele pode ser inserido, que ele pode participar, que ele pode trabalhar socialização e tudo mais. Quem está identificando isso? (Grupo Saúde Mental).

Esse relato exemplifica bem um dos maiores dilemas quando se aborda o trabalho em rede – as atividades afins dos diferentes serviços, ou ainda, as atividades dos diferentes serviços sobre o mesmo objeto. No cuidado em saúde mental, por exemplo, temos a interface da rede de atenção básica, da rede de proteção social e do CAPS, todos serviços de base territorial, que têm em comum intervenções com a família. Para ampliar nossa discussão nessa direção convém trazermos para esse debate as interfaces entre os serviços da saúde com os da política de assistência social no cuidado em saúde mental. Convém mencionar que a assistência social juntamente com a saúde e a previdência compõe o tripé da seguridade social. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) visa por meio da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) garantir proteção social a todos que dela necessitam, com atuação em dois níveis de proteção: a básica destinada à prevenção de riscos e em situações de vulnerabilidade (como proteção social à família e promover a convivência e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários); e na especial, destina aos indivíduos e famílias que se

encontram em situação de risco social e com direitos violados em decorrência de abandono, maus tratos, abuso sexual, uso de drogas, situação de rua entre outros (BRASIL, 2004).

Os profissionais da atenção básica relataram constantes contatos com a rede socioassistencial, bem como algumas dificuldades para a realização de parcerias.

É porque assim, toda vez que a gente precisa de um apoio do social, a gente sempre encontrou dificuldade assim, em realização da visita das meninas para nos ajudar no caso, se eles vão lá, eles nunca, nunca assim é problema deles, é sempre da saúde, e quando vão, porque assim, todas as visitas que a gente solicitou era difícil a visita deles, assim a nossa parceria acaba sendo bem restrita, bem pequena mesmo, [...] a dificuldade foi de parceria mesmo, eles nos ajuda a solucionar, uma parceria pra solucionar o problema, eles iam lá, faziam o diagnóstico que a gente já tinha feito e ficava por isso mesmo, entendeu. (Coordenadora AB).

Eu também não fui atrás [retorno da Assistência Social], sabe o que eu falei, não vou mais abraçar o problema, não é [problema] meu, deixa se ele tiver problema de saúde eu vou interferir, agora a questão de moradia, questão social, aí infelizmente, eu não vou poder ajudar, eu tive que fazer isso. (Grupo Coordenadoras ESF).

Reconhecer que o setor saúde não dá conta sozinho de atender as necessidades a ele demandadas em sua integralidade já é sabido. Tanto que a intersectorialidade é uma das diretrizes do SUS voltada para a realização de um trabalho conjunto entre os diferentes setores determinantes da condição de saúde da população.

Sobre a intersectorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de prática e saberes requeridas pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006, p. 280).

Ilustrado pelos relatos logo acima, quando os serviços da rede socioassistencial apontam que o problema é da saúde, perde-se de vista que o objetivo essencial da PNAS é a garantia de direitos sociais, do qual a saúde faz parte. Da mesma forma, quando a saúde se omite diante de uma necessidade social, esquece-se da origem social e, portanto, econômica das necessidades de saúde e de que essas estão relacionadas a necessidades de um coletivo, assim, perde-se de vista a noção sanitária de risco, lembrada por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) e as pontuações sobre o processo saúde-doença abordadas por Laurell (1986).

O trabalho sobre o mesmo objeto gera dúvidas em relação a atuação de cada serviço diante de determinada necessidade, resultando, muitas vezes, em um trabalho

individualizado e não compartilhado. Geralmente, por possuir um maior contato com o usuário, a ESF é solicitada com frequência pelos serviços sociais para apresentar informações sobre as condições das famílias de seu território, tornando-se referência para outros serviços da rede, como o CAPS, em um “posto de informações”.

Não trabalham junto. É bem individualizado [serviços sociais]. É bem individualizado e assim acaba contando, não sei se vocês entendem, fala “ah, eu quero para hoje”, eu vivo ligando aqui, eu vivo pedindo auxílio porque eu enquanto enfermeira, eu não consigo resolver certos problemas, eu não tenho acesso porque eles batem na unidade porque é mais próximo da casa deles, “olha eu preciso disso, como é que está aquilo”, e a gente não tem acesso porque é sigilo deles, programa de proteção, habitação, qualquer coisa assim, eles vão na unidade porque é a referência deles, eles nem sabe, são desorientados. Então a gente tenta fazer o intermédio, fazer a ponte, eu faço muito isso e aqui [CREAS] eu não tenho, eu não posso ter acesso, mas quando eles precisam levar para promotor, os relatoriozinhos, é... o meu nome que vai lá com o carimbo, aí os pacientes vai nas audiências, tem muito disso, não tem? [olha para o grupo] e depois eles chegam vindo questionar a mim, então quem fica expostas somos nós, é meu carro que está na porta da unidade, é teu filho que está na creche que pertence, que chegam a ameaçar a gente. Então assim, é bem crítico, não sei se é porque é pequeno, é diferente das outras, mas eu acho muito crítico [...] (Grupo Coordenadoras ESF).

Ocasionalmente, o encontro que existe é quando as coordenadoras da ESF são convocadas para participarem das reuniões da rede socioassistencial.

É... eles fazem tudo o movimento, chama os agentes comunitários e a enfermeira, “ah vai ser todo uma estrutura, um trabalho com uma pessoa mesmo, com a família”, não existe nada, muito vago. Mas eu acho que é... na minha opinião, pela assim, pela falta de conhecimento do profissional, tipo assim, não sabe nem o que é rede, não sabe, aquele dia eu senti, quem estava ali não sabe o que, todo o assunto ali da reunião, só fala em rede, só fala em rede, mas eu acho que ninguém sabia o que significa rede [ri] não sabe, não é assim. É porque é muito limitado, eu já participei uma vez, quando me chamaram eu achei que ia ter, então é uma criança, mas ia ter toda a rede que poderia oferecer alguma coisa para ele e para a família, não tem isso, já vai determinar tudo, só o social e você, “você conhece a pessoa?”, “eu conheço”, só para falar as coisas se conhece.[...] Olha não é decisão porque eles já vêm com uma estruturação.. É informativo... A gente só passa informação. [...] É determinado o que a gente vai fazer...

Pega uma família lá, do meu paciente e eles falam assim, você está convidada para a reunião de rede, aí chega aqui eu, ela discutindo sobre a coisa, eu não sei nem o que eles estão falando, o que que está acontecendo, e discutindo o que que tem que fazer com a criança ou com a pessoa. Na minha opinião isso não é reunião de rede... mas eles falam que é reunião de rede... (Grupo Coordenadoras ESF).

No estudo sobre a intersetorialidade entre a saúde e assistência social, Pansini (2011) identificou a falta de diálogo entre os setores como o fator determinante para o não desenvolvimento de ações conjuntas. Nas poucas ações observadas entre os dois setores, a autora observou “o caráter de focalização e seletividade, em detrimento da perspectiva de direito social, de universalidade e de integralidade” (p. 208). Achado que vai ao encontro dos relatos acima, nos quais permitem observar o cunho pontual das ações, bem como o papel passivo e informativo de que se reveste a participação dos profissionais da ESF nesses espaços.

Diferente da significação e da relação de profissionais dos serviços de saúde mental no trabalho com os serviços socioassistenciais.

Faço parte da rede social [...] “gente, todos os que passam lá, crianças e adolescentes, infelizmente, passa pela saúde mental”, é até um agravante, sempre tem, se não é uma questão de droga, é questão de transtorno, está associado [...] Por exemplo, eu vou falar assim, enquanto frequento, aqui por exemplo na rede social, eu tenho percebido melhoras nas relações entre os profissionais, isso em [município da pesquisa], é... por exemplo, até ontem nessa audiência concentrada, estava a rede social, coisa que nunca aconteceu até advogada entrou e falou assim “Ahh [fez expressão de assustada]”, porque lá é sempre o juiz, é a coisa, os réus, aquele monte de gente era psicóloga, todos os setores, tinha representante da saúde, da educação, tinha da casa lar, tinha do CREAS, todo representante da rede estava ali, conselho tutelar. Ela, tipo assim, “eu entrei no lugar errado”, aí ela sentou, aí todo mundo depois falou quem era, então isso nunca aconteceu, então eu falei “olha a rede nunca participava”, então eu vejo que [XX] é sempre existiu os serviços, mas era assim, o CRAS faz isso, encaminha e leva, o CREAS...

E reforçar quando a gente está reforçando também, que é uma coisa bacana isso, da gente reforçar, nos grupos e nas oficinas a gente faz isso, é... fala da importância de quando a gente está encaminhando eles para outros serviços, que é muito bom porque eles já estão melhores, então quando ele está aqui é... “olha..”, a gente dá exemplo, “oh fulano só está vindo uma vez porque ele está indo quatro vezes lá no CRAS nas oficinas, lá” ou então ela está na UNATI, isso é saúde [...].
(Grupo Saúde Mental).

Destaque para dois aspectos. Primeiro, da participação relatada nos espaços da rede social. A profissional que fez esse relato é a que acumula várias atividades em diferentes serviços (Ambulatório de Saúde Mental, CAPS e RT). Além disso, é a profissional representante da saúde nesses espaços de discussão. Podemos perceber que ela é a profissional de referência quando se fala em saúde mental no município. Fato que guarda aspectos positivos e negativos. Positivo no sentido que articula ações entre os serviços e espaços que participa; negativo, uma vez que centraliza em uma única pessoa essa experiência

de troca, não possibilita a participação de outros profissionais, além de tornar frágil tais articulações, haja vista que não as institucionaliza.

O segundo aspecto a ser salientado é em relação ao encaminhamento dos usuários de saúde mental para outros serviços. Se por um lado, essa desvinculação dos CAPS é extremamente significativa, do ponto de vista da inclusão social, por outro, mostra que a lógica do encaminhamento é preponderante, sendo ainda muito forte a segmentação das políticas públicas e a cultura da setorialidade das ações, com nenhum relato de trabalho conjunto entre os serviços territoriais.

Isso fica evidente quando nos deparamos com casos mais complexos:

No caso dela, se diagnosticado três deficientes [transtorno mental], o casal idoso [...] Esse caso tinha que ir para o social e achar uma família para dividir com eles essa situação, mas aí você entra, vamos supor tem que procurar a família para dividir e entregar, na minha opinião, na minha opinião. [...] porque se acontecer qualquer coisa lá, a Saúde da Família não fez nada.

Então essa tem transtorno mental. Eu já pedi para o social, fica dentro do quarto e assim, fica a irmã dentro do quarto e o irmão fica do lado de fora tentando pegar a irmã...

Até está, mas sabe o que acontece, hoje diminuiu as internações porque esses casos aí, eu tenho um, eles não conseguem mais interagir, eu não sei se eu estou falando besteira, não sei se falta mais acompanhamento, ele tem que ter uma inclusão melhor para conviver, aprender a viver em sociedade e... antigamente era muito fácil mandava para o hospital e o hospital de emergência psiquiátrica em [XX], hoje acabou essa referência, disse que é... quer destruir, não teve a reforma antimanicomial, é mais CAPS agora, é mais terapêutico e eu não sei o que falta...

Na minha opinião o que falta, eu acho que, em [município da pesquisa] a gente não tem o apoio social [...] Que seria o CAPS, o social e o PSF para acompanhar essa família.
(Grupo Coordenadoras ESF).

O caso relatado é o de uma família da área rural, composta por um casal de idosos com três filhos com transtorno mental. Percebe-se como a complexidade da situação gerou uma polarização entre as coordenadoras da ESF, de práticas normativas até a da necessidade do trabalho conjunto entre os serviços.

Como já comentado a família é objeto comum dos três serviços aqui mencionado. A inclusão da família no cuidado dentro da perspectiva psicossocial é algo complexo, até porque, no modelo hospitalocêntrico, ela ocupava o papel de informante passivo, enquanto no contexto de desinstitucionalização passou a ser co-responsável na tarefa de cuidar, algo que

não é tão simples (MIELKE et al., 2010). Considerando que esse “cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções” (BRASIL, 2013, p. 64). Diante disso e da falta de apoio pela ausência de corresponsabilização das equipes nesse cuidado, a proposta psicossocial tende a soar sob “o jargão da ‘desassistência’ – a priori suposta como efeito das ações de Atenção Psicossocial e da Luta Antimanicomial – e tirando proveito das dificuldades impostas pelo próprio PPHM⁶¹ às ações psicossociais” (COSTA-ROSA, 2013, p. 97).

Ainda mais para os profissionais da área da saúde que são capacitados a fazer o diagnóstico e propor a terapêutica. Bem prático e simples, como a proposta de uma das coordenadoras em dividir os filhos entre a família extensa. Lancetti e Amarante (2008) atentam para o fato de se abandonar a ideia de família desestruturada.

O que interessa para compreender o grupo familiar é perceber de que maneira ele está estruturado. Quanto mais patológico o grupo familiar, mais estruturado. A intervenção de saúde mental provoca uma desestruturação e uma re-estruturação [...] Exemplo: uma pessoa tem infecção urinária, toma antibiótico durante sete dias, depois realiza exame, o caso “fecha”. Nos casos de saúde mental, quando um paciente de uma família melhora, outro descompensa, os casos nunca “fecham”. O sintoma não se elimina, o sintoma circula (p. 632).

Por isso é fundamental o trabalho conjunto dos serviços territoriais para compreender e atender as necessidades desse núcleo familiar, o qual também é ao mesmo tempo parte da rede social e objeto de cuidado. Lançar mão dos dispositivos como acolhimento e escuta, a fim de criar vínculos é o caminho apontado para a sua inclusão no processo de reabilitação psicossocial (MIELKE et al., 2010).

Assim, as análises possibilitam apreender como a ESF encontra-se à margem da rede de atenção psicossocial, uma vez que pouco conhece os dispositivos da rede, não houve relato de integração entre ações dos diferentes serviços, cumprindo um papel burocrático de encaminhar/medicar e de informante passivo.

⁶¹ Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador.

7.2.8 As limitações e potencialidades da atividade do ACS para a atenção psicossocial

A “voz” dos agentes comunitários de saúde nesse estudo foi muito significativa, visto que foram três grupos compostos por esses profissionais. Não só aqui, mas a expressividade dos ACS já é fato no campo da saúde. Atualmente, esse profissional está presente em 5.500 municípios do Brasil (98,9%), atingindo um número de 266.335 agentes comunitários (BRASIL, 2016a).

O agente comunitário de saúde foi inserido no trabalho da saúde, pontualmente no final da década de 1980, no Estado do Ceará, para atender vítimas da seca por meio de um programa emergencial. No ano seguinte do início desse trabalho, o programa foi desativado e, logo em seguida, retomado já na forma de Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em virtude dos resultados surpreendentes alcançados na área materno-infantil. Assim, em 1991, o Ministério da Saúde formalizou o PACS, estendendo aos demais estados do Nordeste e seguiu a sua extensão para todo o país, com a inserção do ACS nas eqSF a partir de 1994 (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

A regulamentação da profissão ocorreu somente em 2002 (Lei 10.507), a qual estabeleceu os requisitos obrigatórios para o seu exercício, tais como: 1) residir na área da comunidade em que atua; 2) conclusão do curso de qualificação básica para formação de ACS com aproveitamento satisfatório; 3) conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2002b). Vale lembrar, que a própria legislação dispensa o terceiro requisito para os que já se encontravam em exercício, tendo em vista que esse não era um critério para o trabalho. Segundo Lavor, Lavor e Lavor (2004) o critério para seleção das primeiras ACS era a facilidade na comunicação e relação com os vizinhos. “Essas mulheres tinham pouco estudo, sendo algumas delas analfabetas” (p. 122).

Nogueira, Silva e Ramos (2000) recordam que o agente comunitário foi idealizado sob dois aspectos fundamentais: 1) possuir identidade com a comunidade e 2) ser o pendor para a ajuda solidária, visando melhorar a competência da comunidade no cuidado com a sua própria saúde. Os autores ainda destacam que “[...] o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia *humana* ou *cultural* a seu perfil ocupacional, e isto é justamente o que o transforma num recurso humano fora do comum” (p. 07 – grifos dos autores). Desse modo, os autores definem os agentes comunitários em saúde como um trabalhador *sui generis*.

No momento dessa discussão ainda pairavam algumas indagações sobre o pertencimento do ACS a um grupo profissional, especialmente, ao da enfermagem. Com a

criação da sua profissão, esse trabalhador ganhou o *status* de um profissional da saúde, considerando o âmbito das suas atividades⁶², mas, por outro lado, perdeu a essência do seu pertencimento comunitário⁶³. Isso refletiu nos debates acerca da construção de sua identidade ocupacional-social em estar mais próximo de um agente institucional ou de um agente da comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Mas é inegável o fato que esse profissional se tornou o grande diferencial do modelo brasileiro de APS. Percebe-se a sua importância pelo número crescente de profissionais, bem como a relevância do seu trabalho em propiciar uma ampliação do acesso da população à assistência em saúde, considerando que dentre suas principais atividades encontra-se a vigilância e a promoção da saúde.

[...] é um trabalho de muita importância, eu acredito que o agente de saúde, quando foi instalado no Brasil em si, é... começou a ter uma promoção muito grande na saúde, uma vez que muita gente não procurava o atendimento, às vezes sei lá, por vergonha, por comodismo mesmo, pode se dizer e o agente devagarzinho vai... amaciando o paciente [risos] para conseguir levar até o Centro de Saúde. (Grupo ACS III).

Dentre suas principais ações está a de ser o elo de ligação entre o serviço de saúde e a comunidade. Nessa concepção de ampliar e fortalecer esse vínculo serviço-comunidade, o papel do ACS visa incorporar a competência cultural à atenção básica, visto que aproxima a cultura e o conhecimento da população dos saberes profissionais. Desse modo, eles têm como tarefas centrais levar para a equipe as necessidades de saúde apresentadas pela população, bem como levar à população as orientações da equipe de prevenção, do uso dos serviços de saúde entre outras informações (FURLAN, 2010).

Para algumas coordenadoras há limitação de alguns ACS para realizar essa mediação entre serviço-população:

Oh, sinceramente hoje, eu acredito que os agentes são muito limitados, eu acho assim, hoje vai lá falar de dengue, ele vai lá e fala de dengue... É... enquanto você não falar assim, “hoje você vai falar que tem vacina sábado” aí ele vai falar da vacina e esquece de falar da dengue, então ele é assim, ele é aquilo, então eu acho que ele até consegue, porque se... porque se ele olhasse corretamente os medicamentos, sentar, conversar, ouvir, que é o que

⁶² “[...] desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente” (BRASIL, 2002b, p. 01).

⁶³ Na primeira regulamentação do exercício profissional dos agentes comunitários de saúde, o Decreto 3.189, de 04 de outubro de 1999, em que fixou as diretrizes para a sua atividade, explicitava em seu art. 3º que “O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os requisitos mínimos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, 1999, p.01).

a gente faz, o paciente nem ia chegar em nós, porque às vezes a gente vê assim “ah o agente, o mocinho passou na minha casa e mandou eu vim aqui conversar com você”, mas tipo assim, mandou vim conversar comigo pra quê? Mas eu falo assim, “mas o que que o senhor precisa, do quê? É um curativo, é uma receita, o que que é?”, “não, é só porque eu não passei muito bem”. Então assim, faltou escutar, entendeu? Eu acho que eles estão preocupados em “assina aqui que eu vim aqui e pronto”, então assim, não dá atenção que precisa, então eu acho que hoje não tem, não sei das meninas.

Os meus eu falo porque são meio, igual você falou limitado, porque assim, fala alguma fala nesse sentido, fala assim “vai lá conversar com a enfermeira”. É isso, “aí ela vai ver se você tem que passar no médico, psicólogo, vai resolver seu problema”. [...] Por isso que eu falo, parece que eles não têm esse comprometimento, não sei, não é que tudo eles não sabem, eu acho que eles sabem, eu acho que é... não sei..

Eu acho que é um pouco falta de vontade mesmo. [...] Não precisa ser nenhum profissional especialista para sentar na casa e ouvir o que o paciente...[precisa]
(Grupo Coordenadoras ESF).

Se para algumas coordenadoras a limitação dos ACS se relaciona à falta de escuta e comprometimento, para outras, essa questão associa-se à falta de formação, educação permanente/continuada.

Eles são comprometidos nesse sentido, eles até, eu acho que de ficar, naquele assunto, falta de uma educação permanente, ativa que mude por exemplo, vamos falar, hoje nós vamos falar do diabetes descompensado, os assuntos que mais eles convivem, dentre eles o portador da saúde mental. É... então, eles sempre faziam aulinha lá na minha unidade, o dia que fechava, a doutora trazia uns slides e tal, um assunto que eles, entre eles em comum acordo, “doutora você pode fazer uma aula para nós de DST”, por exemplo, uma coisa rápida, sucinta e básica, para eles terem um entendimento, porque eles vão lidar com isso no dia a dia. Então eu acho que falta, até de repente da minha parte, mas não tem tempo, de estar levando mais informações ou voltar a fazer isso, “oh, qual assunto vocês querem que a gente aborda de novo”, porque eles têm dúvidas, porque o doutor [XX] fez no final do ano retrasado, lembra? Eles adoraram, nossa, gente rendeu tanto, inseridos os pacientes, foi uma aula sobre diabetes, e esse, ele é endócrino aqui no município, ele tem uma didática para explicar e passar, os agentes, pelo menos a minha unidade adoraram, se interessaram, passou, trouxe novos casos e identificam com bastante facilidade.

Eu acho que falta um trabalho mais efetivo do termo de capacitação deles e... como que eu falo de reciclagem. A gente fala que agente comunitário de saúde tem prazo de validade, eles têm e aqui eles são concursados, vai vencer e vai ficar, então eu falo assim, tinha que ter mais reciclagem, mais...

Divergência de opiniões, acho que cada um dá um valor diferente, por exemplo, é... a gente manda nossos pacientes para a rede terceirizada, então a gente manda com guia de referência, então a gente recebe a guia de contrarreferência que vem do AME, vem assim, constante, são vários

pacientes encaminhados, [para] vários agentes comunitários, aquilo são simples papéis, conflito é enorme para guardar, eles não dão importância para isso. Então eu acho que é falta de conhecimento, nível de conhecimento do agente, para ele assumir essa função é exigido acho que ensino fundamental no concurso?

Em relação a visão das coordenadoras da ESF sobre as limitações do ACS, no primeiro bloco, em que as profissionais atribuem à falta de escuta para identificação das necessidades, por isso encaminham casos desnecessários para a unidade, um aspecto a se questionar é: o que a equipe entende como necessidade ou problema de saúde? Ou ainda, o que as coordenadoras da ESF entendem como necessidade: um curativo, uma receita? Parece haver um dissenso entre a visão da equipe e a do ACS. Furlan (2010) faz uma análise disso, em que desvela as implicações que esse tensionamento pode gerar para a prática do ACS:

Quando o ACS identifica determinados problemas de saúde, espera-se que a equipe seja capaz de pegá-los também como problemas. [...] O ACS, com a tendência a se identificar com a equipe e assumir progressivamente a mesma concepção, vai identificar os problemas na medida em que sente como e de que forma a equipe responde ao que traz para discussão. Algumas vezes, os ACS contam à equipe uma informação sobre a história do usuário, algo que julgam relevante para composição do raciocínio de um Projeto Terapêutico, mas sentem que sua contribuição não ‘ecoa’ nas pessoas da equipe, o que faz parecer que não era relevante. Assim, tendem numa próxima vez, não reportarem mais à equipe, entendendo que não é de responsabilidade deles e/ou do serviço de saúde (p. 374).

Isso pode decorrer ainda no outro aspecto levantado, o descomprometimento do ACS, observado pelo seu fazer “automatizado”. Cabe trazer aqui duas visões de profissionais que fizeram parte da rede (coordenadora da AB e o médico M2) que se distinguem na explicação desse processo:

Assim, acho que a dificuldade deles abordarem o usuário, a dificuldade de tá tendo um retorno, um feedback do... do agente trazer o problema mesmo, porque assim, cai numa rotina que eles não têm um olhar tão amplo como se nós enfermeiros tivéssemos indo na unidade, a gente consegue ter um olhar mais amplo. Eles assim, fica muito robotizado, vai lá faz aquelas perguntinhas de praxe, então assim acho que a maior dificuldade nossa mesmo é tentar mudar o olhar do agente comunitário pra... para um olhar voltado para a prevenção mesmo e levantamento de problemas para a gente tentar solucionar. Essa é a maior dificuldade hoje. (Coordenadora AB).

[...] a recomendação na implantação da Estratégia de Saúde da Família que o agente comunitário seja alguém pertencente aquela comunidade, isso nunca foi respeitado, [...] se eu não me engano, tinha seis agentes comunitários e dois só que eram da região que eu atendia, os outros eram de fora. Então falar “como que fica isso? Qual que é?” [...] o agente de saúde que é o olho

da equipe na comunidade não está enxergando porque ele não sabe o que ele tem que procurar, então eles viraram agendador de consulta, entregador de remédio, é uma coisa muito... E os agentes comunitários foram perdendo a noção da importância que eles têm nesse sistema, começaram a se sentir diminuído, o trabalho deles é um trabalho xoxo, mecânico, fica lá fazendo as visitinhas, contando mosquito em poça d'água, sei lá, mas preenche umas tabelas e entrega lá e tá bom, fiz tantas visitas, não tem, porque não tem a preparação, não tem a preparação. A Secretaria de Estado da Saúde é... tentou fazer uma preparação enquanto andava, não pode dizer que não foi feito nada, mas implantou a unidade com todos os seus vícios e ao longo lá de alguns meses, então tinha uma reunião lá semanal, mensal, [...] só que esse treinamento, é um treinamento pré-implantação, então o PSF está rodando alguns meses e aí começou o treinamento pré-implantação, que não atendia as demandas e as necessidades que as pessoas estavam tendo ali, isso também era um negócio que era muito engraçado, [riso]. M2

Embora ambos citem a rotina do trabalho como um obstáculo para a ampliação do olhar do ACS, a coordenadora da AB o compara ao olhar do enfermeiro, apontando como desafio mudar apenas a visão do agente. O médico faz algumas críticas à rotina, que transforma o agente em mero “agendador/entregador”, mas aponta em sua análise alguns aspectos do contexto local, que nos ajuda a compreender melhor, como a ausência do pertencimento à comunidade e o da formação introdutória vir após a implantação do serviço, por isso não atender as necessidades vivenciadas pelos profissionais naquele momento, tornando-se totalmente desconexa com a realidade.

Pelo visto, todas as saídas recaem na formação. Aspecto também citado pelo segundo grupo de coordenadoras da ESF em relação a essa questão. Mas, qual formação? Como vimos, no início da atuação desse profissional, a escolarização não era uma exigência, uma vez que o foco de suas ações privilegiava o pertencer à comunidade e o âmbito relacional. Mas, atualmente, os conhecimentos e as habilidades tornam-se cada vez mais exigidos para um bom desempenho dos agentes comunitários de saúde (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

O curso introdutório sempre foi previsto pelas Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012a) e de Educação Permanente (BRASIL, 2007), enquanto uma recomendação antes do início das atividades de toda a eqSF. Mas, considerando a inexistência de uma formação específica para os ACS, em 2004 houve um movimento para elevar a escolarização propondo uma formação técnica para os agentes comunitários, com referencial curricular organizado, carga horária de 1.200 horas, dividido em 03 etapas. As Redes de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) são as responsáveis por essa

formação. No entanto, o requisito de escolaridade para exercício profissional manteve-se o mesmo, o nível fundamental (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Até o momento, tem sido difícil garantir a formação técnica completa em âmbito nacional. Uma das argumentações contrárias à realização do curso técnico em suas três etapas se fundamenta na Lei de Responsabilidade Fiscal, dado que esses trabalhadores, ao se tornarem técnicos, poderiam reivindicar aumento dos salários. Na maioria dos estados, parte dos ACSs realizou apenas a primeira etapa desse curso técnico. No momento do término da pesquisa, algumas das exceções eram os estados do Tocantins e do Acre, onde o curso foi finalizado em suas três etapas, e uma turma da EPSJV, que concluiu as três etapas em julho de 2011 (BORNSTEIN; DAVID, 2014, p. 110).

Recentemente, foi lançada a Portaria 243, de 25 de setembro de 2015 que dispõe sobre o conteúdo⁶⁴ para o curso introdutório de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. No caso do ACS, o objetivo com essa explicitação dos conteúdos é propiciar a capacidade de vínculo do ACS com a eqSF e com a comunidade; sensibilizá-lo para os aspectos socioculturais da comunidade, bem como capacitá-lo no manejo dos instrumentos da sua atuação cotidiana na prevenção, controle de doenças e promoção da saúde, e por fim, responsabilizá-lo no desempenho da função pública (BRASIL, 2015).

Vários ACS participantes da pesquisa, especificamente os mais antigos, relataram ter participado do primeiro módulo desse curso técnico; outros somente da capacitação inicial, e ainda, um relatou não ter participado de nenhum momento de formação:

Esse daí que eu e a [XX] fez foi tipo um cursinho técnico, só que até hoje eu não vi nem a sombra do, do diploma, certificado não sei, só que a promessa foi, que foi um curso técnico, foi um ano de... [...] Até hoje o [módulo] dois não veio não. (Grupo ACS III).

[...] deu um curso para a gente de meio, uns três meses e a gente foi para campo (Grupo ACS II).

[...] eu não tive nenhum treinamento para ser agente de saúde, até hoje, faz quatro anos que eu estou na Prefeitura, eles não têm como falar, “não, agente de saúde não faz assim”, “peraí, como agente de saúde faz?”. Não que eu estou me, mas eu tipo assim, eu acredito no dia a dia, a [XX], a turma que entrou junto comigo, a maioria teve um treinamento, teve um curso de capacitação, devido eu ser homem, e um preconceito estabelecido por parte da coordenação, eu não tive direito de participar do curso. [...] foi escolhido

⁶⁴ O Curso Introdutório de Agentes Comunitários de Saúde deverá contemplar os seguintes componentes curriculares: I - Políticas Públicas de Saúde e Organização do SUS; II - Legislação específica aos cargos; III - Formas de comunicação e sua aplicabilidade no trabalho; IV - Técnicas de Entrevista; V - Competências e atribuições; VI - Ética no Trabalho; VII - Cadastramento e visita domiciliar; VIII - Promoção e prevenção em saúde; e IX - Território, mapeamento e dinâmicas da organização social (BRASIL, 2015).

alguns e o meu nome não foi escolhido porque eu sabia que tinha preconceito comigo porque eu era homem, porque eu sai de um serviço no ponto de vista dela, eu fui ser, eu entrei nesse serviço para ser vagabundo, eu entrei nesse serviço para ser atoa (Grupo ACS III).

Se verificarmos a escolaridade dos ACS (conforme o Quadro 5 - Caracterização dos participantes dos grupos focais), comprovaremos como se destoa da exigida para a função, não havendo nenhum profissional que se apresente apenas com ensino fundamental. Dos 24 ACS participantes: 42% possuem Ensino Superior Completo⁶⁵, 12% Ensino Superior Incompleto⁶⁶, 4% Ensino Técnico (Enfermagem) e 42% Ensino Médio. O percentual de ensino superior, considerando o completo e incompleto, é muito excedente ao encontrado por Santos et al. (2011), que foi de 21,1% de ensino superior incompleto.

Esses dados nos atentam não só para a disparidade entre o nível de escolaridade exigido e o apresentado pelos participantes, mas provoca inúmeras indagações em relação aos motivos que aproximam esses profissionais dessa atividade, se têm ou não afinidade, ou ainda, o momento em que essa escolha ocorreu, se antes ou depois da formação superior. Vários profissionais relataram desconhecer a profissão no momento que fizeram a escolha, mas que ao longo do trabalho foram se identificando. Outros relataram como atrativo a possibilidade do vínculo público.

[...] eu trabalho como agente de saúde, não é uma profissão que eu escolhi [ri], eu trabalho porque é um objetivo pessoal, é um caminho para alcançar algo que eu queria, então... eu precisava que o meu marido conseguisse transferência no Estado e eu tinha que está na Prefeitura, de qualquer coisa, então eu passei no concurso e assumi o cargo por isso (Grupo ACS I – Letras).

Trabalho como agente comunitário de saúde, não é o que eu escolhi, mas assim, procuro fazer com importância, acompanhar os pacientes, visitar (Grupo ACS I – Pedagogia).

“Trabalho como agente comunitário de saúde porque...”, é lógico que primeiramente é porque eu passei no concurso, e hoje eu amo o que faço, gosto muito do que eu faço (Grupo ACS II – Matemática).

[...] eu trabalho como agente comunitário de saúde porque aconteceu, não sei, prestei o concurso, não sabia direito o que era agente comunitário, a maioria das profissões a gente aprende trabalhando mesmo (Grupo ACS II – Pedagogia).

⁶⁵ Em diferentes áreas: Enfermagem, Letras, Pedagogia, Serviço Social, Educação Física, Matemática, Biologia, Direito.

⁶⁶ Administração e Pedagogia.

[...] eu trabalho como agente comunitário de saúde porque gosto de trabalhar com pessoas (Grupo ACS III – Direito)

[...] trabalho como agente de saúde comunitário porque na realidade eu prestei o concurso e não sabia direito do que se tratava o cargo, mas também eu não me arrependo (Grupo ACS III - Biologia).

Conhecer os motivos que aproximaram os profissionais dessa atividade nos leva a compreender um pouco a construção da identidade desse trabalhador na realidade local. Embora não tenha sido esse o foco da nossa pesquisa, cujas narrativas apresentadas acima fizeram parte de uma atividade de aquecimento (Frases para completar) antes de iniciar as discussões nos grupos focais, esse é um aspecto fecundo para posterior aprofundamento, sobretudo, considerando a caracterização do perfil apresentado e a identidade profissional do ACS.

O aprendizado na prática relatado por um dos ACS acima é uma significação forte na profissão. Muitos ACS relatam terem aprendido a profissão com os colegas mais experientes, não mencionando os cursos e capacitações na área. Da mesma forma, Filgueiras e Silva (2011), constataram a valorização da experiência na prática para o desempenho no trabalho de ACS. Corroborando os nossos achados:

Mesmo porque quando nós entramos lá, eu e a [XX], e a [XY] já estava, a [XY] sabia, ela sabe, porque ela já é bem antiga [risos] porque a gente procurava ouvir ela, porque ela sabia das coisas, o que ela falou para gente sempre era o certo. [...] É, a [XY] lá no posto é mais experiente. Tudo às vezes procura tirar dúvida com ela, agora com a [XZ] também. (Grupo ACS I).

Em parte, tal significação se explica devido ao fato de não haver uma prévia profissionalização, que ainda nem se consolidou em uma formação profissional. “Assim, diante da ausência de um saber instituído, o profissional ACS age em função de sua experiência de vida e do seu perfil social [...]” (MENDONÇA, 2004, p. 359).

Trazendo essa reflexão para o campo da pedagogia do trabalho, a condição do trabalho do ACS liga-se a execução de tarefas na prática, assim como a significação do seu ensino, o que lhe proporciona tanto uma concepção fragmentada da sua ação de trabalho como impossibilita a elaboração científica da sua prática (KUENZER, 2002).

Isso dificulta a discriminação, de maneira profissional, das revelações acessadas na comunidade, de modo a afastar o caráter de “fofoca” em que circula e/ou uma atuação que beira o campo da “boa vontade” e não profissional (FURLAN, 2010). Levantando as

discussões acerca do perfil profissional do ACS, as profissionais da saúde mental tocaram nessa questão como limitante para a atuação:

[...] Porque como não tem esse cuidado, de perfil também, nós temos muito problema com agente comunitário, não tem perfil, e também às vezes tem problema no bairro, ele passou como agente comunitário ali, mas ele não é benquisto ali naquele, porque tem isso, o agente comunitário vai na sua casa. Eu falo porque eu já ouvi depoimentos disso, então o agente comunitário, ele fala “não posso nem levar porque ele não...”, ele não entende aquele papel dele, talvez por desconhecimento mesmo, que ele é a porta de entrada, ele pode ser uma profissional de muita ajuda ali... [...] então... é... aí não tem essa seriedade que aí vira como fofoca e não como um trabalho... (Grupo Saúde Mental).

Marzari, Junges e Selli (2011) problematizam essa questão, recorrentemente denominada de perfil. Os autores discutem dois tipos de perfil para o ACS: o primeiro, vincula-se a figura do líder comunitário, promotor da conscientização, mobilização e organização social na comunidade, tendo a saúde como produção social e direito; e o outro, voltado para uma formação técnica dentro dos padrões esperados e trabalhados pela equipe de saúde, a partir das necessidades individuais de saúde e dentro dos objetivos instituídos pela unidade. Silva et al. (2015) atentam para as distorções que esse segundo perfil causa no planejamento de processo formativos, cujo foco é, estritamente, as patologias.

[...] capacitações que visam sanar lacunas de conhecimento técnico geralmente correm o risco de desvalorizar as experiências vivas do território e/ou partem do pressuposto que fortalecer o papel estratégico do ACS em ações da ESF é supri-los com manuais informativos sobre os mais diferentes assuntos (p. 58).

Tal concepção, também observada nos nossos dados, tende a valorizar a dimensão biológica do processo saúde-doença, com o intuito de habilitá-los na identificação de doenças, desconsiderando sua potencialidade enquanto agente terapêutico no processo de cuidado. “Os agentes comunitários de saúde tenderão a identificar principalmente aqueles problemas de saúde apontados como prioritários pelos programas oficiais e não a partir de necessidades populacionais locais” (FURLAN, 2010, p. 373). Um exemplo disso é o relato da abordagem de um curso (Caminhos do Cuidado) na área da saúde mental:

Foi uma das falas assim, que a gente identificou no curso, legal, tem que ter isso, tem que encaminhar a... de uma maneira geral, a opinião de todos que estavam participando era uma só, só que há falha nesse trajeto aí, nessa cadeia... Só que não funciona [...] aquilo que a gente comentou no curso, de aí tem que fazer isso, tem que encaminhar, tem que acompanhar... [...] Até a gente comentou, foi comentado lá no curso do CAPS, que existe vários...

vários, tipos, segmentos, eu não lembro a palavra correta [...] tipos de CAPS, e, e... talvez assim, não são todos que deveria ser tratado nesse CAPS que tem aqui em [XX], mas é o que tem aqui... Isso, então... e talvez, talvez não, deveria ter mais para atender cada um, o seu tipo de doente. (Grupo ACS I).

Saúde mental assim, como tratar o deficiente [não]. Os tipos de deficiência, essas coisas. (Grupo ACS III).

Verifica-se que a hegemonia da dimensão técnica contribui muito mais para reforçar a ESF como o lugar do encaminhar do que para a responsabilização e o manejo do cuidado, além de causar uma visão distorcida na forma de compreender a rede psicossocial, entendida como deficitária por não ter todos os tipos de CAPS previstos para cada demanda.

Costa-Rosa (2013) alerta para esse discurso de “capseização”, em que trabalhadores centralizam apenas no serviço CAPS a atenção psicossocial, tornando-se um grande entrave para a construção de estratégias de atenção psicossocial (EAPS), as quais são transversais, ao passo que perpassam e transcendem as instituições, representando dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território.

Na Eaps os sujeitos das queixas e pedidos deverão sempre ser considerados a partir da sua inserção no Território. E mesmo quando forem alvos de ações específicas de Caps ou ambulatoriais diversas, nunca deverão deixar de estar adscritos à Estratégia Saúde da Família (ESF), e de participar das ações simultaneamente realizadas por ela; por isso a ESF deverá ser sempre a referência maior da Eaps (COSTA-ROSA, 2013, p. 95).

A constante busca de formação para o ACS faz perder de vista o essencial do seu trabalho – o vínculo. Como já dizia Lancetti (2001) o ACS tem poder vinculador muito maior que um psicólogo e um psiquiatra. Isso fica evidente na narrativa dos profissionais:

Os pacientes eles passam a confiar tanto no agente de saúde que não só desabafa e aceita [orientação] [...] Geralmente pessoas mais de idade, pessoas que até passou por psicólogo, fala assim, eu me sinto melhor falando com você do que a psicóloga [...] Porque a gente presta atenção neles [...] Teve uma que falou assim para mim, semana passada foi, “para quê ir na psicóloga se eu tenho você” [risos] (Grupo ACS I).

E eu perguntava o que que ele via, o que que ele sentia usando aquela droga, aí ele falava, “ah eu sinto isso, sinto aquilo, eu vejo não sei o que”, uns dá essa brecha, mas assim, a gente já está indo na casa há mais tempo, às vezes chega lá a pessoa está drogado. [...] Agora tem alguns cadastros lá na minha área que às vezes a mãe conta, que o filho usa drogas, eu sempre falo assim, “você conversa com ele”, eu visito uma família, que eu já sei que faz três anos, o filho é dependente de crack, ele não sabe que eu sei, ele trabalha, tem uma vida normal, você nem fala, você olhando para ele, você nem fala que é dependente, mas aí eu falo para ela, que tem ajuda, que a gente tem médico lá no CAPS, para ela conversar com ele, se ele quiser ajuda, a gente está à

disposição. Até hoje não procurou ainda, mas toda vez que eu vou lá eu bato na mesma tecla sabe, pergunto, ela fala assim “ele está usando crack”, mas foi a mãe que disse, porque também se a mãe não tivesse falado, eu não ia perceber, porque ele tem empresa aberta, tem firma aberta, você nem imagina que ele usava, mas se a mãe conta (Grupo ACS II).

[...] tem vínculo, eu acho que se a gente, tem os mais resistentes mais tem, se você for conversar para resolver, para ele te contar alguma coisa, você sabe aquele paciente que já, típico você, considera você uma amiga assim já, ele não, que contam outras coisas da vida, sem ser relacionada com o postinho, eu tenho alguns que já são considerados amigos, então eu acho que tem o poder (Grupo ACS II).

O vínculo acontece quando o ACS estabelece uma relação de confiança com o usuário, de forma que a comunidade o identifique como capaz de ouvir os seus problemas (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Lancetti (2001) utilizou o termo “amigo qualificado” como uma habilidade a ser desenvolvida nos ACS.

Mesmo quando as ações dos agentes comunitários de saúde se atêm no âmbito do senso comum (CAMPOS ONOCKO et al., 2009), é ele quem consegue promover algum movimento de cuidado em direção à perspectiva psicossocial.

[...] uma paciente que ia na nossa terapia [Oficina terapêutica], um dia ela chegou lá, um dia que nós estávamos fazendo uma confraternização, aí ela falou assim, que o dia que eu fui na casa dela convidar ela para ir para a terapia, ela já estava a ponto de cometer uma besteira. Aí eu falei, eu até comentei se ela ia em psicólogo, ela falou “para quê, para eles me dá mais medicação que eu tomo, eu vou me dopar com tanta medicação”. Aí foi que eu conversei, chamei ela, devagarzinho eu trouxe ela para nós e hoje você vê ela é uma pessoa normal, conversa, participa e não toma mais medicação e isso aí ela relatou no dia da confraternização (Grupo ACS I).

[...] ela nunca me contou, mas eu fiquei sabendo, ela bebeu vinte anos, vinte, trinta anos, ela foi bêbada, ela deitou com o irmão e teve um filho. Então ela não sabe que eu sei, mas eu fiquei sabendo. Então tipo assim, foi um trabalho, eu trabalhei cinco anos com ela, hoje ela não bebe mais, entendeu, ela fez um trabalho no CAPS mesmo [...] Então ela, numa época, de tanto a gente conversa, ela resolveu parar, hoje ela não bebe, ela está limpa faz uns quatro anos. [...] você ajuda ela a pensar num jeito de sair daquela situação, de um olhar diferente ela vai melhorar na outra parte também, entendeu. Eu acho que o psicológico atrapalha muito na saúde também. (Grupo ACS II).

Porque eu tive um paciente meu que ele perdeu a esposa há pouco tempo, aí ele falou “aí eu acho que eu estou com começo de depressão”. Aí eu falei “não, calma você vai, logo, logo você se recupera”, no primeiro mês estava assim, aí no segundo mês ainda estava triste, aí no terceiro mês ele já estava pensando em arrumar uma namorada [risos], já melhorou a situação, já acabou a depressão. Ele perguntou assim, se eu conhecia alguém, eu falei “eu vou ver se eu arrumo uma senhora”, aí nós brincou, [...] depende muito da abertura da pessoa, porque tem gente que passa por psicólogo e nem te

atende, porque não te atende e nem fala que passa, aí se a pessoa começa a comentar, aí você começa (Grupo ACS III).

Assim, o ACS passa a representar a porta de entrada para a assistência e o responsável por descobrir os recursos do território:

O agente de saúde é a porta de entrada [...] se ele pudesse assim ser, ser um acompanhar, porque ele vai às vezes, duas, três, quatro vezes, enquanto necessário, a gente contar com o agente comunitário, uma vez já contamos ali na [XX], tivemos um caso que quem dava a medicação em um período, ele frequentava o CAPS, naquele outro no final de semana, era o agente comunitário que ia lá e dava porque ele tinha um vínculo com o paciente bacana e aí então, isso é trabalho integrado (Grupo Saúde Mental).

[...] e quem está valorizando esses recursos, quem está indo atrás para ver o que essa comunidade pode oferecer para que ele não, que nem o nosso paciente que mora ali por exemplo, que outro tipo de atividade que está tendo que ele pode ser inserido, que ele pode participar, que ele pode trabalhar socialização e tudo mais, quem está identificando isso, é um olhar, eu percebo assim, o agente passa lá na minha casa e fala “todo mundo fez exame ginecológico”... [...] É dengue, mês que vem eu volto. Então é isso que acontece [...] Aquele artigo da pós do senhorzinho, que tocava... ele sempre reclamava de depressão e descobriram que ele tocava viola e aí começou dar aula para os meninos no bairro e foi a Estratégia de Saúde que fez isso, abriu uma escola no bairro (Grupo Saúde Mental).

Podemos perceber o potencial que as ações do ACS podem assumir, na concepção dos profissionais de saúde mental. Todavia, Silva et al. (2015) faz uma ressalva para a desresponsabilização da equipe frente as incumbências apenas aos ACS das práticas comunitárias.

É importante ressaltar que a ação do ACS só ganha real potencialidade quando integrada a dos demais profissionais da equipe.

A ação dos agentes de saúde, quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária, tornam essa relação uma arma fundamental para fazer funcionar esta máquina de produzir saúde e saúde mental.

Eles são peças preciosas dessa máquina em virtude de sua condição paradoxal. Paradoxal, pois são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da organização sanitária. E nesse funcionamento radica sua potencialidade (LANCETTI, 2008, p. 93).

Não só a equipe da unidade, mas sobretudo, o acesso a toda rede de serviços.

[...] eu já fui na casa de paciente que falou “eu vou me matar hoje”, e já era uma pessoa depressiva e tudo, aí a gente dá uma ligada, às vezes liga lá no CAPS, fala assim, manda vim que a gente vai encaixar, vai conversar com o

médico ali entendeu, quando tem um caso assim. Às vezes eu nem passava para a doutora, eu ia na visita era dez horas da manhã e a pessoa falava, “eu vou me matar, não sei o que, não sei o que”, aí você já voltava com a cabeça quente, pegava lá no CAPS, ia conversar com a assistente social, “não manda ela vim amanhã cedo ou então vem que o médico, tem médico tal hora”, também tem essas que a gente dá um jeitinho (Grupo ACS II).

O agente acaba catalisando a complexidade e as contradições das relações em seu território, aspecto que lhe causa sofrimento (SILVA et al., 2015). Mas, a atuação em tal realidade exige a parceria de outros serviços. Quando o ACS tem acesso direto a esses serviços torna um facilitador para a rápida assistência. Todavia,

Mais do que reforçar abstratamente a importância dos ACS devemos criar canais que ajudem a “fluir” tais vivências dentro do sistema institucionalizado (serviços de saúde, de assistência social, entre outros). Caso contrário o ACS torna-se um mero portador de notícias, muitas vezes más, sobre a comunidade. Além disso, tais vivências tornam-se desencadeadoras de demandas terapêuticas destes profissionais (SILVA et al., 2015, p. 57).

Muitas vezes, as ações dos ACS não ganham visibilidade na equipe, casos em que outros profissionais não reconhecem a sua atividade ou mesmo a desqualifica. Muitas vezes, o potencial da integralidade da visão do ACS contrasta com a visão fragmentada dos demais profissionais da equipe.

É que muitas vezes, chega no postinho, a pessoa já fala “vixe já chegou”, a pessoa corre lá para o fundo [risos], aí fica atacando. [...] Porque chega lá e fica lá, mas tem que prestar atenção no que está falando, aí tem que ter paciência. [...] Mas você vê que não, que não é porque, porque quando ela está bem, ela fala que não queria ter feito aquela coisa que ela fez, e você realmente que ela fica meia fora de si, eu acredito que não é frescura, mas tem gente que acha que é frescura. [depressão] [...] Manda ir trabalhar, “com a enxada, no sol quente da roça”.(Grupo ACS III).

Isso faz com que os ACS ajam independentemente da equipe. Mesmo assim, os próprios ACS reconhecem suas ações como limitadas e não consideram qualquer possibilidade de um trabalho de apoio.

[...] a gente não tem condições [caso de saúde mental], igual a gente comentou, não tem psicólogo, a gente... quem vai orientar a gente para fazer. [...]A única coisa que a gente pode fazer é ouvir o paciente, comentar com a doutora. [...]A gente precisa da outra rede. (Grupo ACS II).

Aí a gente volta naquela velha, na teoria oh que lindo, que legal, se aparecesse o profissional lá para a gente discutir [casos de saúde mental], mas não vai aparecer (Grupo ACS I).

Nota-se que não cogitam qualquer possibilidade de atuação do NASF enquanto um possível apoiador. Além disso, as dificuldades para a tomada de consciência de suas ações frente as necessidades de saúde mental não têm uma visibilidade de modo que o trabalhador possa refletir sobre essa ação, seja porque o espaço de reunião de equipe é utilizado, sobretudo, para a normatização do processo de trabalho, seja porque não tem qualquer expressividade em seus instrumentos de trabalho.

Agora não, no papel você vai lá e você tem uma ficha, agora é mais lento, é mais mecânico, está escrito assim, visita domiciliar, visita realizada, diabético, problemas mentais, um x e assina aqui para mim, eu faço em dez minutos isso, e se eu quiser eu faço isso em dez minutos, e eu posso fazer o setor inteiro, e se você quiser fazer isso faz, só que assim, na prática você entrar na, porque o agente comunitário tem que ter um vínculo com a família, esse que é o mais diferente, no papel não está escrito aqui, consegui estabelecer um vínculo com a família, faz o xizinho, não é assim, você gostou da minha visita, avalie, faz uma xizinho, para ver se tem vínculo. Para você fazer o vínculo você tem que conquistar e para você conquistar uma pessoa que você não conhece é complicado. Então você tem que ter tempo, tem que dedicar, tem que ver o que você tem em comum com o paciente, o que que você pode falar com o paciente, como você pode falar se está tomando ou não a medicação, às vezes é questão assim, de higiene pessoal, “cuida disso, faz desse jeito”, “oh você tem que tomar o remédio em tal horário”, aí você vai lá (Grupo ACS III).

Na narrativa acima conseguimos apreender como o principal instrumento de trabalho do ACS torna todo o processo de construção do vínculo reduzido a um aspecto burocrático, como uma triagem que antecede um atendimento. Como problematiza Furlan (2010), a autora aponta para uma possível lacuna na oferta de instrumentos, bem como na forma de trabalhar todas essas informações do cadastro no cotidiano dos ACS. Ressalta deficiências na orientação e formulação de ações a serem executadas. Reflexões que colocam em foco as próprias coordenadoras, enquanto supervisoras diretas dos ACS.

Ademais, outro aspecto a ser destacado nesse processo reducionista do trabalho dos ACS, é a predominância das ações de vigilância em saúde.

[...] eu nem gosto de fazer bloqueio no meu setor, eu vou olho o quintal, aí você fala, eu falo “estou indo tá, já olhei o quintal”, “uaí mas você não vai conversar comigo hoje”, você tem que conversar, se tem um bloqueio, tem que fazer os quarteirões, você tem um prazo para fazer, então nesse dia você só tem que olhar quintal, você não pode conversar, então eles não conseguem desligar, “ah você não vai conversar” (Grupo ACS III).

Embora estejam previstas também como sua atribuição, essas ações além de limitar a potencialidade de sua atuação, aproxima a representação do seu trabalho aos dos antigos “agentes sanitários” ou a “polícia sanitária”, como questiona Nogueira (2002), uma vez que essa atividade ocorre de maneira isolada, sem um trabalho educativo acompanhando a ação, conforme relato abaixo:

[Esse ano] Parou, mas o ano que vem volta, se não fazer uma estratégia para mudar, vai voltar na estaca a zero, vai ficar oito meses, igual minha unidade foi, eles só fazendo, olhando quintal, aí é onde gera uma margem para eles meterem a boca, eles já gostam de falar, porque quando eles se unem eles têm peso, eles têm força, só que o trabalho deles é de suma importância na orientação, porque a gente trabalha prevenção, nós somos a rede primária, então teria que ser mais a prevenção do que a parte curativa [...] (Grupo Coordenadoras ESF).

Isso mostra o quanto as ações dos ACS vêm sendo norteadas pelo controle da doença, conseqüentemente, os afastando das ações de promoção, educação, ou seja, ações dirigidas para reafirmar a saúde como direito social.

Vale salientar ainda que os ACS têm sofrido um processo de desvalorização da sua atividade. Talvez pela categoria ser bem atuante e com isso pode oferecer riscos aos interesses da política atual de saúde, em maio deste ano a classe trabalhadora dos ACS foi surpreendida com a proposta da Portaria 958/2016, em que altera o texto da PNAB, no qual exclui a obrigatoriedade na contratação do ACS como membro das eqSF, colocando como opção a substituição desses profissionais por auxiliares ou técnicos de enfermagem, sob a justificativa de aumentar a capacidade clínica e o cuidado no domicílio (BRASIL, 2016b).

No entanto, essa alteração não perdurou por muito tempo, os agentes comunitários ao longo de duas décadas de atuação nas eqSF tornaram-se uma categoria profissional com expressiva representativa, que acumularam várias conquistas para a consolidação de sua profissão. As manifestações de repúdio de vários movimentos sociais e associações de classe e da área na saúde em torno dessa proposta fizeram com que o governo federal recuasse nessa proposição, suspendendo tal portaria em junho deste ano (NOGUEIRA, 2016).

Aliás, segundo essa autora o que está por trás do argumento da capacidade clínica e do cuidado no domicílio não é o aumento de uma suposta resolubilidade que a substituição do agente pelos auxiliares de enfermagem traria, mas sim o custo financeiro do ACS. Segundo a professora pesquisadora da Fiocruz (EPSJV/Fiocruz) as lutas empreendidas pelos agentes comunitários para a desprecarização do seu trabalho, conquistada em parte com a Portaria 11.350/2006, que estabelece para a contratação dos agentes a relação direta com os

gestores municipais, não sendo permitida mais a contratação via indireta por OSS, representa um custo maior do que os auxiliares de enfermagem, que não têm essa condição. Além disso, a professora cita a pressão que alguns poucos ACS que concluíram a formação técnica estão realizando por melhores salários, pois são técnicos!

Essa tentativa demonstra o tamanho do retrocesso que o país está vivenciando em um movimento crescente de precarização do próprio sistema de saúde. Toda a potencialidade que o trabalho do ACS traz para o modelo da ESF, no sentido de ampliar o olhar das equipes para os determinantes sociais presentes no processo saúde-doença, bem como o de representar a “voz” da comunidade dentro das práticas em saúde está em risco.

Conforme vimos nesse estudo, os processos de trabalho nas equipes têm se focado no modelo médico-hegemônico e técnico-burocrático e, assim, pouco se reconhece o trabalho do agente. Muitas vezes, as coordenadoras da ESF mencionam sua importância no discurso, mas pouco fazem na mediação de sua prática, a fim de legitimar tal potencial dentro da própria equipe. Esses dados da realidade estudada podem representar um terreno fecundo para a concretização desse projeto político que enfraquece a saúde como direito social e a democratização do SUS, à medida que equipara a atuação de dois profissionais com olhares e formação tão distintos. Se considerarmos que na formação de auxiliares e técnicos ainda predomina a concepção biomédica, essa substituição restringirá o olhar sobre os determinantes sociais da saúde e, por conseguinte, a atuação da atenção básica.

Mas não podemos esquecer que uma outra potencialidade dos ACS é a sua força em resistir. A sua presença nas eqSF tem sido fundamental para resistir à prática biomédica, ainda muito frequente na atuação e formação dos demais profissionais da equipe, assim como na lógica da gestão. Mesmo sem ter muita clareza da dimensão das suas ações, os agentes seguem resistindo a todas as normativas, a fim de garantir o seu vínculo com a comunidade, aspecto em seu trabalho que lhe proporciona maior satisfação.

[...] o vínculo é importante, não quantidade, o vínculo com a família, quando você tem um vínculo com a família você nunca mais esquece, tipo assim, quando você vê que a pessoa chama você pelo nome, a coisa mais gostosa para o agente de saúde é saber que ele sabe o seu nome [...] (Grupo ACS III).

[...] eu gosto de fazer visitas saber como as pessoas estão, porque tem gente assim que só precisa de você ter uma atenção para ela, para ela resolver todos os problemas da vida dela, ela precisa que você fique dez minutos ouvindo o que ela tem que te dizer. Isso é gratificante assim, quando você consegue ajudar uma pessoa através do ouvido que você oferece para ela falar um minuto, eu acho assim, pra mim não tem coisa que pague isso daí, a pessoa fala “nossa você veio aqui hoje, salvo meu dia”, então eu já ganhei o dia. (Grupo ACS I).

Desse modo, verifica-se a potencialidade que o vínculo do ACS adquire no contexto da atenção psicossocial desde que sua ação esteja integrada à eqSF e aos diversos intersetores, sendo conduzidas para intervenções de cuidado, de modo que se amplie a ideia limitante de resolubilidade da ação do agente restrita ao ato de identificar e encaminhar.

7.3 O CONCRETO PENSADO: possibilidades de transformação

Como assinalado em vários momentos nesse trabalho, a nossa intencionalidade foi a de buscar captar o movimento da atividade de coordenação de equipe na ESF, dentro de uma realidade particular, se lançando no desafio de ir para além da aparência e descrição dos elementos que a compõe, isto quer dizer, ir em busca do “não dito”.

Das análises do nosso objeto de estudo emergiram algumas contradições históricas já conhecidas no processo de trabalho da ESF, ao mesmo tempo em que possibilitaram um avanço ao desvelar algumas particularidades, especialmente, quando inserido no cenário do cuidado de saúde mental em interface com a rede, recorte que nos permitiu compreender sob qual perspectiva de cuidado se assenta o trabalho na APS. Captado por meio do movimento dialético (singular – particular – universal), compreendemos as mediações sociais presentes no processo de concretização das políticas da APS no município estudado.

O trabalho em equipe é posto como um aspecto operativo fundamental para o modelo da ESF, especialmente, considerando sua responsabilidade pelo conjunto de processos junto às redes de atenção. Diante disso, Dalla Vecchia (2012) salienta que:

[...] não se deve perder de vista que haverá modalidades, graus e formas singulares de se trabalhar em equipe na APS. Essa singularidade será mediatizada por determinações que se encontram para além do aspecto organizativo e que estão na ordem da historicidade e das opções políticas que permeiam o modelo de atenção e o modelo técnico assistencial (p. 112).

Como nos acenou o autor acima, nesse processo de análise há sempre que considerar as particularidades referidas em uma dimensão estrutural, de ordem da historicidade e das opções políticas, nas quais se encontram arraigados muitos processos organizativos para o trabalho da equipe na atenção primária. Isso explica a manifestação de algumas contradições em nosso estudo: generalista/especialista, encaminhar/referenciar,

quantitativo/qualitativo e ter/não ter poder, das quais desdobram particularidades do contexto pesquisado.

Sob o forte discurso racionalizador, as propostas dos modelos de atenção para a APS foram se delineando após o marco em Alma-Ata. No Brasil, embora já existisse formação em áreas da Medicina Comunitária e Preventiva voltadas para esse nível de atenção, o modelo da Saúde da Família nasce antes do profissional ser concebido. Os volumosos investimentos em salários não foram atrativos suficientes para a permanência do médico em tempo integral, como previa-se inicialmente. Aliás, tornou-se um problema a partir da Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual culminou na precarização do vínculo desse trabalhador na APS. Com isso, flexibilizou-se a carga horária do médico abrindo e/ou legitimando a possibilidade de uma redução. Mesmo tardia, a residência na área é concebida dentro dos princípios idealizados para a ESF, mas com formadores no modelo antigo.

A fixação do médico torna-se um desafio, sobretudo, quando se refere a um município pequeno do interior do Estado, resultando, muitas vezes, em um processo de contratualidade distinto para esse profissional. Dessa forma, esse local passa a ser ocupado principalmente por profissionais recém-formados ou médicos com outras especialidades, ambos com motivações distintas, se inserir no mercado de trabalho até passar na residência e conciliar o trabalho com a atividade liberal, respectivamente.

Assim, a formação e a vinculação institucional do médico refletem diretamente na “essência” da proposta da ESF - o vínculo e a resolubilidade. A rotatividade do médico prejudica na formação de vínculo com a comunidade, a flexibilização na sua carga horária impossibilita se grupalizar à equipe e fazer parte de outras atividades da unidade que vão além do modelo biomédico de cuidado, bem como a ausência de formação ou a admissibilidade de outras especialidades contribuem para uma prática clínica complementar, ou nas palavras de Franco e Merhy, “auxiliar do Modelo Médico Hegemônico”. Os autores ressaltam ainda:

[...] É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: “da saúde coletiva, cuidamos nós, o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”. E nada melhor para o projeto neoliberal privatista, do que isso, pois se deixa um dos cenários de luta vitais para a conformação dos modelos de atenção sem disputa anti-hegemônica (FRANCO; MERHY, 2006, p. 100).

Além disso, a duplicidade de serviços ofertados no município pela rede básica (ESF) e pela “básica-especialidade” (UBS) - (Clínica da Mulher; Clínica da Criança) - favorece tanto para a prática dessa “clínica auxiliar” como para a desqualificação da

significação social da ESF. Embora o modelo da estratégia tenha cobertura total da população, o município mantém alguns serviços do modelo anterior, congregando os dois em sua rede básica, particularidade que reafirma a existência prévia de uma estruturação da rede básica no Estado de São Paulo e de como os serviços da ESF se acomodaram a essa realidade existente, por conseguinte, não assumindo a ordenação das redes de atenção como previsto pelas políticas na área.

Não é por mera coincidência que a população pressiona o serviço para ter acesso a rede especializada. Ainda mais, quando se tem a ausência de outras atividades previstas para a ESF, como as de caráter preventiva, educativa, de acompanhamento. Desse modo, a ESF cumpre o seu papel de ser a porta de entrada para o sistema, mas, contraditoriamente, o usuário não fica, apenas passa. Torna-se um “lugar de passagem”, visto a obrigatoriedade do encaminhamento da rede básica para a especializada.

Ponto em que manifesta outra contradição, o encaminhar/referenciar. A imagem de “porta de encaminhamento” se forma claramente quando adentramos nas relações do cuidado em saúde mental. Nesse cuidado específico as significações sobre o encaminhar para o especialista passam a ser compartilhadas pelos profissionais. Enquanto o encaminhar remete a ideia de passagem, “passar” o usuário para outro serviço; o referenciar associa-se a transmissão de informações (PAES et al., 2013), tendo como principal diferença entre os dois atos a responsabilização do cuidado.

Considerando os casos menos graves, ou seja, os previstos para o manejo na APS, as relações postas entre a rede básica e especializada, sobretudo, entre o generalista e o especialista, é a de trocador/prescritor de medicamento, respectivamente.

[...] Apesar de se poder afirmar que existe uma complementaridade da ação dos dois tipos de profissionais, parece haver sempre a dúvida se a competência clínica do generalista funciona de forma *supletiva, substitutiva ou sobreposta* à competência clínica do especialista, ou se, apenas se limita a ser um “sinalizador de percurso” e um “trocador de receitas” (CECÍLIO et al. 2012, p. 2898 – grifo do autor).

O conflito (passar/responsabilizar) se intensifica somado às lacunas na rede de atenção psicossocial, dentre elas, o paradoxo da existência/ausência do NASF, previsto para perpassar toda a rede, ocupando e articulando os espaços “entre” os serviços da rede com a atenção básica. A ausência das atividades de apoio matricial gera lacunas, que juntamente com o enfoque das ações do serviço de referência (ambulatório de saúde mental) para a rede básica ser o do tratamento medicamentoso, somada a concepção dos profissionais da ESF

centrar no saber especializado, revelam-se como determinantes para o reducionismo no acompanhamento desse cuidado estar estrito a troca de receitas.

Tal restrição mantém relação com a forma de organização do processo de trabalho da ESF, que privilegia o atender ao acolher (atender/acolher). Por trás disso situa uma das maiores contradições na produção do cuidado vivenciadas pelos profissionais da eqSF, especialmente, os ACS, a superposição dos aspectos quantitativos sobre a qualidade na assistência. A lógica da produtividade capitalista apoderou-se da organização do trabalho na APS de tal modo, que os profissionais relatam não terem tempo para acolher o usuário em sofrimento psíquico no cotidiano do trabalho na unidade.

Considerando que a produção do cuidado é mensurada, prioritariamente, por números, normativa imposta pela instância federal do governo, essa condição levanta algumas velhas questões quanto ao processo de descentralização. Dentre elas, Vasconcelos e Pasche (2008) citam os “vícios burocratizantes da descentralização “tutelada” e a defesa de radicalização do processo de descentralização, em meio ao conflito federativo e a consciência de esgotamento do padrão incremental que vigorou até o presente” (p. 555). No entanto, mesmo após a instituição de outros modelos de gestão, como o Pacto pela Saúde, essa rígida normatividade mantém-se atravessando o aspecto organizativo do trabalho na equipe, sobretudo, as ações dos ACS.

Ademais, esse trabalhador *sui generis* merece uma reflexão a parte. Muito engrandecido no nível do discurso, mas pouco reconhecido na prática, sua ação vem ocupando um lugar no processo de trabalho pouco reconhecido, comparado às potencialidades que guarda, de maneira especial, no que se refere a construção do vínculo com o usuário/comunidade. A rigidez em que se assenta a organização dos processos de trabalho vem limitando o agente em sua ação-chave, com a determinação de tempo, de quantidade e de finalidade das visitas domiciliares.

Extremamente próximos aos problemas da comunidade, alguns profissionais buscam dentro dos recursos que identifica em um nível imediato, em geral, com base em suas experiências pessoais, lidar com as necessidades psicossociais apresentadas pela população. Isso mostra a responsabilização diante da demanda, ao mesmo tempo que desvela a fragilidade do trabalho na equipe, uma vez que os ACS tentam sozinhos ou em conjunto buscar por soluções, com pouca ou nenhuma formação para um olhar mais totalizante e uma ação mais intencional para os problemas que encontram no território, podendo, portanto, realizar uma prática mais próxima do senso comum. Quando não, a identificam e passam para a coordenadora da unidade mediar as relações com o médico.

Enfim, chegamos à atividade da coordenação do trabalho em equipe. Significado como o caminho para se atingir a tão almejada integralidade e resolubilidade do cuidado, a reconfiguração para o trabalho em equipe foi a principal aposta para se alcançar a mudança do modelo de atenção na APS. Todavia,

Poucos arriscariam afirmar que o mero agrupamento seria suficiente para atingir objetivos de grupalização almejados com o trabalho em equipe. No entanto, quando se trata da necessidade de optar entre produzir mais procedimentos (mais consultas, mais vacinação, mais curativo, etc) e investir no trabalho em equipe, o esforço consciente para a grupalização costuma ser preterido. [...] é preciso atenção ao risco de esvaziar o conteúdo das práticas de trabalho em equipe à medida que podem ser reificadas, por si mesmas, as propriedades da diretriz organizativo do trabalho em equipe (DALLA VECCHIA, 2012, p. 112-113).

Atribuída à Enfermagem, a atividade de coordenação do trabalho em equipe aproxima-se muito mais em instituir as rígidas normativas da gestão do que algum movimento no sentido de grupalização da equipe. Embora essa característica tenha sido levantada por alguns profissionais, quando disseram que o coordenador deve harmonizar o ambiente, unir a equipe, não ser autoritário, ser aberto às opiniões dos demais, entre outras. Por outro lado, na perspectiva das coordenadoras, o que mais realizam é a mediação de conflitos, a qual é apontada como uma das dificuldades vivenciadas pelas profissionais nesse papel.

Mas a contradição determinante a essa atividade é o de ter/não ter poder. A ausência de poder de mando para controlar a atividade do profissional médico conforma em um dos principais conflitos, seja pela histórica relação de subordinação/submissão que a Enfermagem tem em relação à Medicina ou ainda do médico controlar os atos técnicos na área da saúde, fatores que tornam a dominação sobre essa categoria profissional mais difícil. Para isso se faz necessária a legitimidade do seu poder pela gestão, fato que não ocorre, pelas condicionalidades e flexibilidades dadas na contratualização do médico na ESF.

No entanto, a posição subalterna da atividade de coordenação é sentida em outros espaços, como na relação com os serviços da rede psicossocial, em que a ESF é acionada como posto de informação sobre as famílias adscritas à área. Assim, a busca pelo “diferencial” da enfermagem nessa atividade relaciona a uma luta corporativista, em que os profissionais reivindicam por reconhecimento social e financeiro. Não visam com isso evidenciar a relevância da atividade de coordenação para o trabalho em equipe. O que se relaciona com a perspectiva apropriada dessa atividade vincular-se aos atos administrativos de controle sob a organização do trabalho na equipe, contrapondo o grupalizar ao controlar.

Explicitados os múltiplos determinantes apreendidos nesse processo de análise, nos colocamos na desafiante tarefa de desvelar possibilidades de transformação dessa realidade. Lembrando que:

A contradição assim considerada está relacionada com a dialética no sentido da ‘lei de unidade e luta de contrários’, com base na qual se concebe a existência, nas formações sociais, de ‘forças motrizes’ capazes de possibilitar que elas possam passar de um estágio de desenvolvimento a outro, mudando radicalmente as suas características essenciais (COSTA-ROSA, 2013, p.04).

Diante disso, lança-se a grande questão: a ESF superou o modelo tradicional na APS? Ou melhor dizendo, passou das mudanças quantitativas às qualitativas?

Em uma dimensão quantitativa, a Estratégia Saúde da Família vem se expandindo, ultrapassando um pouco mais de sessenta por cento de cobertura populacional no país. Porém, esse dado não é suficiente para se fazer qualquer afirmação positiva em relação à questão acima.

As contradições elucidadas por essa pesquisa nos sinalizam que sob as opções políticas e as concepções de gestão/coordenação a tendência produtivista do modelo biomédico encontra um enorme espaço para permanecer hegemônica, realidade conflitante com o modo psicossocial predito pelo modelo da ESF. Cabe ainda destaque para alguns processos essenciais permeados nesse contexto tais como: a comunicação centralizadora, a ausência de participação no planejamento das ações, os instrumentos de trabalho e os processos formativos (educação continuada/permanente).

No que diz respeito à comunicação equipe-usuários no processo de trabalho, “as equipes lhes parece sempre tão desinformada, tão impotente [...]” (CECÍLIO et al., 2012, p. 2899), havendo casos em que os usuários se antecederam às equipes. Característica de uma política de gestão de caráter populista que altera as próprias regras em busca de aprovação popular.

Assim como ocorre a centralização na comunicação, também se pauta a organização do planejamento das ações e participação dos trabalhadores. Com isso a coordenação da ESF se torna a “mensageira” do plano de ação à equipe, que limita em se organizar para executar. Salvo as exceções em que o planejamento da gestão envolve o processo de trabalho dos ACS, pauta que gera muitas discussões e até algumas resistências, de modo que já houve recuo da gestão na norma estabelecida. Na falta de um “planejamento” de cima, as coordenadoras na ESF reclamam, mas se voltam à rotina alienante do cotidiano do

trabalho, privando-se do seu principal instrumento de trabalho – os espaços de reunião de equipe.

O fecundo espaço de reunião de equipe esvazia-se ao passo que é ocupado, em sua maioria, para repasse das normativas/planos de ação da gestão. Assim, na estrutura verticalizada do trabalho na APS, à medida que o planejamento vai “acabando nas instâncias acima, acaba nos serviços na ponta”. Algumas coordenadoras identificam essa falha e denunciam a ausência da coordenação na AB e da gestão. Outras inclusive concordam com as críticas dos ACS da forma como esse espaço vem sendo utilizado, mas logo se justificam pela falta de tempo - o grande vilão do “não fazer”.

O espaço da reunião é apontado pelos agentes como propício para a realização de processos formativos de educação continuada/permanente com as coordenadoras da AB, uma vez que as coordenadoras ESF não dispõem de tempo, pois acumulam muitas atividades. No entanto, a necessidade da educação permanente/continuada está colocada sempre para os ACS, por esse trabalhador não dispor de um núcleo “disciplinar” sistematizado, dentro dos parâmetros da educação formal, ocupando sempre o lugar do “não saber”. Com isso, perde-se de vista a formação do restante da equipe, até mesmo das coordenadoras da ESF.

A expectativa de que a mudança do modelo está na formação dos profissionais, estritamente do agente comunitário de saúde, é uma falácia, pois a formação sistematizada nos moldes de capacitação contribui muito pouco para a articulação com a prática, sobretudo se o seu conteúdo não dialoga com o seu contexto de trabalho, ou seja, se após a elevação do pensamento à teoria, não se direciona de volta para refletir a prática.

Uma outra alternativa consiste em se esperar pelas condições ideais para mudar: como ter o médico em período integral, ter um planejamento de ações instituído, ter mais técnicos de enfermagem, ter os agentes comunitários integralmente em suas atividades (não estar exclusivamente em ações de vigilância) e ter um outro enfermeiro só para as atividades de coordenação. Seria esse o caminho para operacionalizar a transformação das práticas em saúde?

Como afirmou Marx (1852/1978, p. 397): “Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade, em circunstâncias escolhidas por eles próprios, mas nas circunstâncias imediatamente encontradas, dadas e transmitidas”. Marx nos atenta para a nossa determinação nesse processo, não somos totalmente livres. Ao mesmo tempo em que nos lembra desse aspecto limitante, nos aponta que o caminho se encontra nas circunstâncias dadas.

O impasse agora está em como identificá-lo em tais circunstâncias. Como já nos disse Oliveira (2005), as leis da realidade devem ser transformadas em leis do pensamento, de modo que orientado pelo conhecimento da realidade possamos atuar de forma consciente, ou seja, sob a finalidade escolhida.

A autora ainda nos auxilia nesse processo elucidando os três momentos fundamentais da lei dialética da negação da negação:

1) Colocar um fim em algo; 2) Conservar esse algo; 3) Superar a forma e o conteúdo desse algo. Isto é: se minha atuação implica necessariamente em uma mudança em algo, preciso primeiramente conhecer esse algo para compreender o que precisa ser modificado, aquilo que precisa “ter um fim”. Mas isso não quer dizer que vou eliminar o algo que preciso modificar. Quando penso em modificá-lo já estou de certo modo também constatando que ele precisa ser conservado em seu cerne ou em sua base. Nesse sentido, e só nesse sentido, preciso conservá-lo. [...] É preciso, porém, compreender esses dois primeiros momentos da lei de negação da negação com o terceiro momento que se refere ao ato de superação. Quer dizer, modifico aquele algo, conservando suas bases válidas e rompendo seus limites. É o momento em que se dá a superação por incorporação do que surge o novo (p. 44).

Não dá para apartar dessa discussão a condição que nos distancia desse processo de conhecimento da realidade, a alienação produzida pelo modelo de sociedade capitalista, a qual determina como “o homem ao produzir a sua própria existência, através do trabalho, constitui formas de sociabilidade, modos de pensar e intervir no processo saúde-doença e necessidades sociais para sua própria reprodução enquanto ser humano” (KANTORSKI, 1997, p. 06).

Além disso, um segundo aspecto é que dentro de uma concepção neoliberal de sociedade, a política social do SUS situa-se na contramão, e vem sobrevivendo, até quando não sabemos, a várias forças que a impede de consolidar um paradigma psicossocial de cuidado, como exemplo disso, podemos citar o fortalecimento do modelo biomédico por meio da forte corrente de pensamento acerca da medicalização da vida. Mas, até o momento o SUS vem resistindo, marcado por uma caminhada de avanços e retrocessos, podemos dizer que a Estratégia Saúde da Família representou um “sopro de esperança” na luta por consolidar seus princípios na prática de cuidado.

Assim, dentro dessas tensões contraditórias, a fim de fortalecer a ESF como tendência em consolidar o paradigma psicossocial, a nossa pesquisa propiciou alguns apontamentos enquanto possibilidades para a transformação da assistência na APS.

Nesse contexto maior do modelo de atenção na APS, considerando os vários elementos que compõem essa realidade, tomamos a atividade de coordenação na ESF sob o

seu papel de mediação, fato que possibilita identificá-la enquanto um elemento mediador, ou seja, o qual permite a relação de reciprocidade entre polos opostos (gestão x equipe/políticas de saúde x necessidades de saúde da população).

Assim, tomando como referência essa atividade, nas condições postas para o seu trabalho, a circunstância encontrada refere-se a “brecha” dada pela gestão na ausência do seu planejamento. Ocupar o espaço da reunião com outros conteúdos, que saiam do foco da normatividade do processo de trabalho e adentrem em direção ao resgate da finalidade perdida da atividade da equipe na ESF, pode implicar em uma maior grupalização, condição fecunda para o processo de desenvolvimento da consciência da equipe sob o seu objeto de trabalho, ao passo que propicia uma maior sociabilidade entre os membros da equipe, a circulação do conhecimento e reconhecimento das diferentes ações que compõem o conjunto da atividade desse serviço, além de constituir em um espaço de troca, de compartilhamento de desejos e projetos. Utilizar desse tempo que está dado, de uma outra forma, dando vazão aos conflitos, contradições e até mesmo ao sofrimento vivenciados no cotidiano de trabalho, também os da própria atividade de coordenação, em um sentido de aproximar e ressignificar a prática e a representação dessa atividade, sem perder de vista as necessidades da população norteadora de todo esse processo.

Neste sentido a atividade de coordenação reveste-se do potencial de articular as ações individuais de cada membro da equipe de saúde ao conjunto da atividade do serviço, tendo em vista a formação integrada da consciência em um sentido humanizador e não alienante, ou seja, mediar um espaço reflexivo que potencialize a articulação do sentido pessoal ao social da produção do cuidado na ESF, considerando, sobretudo, que a transformação ocorre por meio da relação dialética entre o homem e a natureza mediada pela atividade de trabalho intencional. Desse modo, esse processo de transformação perpassa por dois aspectos, conforme reflexões de Kantorski (1997): a questão do cuidado e a organização entre os trabalhadores. A concepção do processo de saúde-doença atravessa os modos de organização tanto dos trabalhadores como da própria rede de serviços.

Assim nossa discussão se desloca dos meios/recursos físicos e materiais para as relações norteadas por uma referência de cuidado. Se considerarmos a rede de serviços que compõe a assistência no município de pequeno porte e o modo como o cuidado é produzido, leva nos a refletir sobre as relações estabelecidas entre a ESF e os demais serviços que constituem a rede de atenção psicossocial. Isso implica em se abrir “espaços de conversação” entre os serviços da rede, a fim de também propiciar o conhecimento de cada serviço e pactuar as ações conjuntas e separadas, sempre norteadas pela territorialização e o estudo das

necessidades da população, buscando readequar os recursos disponíveis em uma organização que fortaleça e consolide as potencialidades da ESF como ordenadora da APS.

Nessa contratualidade não podemos esquecer de assinalar a necessidade do apoio (institucional/supervisão e o matricial) às ações da coordenação na ESF tanto para o trabalho com a equipe como para a produção do cuidado, de modo que a incorporação dos fatores ambientais, sociais e psíquicos no processo saúde-doença avancem para além das causas das doenças, que os profissionais se apropriem da noção de responsabilização do cuidado nessas dimensões para enfim, caminhar em direção às práticas cotidianas.

Todavia, Kantorski (1997) nos destaca mais um ponto indissociável da concepção do cuidado – a capacidade de luta e organização dos trabalhadores – “Debruçar-se sobre lamentações reprodutivistas que deságuam no imobilismo, não recupera a força do sujeito social e seu potencial de mudança, nem contribui para a reforma do sistema de saúde ou para tornar as relações de trabalho menos alienadas e mais solidárias” (p. 13). Quanto mais as práticas em saúde e a sua organização se norteam pela doença, mais nos desumanizamos e nos alienamos do nosso objeto de trabalho e da nossa capacidade de transformação, uma vez que nessas condições “o homem não se reconhece mais no objeto que o seu trabalho produz, nem este trabalho contribui para o seu pleno desenvolvimento e a satisfação plena de suas necessidades” (KANTORSKI, 1997, p. 13). Assim, devemos buscar retomar o objeto do trabalho na ESF, ou seja, o caminho da humanização – o vínculo com o usuário.

Um apontamento nessa direção seria atuar a favor da tendência contra hegemônica identificada nesse contexto, no caso, a resistência dos agentes comunitários diante das normativas de rompimento de vínculo com o usuário, visto que, como nos lembra Campos et al. (2010), “a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes é condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas, sejam essas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação” (p.127). Potencialidade sinalizada, mas que deve ser trabalhada em direção à superação das práticas de identificar e encaminhar, tendo em vista o desenvolvimento de ações consoantes com a perspectiva psicossocial, por meio do apoio para a inclusão desse profissional nos projetos terapêuticos, ações que podem ser realizadas com o apoio matricial do CAPS e/ou NASF.

Se considerarmos as experiências isoladas nesse município, as quais anteciparam algumas propostas de apoio previstas para o trabalho na ESF, como o apoio matricial da assessoria do médico cubano para implantação do serviço e o apoio institucional ou supervisão auxiliando na gestão do trabalho nas equipes da assessoria de uma assistente social no processo de ampliação dos serviços, sinalizam para a gestão municipal, enquanto fator

determinante não só na mediação das políticas nacionais para as locais, mas para o preocupante desmonte de trabalhos instituídos. Aspecto salientado por Rosa e Labate (2005, p. 1033):

Outro fator que pode contribuir para o desmantelamento do PSF é de ordem política, pois, a cada 4 anos grande parte dos municípios troca seus prefeitos que, por sua vez, também trocam as equipes por outras, comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros das equipes por motivos “políticos” impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade. Nesse sentido, parece que a política municipal não reconhece os princípios norteadores do PSF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o PSF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitoreiras.

Se por um lado, o município da pesquisa oferece uma vinculação de trabalho diferente da citada pelas autoras, por outro, a intencionalidade “eleitoreira” está presente no contexto estudado permeando as ações da gestão e contribuindo para dificultar a realização de ações relevantes no fortalecimento da ESF. A descontinuidade ou ruptura de ações que estavam dando certo é um obstáculo nesse contexto de gestão, considerando que:

[...] os processos de conscientização ocorrem em indivíduos em momentos diferentes, passando por estágios diferentes, o que gera contradições em geral, difíceis de serem superadas, fazendo com que ocorra a dissolução do grupo, antes de uma conscientização grupal. E, obviamente, na nossa sociedade mil e um recursos são oferecidos para evitar esta conscientização grupal, perturbadora para o *status quo* (LANE, 1984/2004a, p. 97).

Mesmo sendo um processo heterogêneo, o desenvolvimento da consciência de si para consciência para si é condição *sine qua non* para pensarmos na constituição de uma força contra hegemônica que atue pelo não desmonte das conquistas almejadas na saúde. Cabe assinalar que diante de uma pressão externa a manifestação desse movimento tende a emergir. O momento atual vivenciado na gestão em saúde no nosso país se configura em uma pressão externa contra o SUS, que vem despertando, mobilizando e grupalizando os defensores por esse sistema a se organizarem e atuarem como uma força de resistência para se evitar que o direito à saúde e todos os seus desdobramentos para a inclusão social se perca em meio às discussões de crise, sacrificando o nosso projeto assistencial em saúde ao transformá-lo de usuário-centrado à econômico-centrado, embuste para o seu fim.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: para um novo vir a ser

Desde a concepção do SUS se acirram as discussões em torno dos serviços na Atenção Básica ordenarem o sistema de saúde. Com isso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) já nasceu como o modelo promissor em cumprir esse legado.

Atualmente, com um pouco mais de 60% de cobertura assistencial da população brasileira, os planos delineados para esse serviço englobam uma expansão em sua cobertura para 75%, ao lado, da “superação dos problemas críticos de sua gestão; expansão do trabalho interdisciplinar; implantação de modelos de atenção à saúde baseados em evidência; e incremento dos recursos financeiros” (MENDES, 2013, p. 34).

Destacando dessa agenda os pontos críticos da gestão e a expansão do trabalho interdisciplinar, trazemos os resultados e apontamentos da nossa pesquisa para dialogar e contribuir na construção desse novo ciclo para Atenção Básica.

A começar pela significação acerca do processo saúde-doença, aspecto indissociável da organização do trabalho em equipe. A identificação de causas sociais, psicológicas e ambientais nesse processo, não implica em uma perspectiva psicossocial de cuidado. Pelo contrário, a organização do processo de trabalho se norteia pelo modelo biomédico e os demais fatores contribuem para fragmentação e/ou setorialização do cuidado.

Assim as concepções sobre o trabalho em equipe pautam-se em um conceito muito próximo do trabalho no modo de produção capitalista. Embora os profissionais assinalem para a necessária relação de cooperação e da existência de um objetivo comum nas diferentes ações que compõem o trabalho na equipe, as práticas apreendidas encontram-se organizadas de maneira fragmentadas, tendo no trabalho médico a centralidade da atividade dos serviços (o “objetivo comum”) e na atividade de coordenação a mediação das ações dos demais profissionais.

Além da preocupante naturalização do processo de trabalho na ESF estar norteado pelo modelo biomédico, levando à centralidade na atividade do médico e, conseqüentemente, no distanciamento do trabalho em equipe, devemos salientar nesse contexto a necessidade de repensar o tipo de vínculo de trabalho do médico junto aos serviços na APS e a formação profissional, tendo em vista os custos cada vez mais onerosos sem a perspectiva de uma transformação nas práticas em direção à integralidade e à resolutividade do cuidado.

Além disso, as análises denunciam a desvalorização e desqualificação da atividade de coordenação no processo de trabalho na ESF. Assim como a concepção reducionista acerca dos trabalhadores na saúde, os quais são equiparados aos insumos materiais, financeiros entre

outros dentro da PNAB. Da mesma forma, a gestão/coordenação ao seu mero “gerenciamento”; princípio norteador das teorias administrativas, dentro da lógica do controle da prática gerencial (PEDUZZI; PALMA, 1996), a qual só fomenta a busca pelo poder de dominação e pauta-se pela verticalização das relações, se pondo assim a reforçar as práticas produtivistas e a precarização do trabalho na saúde.

No caminho do processo de ressignificação do trabalho em equipe na ESF, faz-se necessária uma reflexão mais ampliada sobre a concepção de cuidado e aprofundada de poder, saindo do foco da doença e da significação da dominação (“do mando”/do controle) para se apropriar de uma concepção de reabilitação do cuidado e do poder de recursos, aspectos que possibilitem o fazer em direção não a um objetivo comum, mas na construção de um objetivo *em comum*, tendo como movimento norteador as necessidades de saúde da população.

Aproximando essa atividade, mediadora de polos opostos no contexto das políticas de saúde na APS, às práticas de grupalização e desenvolvimento da consciência de si e para si, configura-se em um potencial para a emancipação. No entanto, as contradições aqui explicitadas a partir da produção do cuidado em saúde mental em interface com a rede psicossocial, apontam para a urgente necessidade de uma ressignificação dessa atividade, em termos de explicitação política e formativa, posto também o conjunto de processos previstos como responsabilidade dos serviços na APS junto as redes de atenção:

(a) delimitar e buscar soluções para os problemas de saúde da população que habita o território circunscrito; (b) participar da execução de ações constantes nas linhas de cuidado; (c) ser responsável pelo primeiro contato do usuário e sua família com o sistema de saúde; (d) coordenar longitudinalmente as ações requeridas para enfrentar os problemas de saúde (DALLA VECCHIA, 2012, p. 109-110).

Aspectos que perpassam pelo trabalho em equipe interdisciplinar como condição operativa essencial e, conseqüentemente, pela sua coordenação na unidade/gestão local. Todavia, o foco dessas atividades se volta para a normatividade do processo de trabalho, a fim de atender a lógica procedimento-centrada, repercutindo ainda mais para uma fragmentação das ações, bem como na centralidade da atividade médica, apartando o trabalho em equipe enquanto um objetivo, paradoxalmente, tão presente no discurso, mas tão distante nas práticas. Além de favorecer para a desumanização das práticas em saúde e dos profissionais.

Isso se relaciona dialeticamente com a produção do cuidado, particularmente, no cuidado em saúde mental, o qual atua reforçando a tendência hegemônica da medicamentação em detrimento do uso racional dos medicamentos e da promoção de

atividades de reabilitação. Nesse último aspecto encontra-se a tão necessária parceria com os serviços intersetores. Considerando as limitações de tempo dessa pesquisa e de não ter sido possível realizar o grupo focal intersetor, apontamos como sugestão para outros pontos de partida, cujo objeto envolve a rede de atenção psicossocial e/ou a articulação da ESF com a rede, a inclusão de serviços da rede intersetorial, tendo em vista as ações de reabilitação psicossocial.

Assim, diante da finalidade a que se submete o aspecto organizativo do trabalho em equipe, a perspectiva de cuidado se distancia do modo psicossocial. Com pouca articulação na rede de atenção psicossocial, a qual é representada como “distante e desconhecida”, a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica limita-se ao acompanhamento medicamentoso e no fornecimento de informações sobre os usuários e sua família. Convergingo com a conclusão de Campos et al. (2010), “pode-se observar, que apesar da mudança de cenário, a ABS tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber” (p. 140).

Dentre esses esforços se situa a nossa pesquisa, explicitando como as contradições históricas se materializam e são mediatizadas socialmente na realidade local, mas atenta para particularidades do contexto singular que impedem a construção e/ou manutenção de ações que avivam a produção social de saúde nos serviços da ESF.

Além disso, os caminhos possíveis desembocam no fortalecimento desse modelo de atenção, muito mais em uma dimensão simbólica do que material, uma vez que as condições materiais em termos de dispositivos de serviços implantados no município da pesquisa não apresentam deficiências, muito pelo contrário, a rede apresenta duplicidade de serviços assistenciais, a qual exige uma reorganização e repactuação entre os seus serviços. Para isso, o investimento na comunicação, formação, participação e abertura de espaços de “conversação” é fundamental, uma vez que esses momentos são fecundos para possibilitar o pensar sobre a ação e a não/ação, imprescindível para a tomada de consciência e, conseqüentemente, para uma mudança no agir. E, por fim, o apontamento para o primeiro passo nesse caminho - reforçar a construção do vínculo da equipe com a comunidade.

Espera-se que esse trabalho, nesse momento temeroso vivenciado na saúde em nosso país, se junte às forças que resistem, pois “Agora mais do que nunca” é preciso fortalecer a ESF no SUS” (MENDES, 2013, p. 34).

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. Grupos: o que são e como se organizam. In:____. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 27-58.

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. Cap. 7, p. 129-140.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **R. Bras. Est. Pedag.**, v. 94, n. 236, p. 299-322, jan./abr. 2013.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. Ciênc. Profis**, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

AGUIAR, W. M. J.; SOARES, J. R.; MACHADO, V. C. Núcleos de significação: uma proposta histórico-dialética de apreensão das significações. **Cadernos de Pesquisa**, v. 45, n. 155, p. 56-75, jan./mar. 2015.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 171-180.

AMARANTE, A. L.; LEPRE, A. S.; GOMES, J. L. D.; PEREIRA, A. V.; DUTRA, V. F. D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 1, p. 85-93, Jan.-Mar. 2011.

AMARANTE, P. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In:____. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 1995. p.57-90.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de família e comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, jan./jun. 2005.

ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D. A.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau & Transf, Soc.**, v. 3, n.1, p. 18-31, 2012.

ANDRADE, L. O. M. A saúde e o dilema da intersetorialidade. In:____. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: HUCITEC, 2006. Cap. 5, p. 279-286. (Saúde em debate, v. 173).

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 25, p. 783-836.

ANTUNES, E. H. **Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo**. 1998. 151p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

BARBOSA, A. C. Q.; PERPÉTUO, I. H. O.; RODRIGUES, J. M.; SILVA, N. C.; RODRIGUES, R. B. **Desafios e perspectivas na gestão de recursos humanos da atenção primária à saúde** – um estudo censitário em Minas Gerais. In: Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais: 2008. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A080.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.

BERNARDES, M. E. M. O método de investigação na psicologia histórico-cultural e a pesquisa sobre o psiquismo humano. **Psicologia Política**, v. 10, n. 20, p. 297-313, jul.-dez. 2010.

BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B.; GONDIM, A. P. S.; LIMA, L. L.; VASCONCELOS, M. G. F. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12 n. 1, p. 107-128, jan./abr. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos HumanizaSUS, v. 2).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Constituição Federal 1988**. Brasília/DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família - Agosto 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 09 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e da outras providências. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 1591, de 09 de outubro de 1997**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do Laboratório Nacional de Luz Síncrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e da outras providências. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 958, de 10 de Maio de 2016**. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: MS, 2011d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

BRASIL. **Portaria nº. 243, de 25 de setembro de 2015**. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. Brasília: 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº. 3.189, de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília: 1999.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: 2002b.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Implementa as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b.

BREITBART, W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 6 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2014. Cap. 13, p. 209-228.

CAMPOS ONOCKO, R. T.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; FERREIRA, L.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1 (Supl.), p. 16-22, 2009.

CAMPOS ONOCKO, R.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T. L.; PORTO, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

CAMPOS ONOCKO, R.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. Cap. 9, p. 221-246.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev. Bras Med Fam e Com.*, v. 2, n. 6, p. 131-147, jul./set. 2006.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a reforma da reforma: repensando o SUS. In: _____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992. Cap. 4, p. 133-192.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; JUNIOR, N. P.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. supl. I, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a atenção e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. Cap. 5, p. 132-153.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.*, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; NUNES, E. F. P. A.; LEITE, F. S.; SILVA, J. A. M. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev Esc. Enferm. USP*, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. Cap. 11, p. 222-233.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 4, n. 2, p.315-329, 1999.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A.; ANDRADE, M. G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M.; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Conselho defende carreira de Estado. **Jornal Medicina**, ano XXXI, n. 256, p. 05, maio. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP – SP). **Psicologia, laicidade, espiritualidade, religião e os saberes tradicionais: referências básicas para atuação profissional**. São Paulo: CRP-SP, 2014.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez. 2014.

COSTA, M. G. S. G.; FIGUEIRÓ, R. A.; FREIRE, F. H. M. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014.

COSTA, M. R. A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em Debate**, v. 13, n. 2, p. 85-107, jul.-dez./2007.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **MENTAL**, n. 8, p. 107-124, jun. 2007.

COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: novas contribuições. In:____. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013. p. 91-118.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio, subjetividade e saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168. Disponível em:<
https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCIQFjAAahUKEwj_v5LBs9vHAhVCHZAKHaCTC8E&url=http%3A%2F%2Faamazonia.fiocruz.br%2Farquivos%2Fcategory%2F83-2013-09-17-09-20-37%3Fdownload%3D1396%3A2013-10-01-11-14-08&usg=AFQjCNFMTS1zn7bcwknQArzqZ3yeefJrHg&sig2=1YFLG55Evt8H-nDPsB_e5w&bvm=bv.101800829,d.Y2I>. Acesso em: 02 set. 2015.

- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-66. (Coleção Archivos, v. 1).
- CRUZ NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa**: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002, Ouro Preto/MG, p. 01-26.
- CUNHA, G. T.; SANTOS, D. V. D. Grupos Balint Paideia: ferramenta para o apoio gerencial, contribuição para a Clínica Ampliada. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 143-162.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. (Coleção Temas em Saúde).
- DALLA VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde**: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- DALLA VECCHIA, M. O trabalho em equipe na atenção primária à saúde. In: _____. **Trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 65-120.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 183-193, jan/fev. 2009a.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunic.Saúde.Educ.**, v. 13, n. 28, p. 151-164, jan./mar., 2009b.
- DANTAS, C. R.; ODA, A. M. G. R. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1127-1179, 2014.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.
- DOIMO, A. M.; RODRIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Política & Sociedade**, n.3, p. 95-115, out. 2003.
- DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUARTE, N. A teoria da atividade como uma abordagem para a pesquisa em educação. **PERSPECTIVA**, v. 20, n. 02, p.279-301, jul./dez. 2002.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

FALLEIRO, L.M.; BARROS, R. S.; LIMA, V. C. S.; DUARTE, C. C. Considerações preliminares sobre o apoio institucional e educação permanente. In: FALLEIRO, L. M. (Org.). **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 19-30. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FARESJO, T. Interprofessional education – to break boundaries and build bridges. **Rural Remote Health**, v. 6, n. 3, p. 602-605, 2006.

FERREIRA, M. C.; BARROS, P. C. R. (In)compatibilidade trabalho prescrito – trabalho real e vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: um diálogo entre a ergonomia da atividade e a psicodinâmica do trabalho. **Revista Aletheia**, p. 01-20, 2003.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. N.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface** [On line], 2016.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

FINE, B. Práxis. In: BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 292.

FOLLARI, R. A. Interdisciplinaridade e dialética: sobre um mal-entendido. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 127-158.

FOLLARI, R. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 97-125.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FOUCAULT, M. A Grande internação. In: _____. **História da Loucura**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 45-78. (Texto original publicado em 1972).

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005. (Texto original publicado em 1979).

FRANCO, T. B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. 199f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual Paulista, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Cap. 3, p. 55-124.

FRANCO; C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2010. Disponível em: <
http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.

FREITAS, G. M.; BARATIERI, T.; PILGER, C. Plano de saúde dos municípios de uma regional de saúde do Paraná. **Rev Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 122-132, Jan/Abril, 2013.

FRIGOTTO, G. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 25-50.

FURLAN, P. G. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. Cap. 16, p. 368-406.

GELBECKE, F. L.; MATOS, E.; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012.

GONÇALVES, M. G. M. Fundamentos metodológicos da psicologia sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. Cap. 6, p. 113-128.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. A.; TROLL, T.; CYRINO, E. G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GONÇALVES, R. M. D. A.; PEDROSA, L. A. K. Perfil dos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família e suas habilidades para atuar na saúde mental. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8, n. 3, p. 345-351, jul/set. 2009.

GONZAGA, N.; NAKAMURA, E. Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. **Saúde Soc.**, v.24, n.1, p.232-243, 2015.

GRANDO, M.K.; DALL'AGNOL, C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 504-510, 2010.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; DI LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 875-883, 2011.

GUSDORF, G. Prefácio. In: JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 07-27.

GUSSO, G. D. F. Os rumos da atenção primária e da estratégia saúde da família no Brasil. **Rev. Med. Fam. Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 97-101, abr./jun. 2011.

HELLER, A. Estrutura da vida cotidiana. In: _____. **O cotidiano e a história**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra Filosofia, 1985. p. 17-42.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun 2001.

JACKSON, A. L.; CAVALLARI, C. D. Estudo sobre a inserção dos psicólogos nas unidades básicas de saúde. **Cadernos CRP-06**, 1991.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito. In: _____. (Orgs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 11-24.

JAPIASSU, H. Domínio do Interdisciplinar. In: _____. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Pt. 1, p. 38-113.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 738-744, 2013.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf.**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

JÚNIA, R. **Carga horária dos médicos é flexibilizada na Saúde da Família** – nova portaria levanta discussão sobre como atrair e valorizar os profissionais da saúde pública. Rio de Janeiro, 05 set. 2011 (atualizada em 08 set. 2016). 2016a. EPSJV Fiocruz. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/carga-horaria-dos-medicos-e-flexibilizada-na-saude-da-familia>>. Acesso em: 11 set. 2016.

KAHHALE, E. M. P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: BOCK, A. M. B. (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KANTORSKI, L.P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde - algumas reflexões preliminares. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 5-15, abril 1997.

KELL; M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl. 1), 1533-1541, 2010.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KONDER, L. **O que é dialética?** 28. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1998. (Coleção Primeiros Passos). (Texto original publicado em 1981).

KOSIK, K. Dialética da totalidade concreta. In:____. **Dialética do concreto**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. Cap. II, p. 09-58.

KUENZER, A. Z. Educação e trabalho no modo de produção capitalista: as formas de abordar a questão. In:____. **Pedagogia da fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-58.

LANCETTI, A. A potência terapêutica dos agentes comunitários de saúde. In:____. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 5, p. 87-96.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. (Orgs.). **Saúde mental e saúde da família**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 11-52 (Saúde e Loucura, 7).

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 18, p. 615-634.

LANE, S. T. M. Consciência/alienação: a ideologia no nível individual. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004b. Pt. 2, p. 40-47. (Texto original publicado em 1984).

LANE, S. T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004a. Pt. 3, p. 78-98. (Texto original publicado em 1984).

LANZONI, G. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, tela 01-08, maio-jun. 2011.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud, Mexico**, v.2, p. 07-25, 1982.

LAURELL, A. C. El estudio social del proceso salud-enfermedad em América Latina. **Cuadernos Médico Sociales**, n. 37, p. 01-10, sept. 1986.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE**, ano v, n. 1, p. 121-128, jan./fev./mar. 2004.

LEONTIEV, A. N. Actividad y conciencia. In:____. **Actividad, conciencia y personalidad**. México: Cartago, 1984a. Cap. IV, p. 98-124.

LEONTIEV, A. N. El problema de la actividad em psicologia. In:____. **Actividad, conciencia y personalidad**. México: Cartago, 1984b. Cap. III, p. 60-97.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004. (Texto original publicado em 1959).

LIMA, C. J. P.; GUSMÃO, R.; BARBOSA, L.; SOARES, J. F.; VIANNA, K. G. C.; SILVA, C. S. O. **Gerência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família**: revisão integrativa. In: 8º Fórum FEPEG – Universidade: saberes e práticas inovadoras, Unimontes, 2015.

LIMA, J. C. F. Bases histórico-conceituais para compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

LURIA, A. R. A atividade consciente do homem e suas raízes histórico-sociais. In: _____. **Curso de psicologia geral: introdução evolucionista à psicologia**. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. p. 71-84.

LUZ, R. L. S. A.; CRUZ, C. F.; SANTOS, A. P. M.; NEVES NETO, J. L.; ALENCAR, B. R.; OLIVEIRA, L. C. F.; ALENCAR, T. O. S. Uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família: um estudo qualitativo. **Infarma Farmacêutica**, v. 26, n. 2, p. 119-26, 2014.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan/mar. 2010.

MANOEL, R. A. **Coordenar ou gerenciar equipes?** O processo grupal como possibilidade para o trabalho coletivo nas equipes de Saúde da Família. 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

MARTÍN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder:** psicologia social desde centroamérica II. San Salvador: UCA, 1989.

MARTINS, L. M. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. In: **Educação, cultura e conhecimento na contemporaneidade:** desafios e compromissos, 2006, Caxambu/MG, Anais da 29ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu/MG, 2006. p. 01-17.

MARTINS, S. T. F. O materialismo histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F (Orgs). **Psicologia social: método histórico-social na psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005. Cap. 8, p. 139-154.

MARTINS, S. T. F. Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baro. **Psicol. Soc.**, v. 15, n. 1, p. 201-217, 2003.

MARX, K. Introdução [à Crítica da Economia Política]. **Para a crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 103-125. (Texto original publicado em 1859).

MARX, K. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. In: _____. **Marx**. [Seleção de textos de José Arthur Giannotti]. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p.323-404. (Texto original publicado em 1852).

MARX, K. O trabalho alienado. In: _____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Lisboa: Avante, 1993. p. 157-172. (Texto original publicado em 1844).

MARX, K. Prefácio. In: _____. **Contribuição à crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 23-29. (Texto original publicado em 1859).

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1 (supl.), p. 873-880, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1 (Supl.), p. 1521-1531, 2010.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 61-67, 2013.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos 1).

MENDES-GONÇALVES, R. B.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre ação programática de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 37-63. (Saúde em Debate).

MENDONÇA, M. H. M.; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MENDONÇA, M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. MERHY E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? Campinas, 1999. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf. Acesso em: 21 fev. 2016.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Cap. 1, p. 15-35.

MIELKE, F. B. **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na Estratégia de Saúde da Família**: com a palavra os coordenadores. 217f. 2013. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MIELKE, F. B.; KOHLRAUSCH, E.; OLSCHOWSKY, A. SCHNEIDER, J. F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 761-765, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Coordenação estadual de saúde mental, álcool e outras drogas. **Relatório de vitorias em comunidades terapêuticas do programa aliança pela vida**. Belo Horizonte: Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais, 2016.

MINAYO M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 03, p. 81-110.

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 42-64, 1994.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de análise de material qualitativo. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2007. Cap. 11, p. 303-360.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set. 2013.

MOREIRA, J. K. P.; BANDEIRA, M.; CARDOSO, C. S.; SCALON, J. D. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 3, 221-226, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 379-389, 2010.

NASCIMENTO, L. C.; SANTOS, T. F. M.; OLIVEIRA, F. C. S.; PAN, R.; FLÓRIA-SANTOS, M.; ROCHA, S. M. M. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 52-60, Jan-Mar. 2013.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NOGUEIRA, M. L. **Retirar o ACS das equipes de saúde da família é um retrocesso no modelo de atenção básica e na democratização do SUS**. Rio de Janeiro, 21 jun. 2016. EPSJV Fiocruz. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/retirar-o-acs-das-equipes-de-saude-da-familia-e-um-retrocesso-no-modelo-de>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n.10, p.75-94, fev 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, R. P. Relações de trabalho no setor saúde: as dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 71-76.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, R. B.; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis** – o agente comunitário de saúde. IPEA, 2000. (Texto para discussão 735). Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0735.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

NORDON, D. G.; AKAMINE, K.; NOVO, N. F.; HÜBNER, C. V. K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção básica. **Rev. Psiquiatria**, v. 31, n. 3, p. 152-158, 2009.

NUNES, E. D. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, v.59, n. 1, p. 59-84, 1992.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 506-511, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, A. G. B.; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde mental na saúde da família**: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água, 2006.

OLIVEIRA, B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A. A.; SILVA, N. R.; MARTINS, S. T. F (Orgs). **Psicologia social**: método histórico-social na psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2005. Cap. 2, p. 25-51.

OLIVEIRA, E. G. A saúde mental na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: NILO, K. et al. (Orgs.). **Política de saúde mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. Cap. 1, p. 17-26.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008**: Atenção Primária Agora Mais do que Nunca. OPAS/OMS: 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Caracas**. Conferência regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela: OMS/OPAS, 1990.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa "Mais Médicos" em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas**. Brasília: OPAS, 2015. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 1).

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Declaracion. In: _____. **ALMA-ATA 1978**: Atencion Primaria de Salud. Ginebra: 1978. p. 02-07. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2015.

OZELLA, S. Pesquisar ou construir conhecimento: o ensino da pesquisa na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A. M. B (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003. p.113-131.

PAES, L. G.; SCHIMITH, M. D.; BARBOSA, T. M.; RIGHI, L. B. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 395-409, maio/ago. 2013.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1791, maio. 2011.

PALMA, J. J. L. **Lutas sociais e construção do SUS**: o movimento de saúde da zona leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde. 2013. 212p. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

PANSINI, A. L. L. A intersectorialidade entre saúde e Assistência Social no município de Vitória/ES. **ARGUMENTUM**, v.3, n.1, p. 257-258, jan./jun. 2011.

PATTO, M. H. S. O conceito de cotidianidade em Agnes Heller e a pesquisa em educação. **Perspectivas**, v. 16, p. 119-141, 1993.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247p. Tese (Livre-docência em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 269-276. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2010.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Rev. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 4 p. 621-631, out./dez. 2014.

PELBART, P. P. Desrazão e loucura. In: _____. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense. 1989. p. 21-44.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013.

PERES, C. R. F. B., CALDAS JUNIOR, A. L., SILVA, R. F., MARIN, M. J. S. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm**, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011.

- PIMENTA, A. L. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da secretaria municipal de saúde por um ator político implicado. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. 1, p. 29-45, 2012.
- PIRES, D. A institucionalização da enfermagem. In: _____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem no Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989. Cap. 4, p.106-143. (Saúde & Sociedade, 14).
- PIRES, M. F. C. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.2, n. 2, p. 173-179, fev. 1998.
- POLI NETO, P. P.; FAORO, N. T.; PRADO JÚNIOR, J. C.; PISCO, L. A. C. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016.
- QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de atenção psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.
- QUINDERÉ, P.H. D.; JORGE, M. S. B.; NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A.; VASCONCELOS, M. G. F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.
- REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- RIBEIRO, L. M.; MEDEIROS, S. M.; ALBUQUERQUE, J. S.; FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na Estratégia Saúde da Família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm.**, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010.
- RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BRAVA, M. C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. **Psicologia USF**, v. 24, n. 3, p. 369-390, 2013.
- RIVIERO, D. A. T. Alma-Ata: 25 años después. **Revista Perspectivas de Salud**, v. 8, n.1, 2003. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm>. Acesso em: 29 out. 2015.
- ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 303-316, ago. 2005.
- ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1 (supl), p. 69-78, 2008.

RODRIGUES, J. A. C.; PEREIRA, M. F.; SABINO, M. M. F. L. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de Santo Amaro da Imperatriz. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v. 2, p. 65-81, 2013.

ROMANHOLI, R. M. Z. **Visita domiciliar na formação médica**. 2014. 185p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2014.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSEN, G. A saúde pública na Idade Médica (500 – 1500 d.C). In: _____. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITE/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. p. 51-74. (Saúde em Debate, 74).

ROSO, A. Grupos focais em psicologia social: da teoria à prática. **PSICO**, v. 28, n. 2, p. 155-169, jul./dez. 1997.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. **AMARE**, v. 6, n. 2, p. 26-33, jul./dez. 2005/2007.

SANTOS FILHO, S. B. S. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 1 (supl), p. 1.013-1025, 2014.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. S. A.; ARCIERI, M. R.; CARVALHO, M. L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 1 (Supl.), p. 1023-1028, 2011.

SANTOS, R. M.; RIBEIRO, L. C. C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 709-715, out./dez. 2010.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**: guia básico para atenção primária. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005.

- SCHEFFER, M. (Coord.). **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 11, p. 3203-3212, 2013.
- SCHRAIBER, L. B.; MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: Fleury, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 281-298.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. Cap. 01, p. 29-47.
- SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. Influências Filosóficas sobre a Psicologia. In: _____. **História da Psicologia Moderna**. 16 ed. São Paulo: Cultrix, 1992. Cap. 2, p. 33-55.
- SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 340-349, 2011.
- SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- SILVA, A. C. M. A.; VILLAR, M. A. M.; WUILLAUME, S. M.; CARDOSO, M. H. C. A. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 349-358, fev. 2009.
- SILVA, C. M. C.; TEIXEIRA, E. R.; SABÓIA, V. M.; VALENTE, G. S. C. Visita domiciliar na atenção à saúde mental. **Ciencia y Enfermeria**, v. XVII, n. 3, p. 125-136, 2011.
- SILVA, C. R. C.; KAHHALE, E. M. S. P.; DIAS, M. D. A.; MARTIN, S. T. F. Psicologia sócio-histórica e saúde: contribuições para práticas na atenção primária. In: MARTIN, S. T. F. (Org.). **Psicologia Sócio-Histórica e contexto brasileiro: interdisciplinaridade e transformação social**. Goiânia: PUC Goiás, 2015. p. 51- 72.
- SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p. 25-38, set. 2004/fev 2005.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- SILVA, J. C. B.; OLIVEIRA FILHO, P. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 4, p. 609-617, outubro - dezembro 2013.
- SILVA, L. B. C. Equipe multiprofissional em saúde: níveis de integração. In: OLIVEIRA, V. B.; YAMAMOTO, K (Orgs). **Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática**. São Bernardo do Campo: UNESP, 2003. Cap. 3, p. 73-88.
- SILVA, M. A. S. S.; TULESKI, S. C. Patopsicologia experimental: abordagem histórico-cultural para o entendimento do sofrimento mental. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 4, p. 207-216, out./dez. 2015.
- SILVA, R. C. Discussão da proposta de trabalho para as equipes multiprofissionais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental. In: **O trabalho do psicólogo em centros de saúde: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária**. 1988. Tese (Doutorado), Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo: 1988. p. 193-208.
- SILVA, V. C.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, 2016.
- SILVEIRA, A. C.; MACHADO, C. V.; MATTA, G. C. A atenção primária em saúde na agenda da organização Pan-Americana de Saúde nos anos 2000. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 31-44, jan./abr. 2015.
- SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **População dos municípios paulistas**. São Paulo: SEADE, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecavirtual.sp.gov.br/temas/sao-paulo/sao-paulo-populacao-dos-municipios-paulistas.php>>. Acesso em: 13 nov. 2015.
- SOALHEIRO, N. I.; MOTA, F. S. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. **Rev. Polis e Psique**, v. 4, n. 2, p. 65-85, 2014.
- SOBRINHO, D. F.; MACHADO, A. T. G. M.; LIMA, A. M. L. D.; JORGE, A. O.; REIS, CL. M. R.; ABREU, D. M. X.; ARAÚJO, L. H. L.; EVANGELISTA, M. L. F.; ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R. I.; SANTOS, A. F. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 83-93, 2014.
- SOBRINHO; E. J. M. A.; INOJOSA, R. M. Rede Acolhimento: uma estratégia da cultura de paz. In: ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2002. p. 01-03.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; BARROS, M. M. M.; DIAS, P. H. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p.1579-1599, 2011.

SOUZA, A. C.; GULJOR, A. P.; SILVA, J. L. L. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. **AVANCES EN ENFERMERÍA**, v. XXXII, n. 2, p. 292-298, julio-diciembre, 2014.

SOUZA, M. B.; ROCHA, P. M.; SÁ, A. B.; UCHOA, S. A. C. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 3, p. 190-195, 2013.

SPINK, M. J. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. In: _____. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003. Cap. 5, p. 87-121.

STARFIELD, B. Atenção primária e saúde. In: _____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. p. 19-100. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atengcao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2011.

STARFIELD, B. Responsabilidade na atenção primária. In: _____. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. p. 207-418. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atengcao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2011.

TAVARES, A. L. B.; SOUZA, A. R.; PONTES, R. J. S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 35-42, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. Cap. 21, p. 287-301.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez. 2006.

TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 160-174.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **SANARE**, v. 6, n. 2, p. 34-42, jul./dez. 2005/2007.

TRIGO, A. Estado laico, acolhimento religioso: as discrepâncias no atendimento aos dependentes químicos em São Paulo. **Revista Último Andar**, n. 26, p. 35-47, 2015.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. Cap. 5, p. 221-235.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2008. Cap. 16, p. 563-614.

VASCONCELOS, E. M. Visão geral de um serviço de atenção primária à saúde na periferia urbana. In: VASCONCELOS, E. M. et al. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 33-78.

VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1 (supl), p. 729-738, 2009.

VELLOSO, C. Equipe multiprofissional de saúde. **CONFEEF**, p. 24-26, 2005.

VELOSO, T. M. C.; MELLO E SOUZA, M. C. B. Concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre saúde mental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 79-85, 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133-141, jan-mar. 2013.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. (Texto original publicado em 1931).

VIGOTSKI, L. S. Pensamento e palavra. In: ___. **A construção do pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Cap. 7, p. 395-486. (Texto original publicado em 1934).

VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 11 ed. São Paulo: Ícone, 2010. (Texto original publicado em 1988).

VYGOTSKY, L. V. Método de investigación. In: ___. **Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores**. Obras Escogidas, 1995. p. 28-63 (Tomo III). Disponível em: <<http://www.papelesdesociedad.info/IMG/pdf/vygotsky-obras-escogidas-tomo-3.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2016. (Texto original publicado em 1931).

WAIDMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care**: a global perspective, 2008.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

ZANELLA, A. V.; REIS, A. C.; TITON, A. P.; URNAU, L. C.; DASSOLER, T. R. Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 25-33, 2007.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “**A coordenação de equipe na Atenção Primária: reflexões acerca do processo de formação profissional**”⁶⁷, que pretende estudar a atividade de coordenação de equipe na atenção primária a partir da discussão sobre o cuidado na área da saúde mental, tendo em vista desenvolver uma proposta de formação profissional.

Essa pesquisa será desenvolvida por Rosimeire Aparecida Manoel, aluna regular do doutorado no Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP e pela Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin, orientadora do estudo.

O sr(a) foi convidado(a) a participar dessa pesquisa por ser trabalhador(a) atuante ou apoiador(a) na rede de atenção primária há no mínimo 01 (um) ano ou trabalhar nos serviços intersetoriais que estão envolvidos nas ações de saúde mental.

A pesquisa é composta por três etapas (questionário, grupo focal e devolutiva). A primeira etapa consiste na aplicação de um questionário, que abordará assuntos referentes à concepção do cuidado, em especial, o cuidado na área de saúde mental e à organização do trabalho em equipe e da rede assistencial. A segunda etapa envolverá grupos focais (podendo variar de um a três), a fim de levantar as ações que compõem a atividade do cuidado em saúde mental, bem como o papel da coordenação. A terceira etapa é a devolutiva aos profissionais participantes. A segunda etapa será gravada e transcrita. Esse material ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora com a garantia, que será destruído após o término da pesquisa.

Essa pesquisa visa contribuir para a sistematização da formação dos trabalhadores que desempenham ou venham a desempenhar a atividade de coordenação de equipe na atenção primária, a fim de contribuir para a construção de um trabalho em equipe, atuando de maneira coletiva/interdisciplinar e comprometida na produção do cuidado integral em saúde.

É garantido total sigilo dos seus dados pessoais, sendo a divulgação dos resultados realizada para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução em trabalhos científicos.

⁶⁷ Convém explicitar que a intenção inicial do projeto era aprofundar nas discussões sobre a formação profissional, tendo em vista que na coleta de dados contemplava, além das etapas descritas, a realização de uma oficina (intervenção) com os coordenadores e sua avaliação. Como houveram algumas intercorrências que contribuíram para o atraso no início da coleta, decidimos pela exclusão dessa etapa do projeto e readaptação do objetivo da pesquisa, sem prejuízos para a relevância do estudo.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por 05 (cinco) anos.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, as responsáveis estão disponíveis para prestar todos os esclarecimentos necessários⁶⁸. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/3880-1609.

Assim, eu _____

RG nº _____ **concordo em participar** da pesquisa “*A coordenação de equipe na Atenção Primária: reflexões acerca do processo de formação profissional*”. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da responsável pela pesquisa

⁶⁸ Rosimeire Aparecida Manoel (responsável pela pesquisa) – Rua Eça de Queiroz, 94 – Ilha Bela – Ilha Solteira/SP – Email: rosemary_psi@hotmail.com – Telefone: (18) 3743-3656.
Sueli Terezinha Ferrero Martin (orientadora da pesquisa) – Rua Daniel Zacarias, 852 – Jardim Paraíso – Botucatu/SP – Email: sueliterezinha@yahoo.com.br - Telefone: (14) 3813-5447.

Apêndice II - Questionários**QUESTIONÁRIO I (REDE DE SAÚDE)**

Nome (Iniciais): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Serviço em que está inserido: _____

Função/Cargo: _____

Escolaridade:

() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto

() Superior Completo () Superior Incompleto Curso:

() Pós-graduação Nível: Área:

- 1) Há quanto tempo trabalha nesta área?
- 2) Há quanto tempo trabalha neste serviço (atual)?
- 3) Há quanto tempo trabalha com a mesma equipe (atual)?
- 4) Quais profissionais compõem sua equipe de trabalho?
- 5) Como ocorre a organização do trabalho na sua equipe?
- 6) Para você o que é o trabalho em equipe? Descreva um exemplo ou caso ilustrativo.
- 7) Como você define o cuidado em saúde mental?
- 8) Qual o papel da sua equipe no cuidado em saúde mental?
- 9) Como ocorre a coordenação desse cuidado? Existe algum trabalhador ou serviço responsável/referência por essa coordenação?
- 10) Você tem dúvida (s) de como trabalhar em rede? Se sim, qual (is)?
- 11) Em sua opinião, em especial, no cuidado em saúde mental, o trabalho ocorre realmente em equipe inserida numa rede de atenção psicossocial? Se não, por quê? Se sim, explique como ocorre?
- 12) Comentários adicionais

QUESTIONÁRIO II (INTERSETOR)

Nome (Iniciais): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Serviço em que está inserido: _____

Função/Cargo: _____

Escolaridade:

() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto

() Superior Completo () Superior Incompleto Curso:

() Pós-graduação Nível: Área:

- 1) Há quanto tempo trabalha nesta área (Assistência Social, Educação ou outra)?
- 2) Há quanto tempo trabalha neste serviço (atual)?
- 3) Há quanto tempo trabalha com a mesma equipe (atual)?
- 4) Quais profissionais compõem sua equipe de trabalho?
- 5) Como ocorre a organização do trabalho na sua equipe?
- 6) Para você o que é o trabalho em equipe? Descreva um exemplo ou caso ilustrativo.
- 7) Como você define o cuidado em saúde mental?
- 8) Qual a relação do seu serviço com o cuidado em saúde mental?
- 9) Participa de alguma ação com outros serviços para discutir os casos na área da saúde mental?
- 9) Você tem dúvida (s) de como trabalhar em rede? Se sim, qual (is)?
- 10) Em sua opinião, em especial, no cuidado em saúde mental, o trabalho ocorre realmente em equipe inserida numa rede de atenção psicossocial? Se não, por quê? Se sim, explique como ocorre?
- 11) Comentários adicionais

Apêndice III – Roteiro dos grupos focais

- 1) Explicar a proposta da pesquisa e da técnica a todos os participantes.
- 2) Recordar dos aspectos éticos contidos no TCLE, lembrando as condições da participação do profissional e do sigilo.
- 3) Eixos a serem abordados:
 - **Trabalho em equipe** (como ocorre, como deveria ocorrer; aspectos que influenciam, positiva e/ou negativamente, para que o trabalho ocorra em equipe; qual o papel dos membros da equipe para a realização de um trabalho interdisciplinar e resolutivo no cuidado em saúde mental; exemplificar uma situação em que o trabalho ocorreu em equipe e outra que não ocorreu).
 - **Coordenação de equipe e do cuidado** (o papel da coordenação nos serviços; a relação entre a coordenação e a realização de um trabalho em equipe; o que a coordenação deveria fazer; por que não faz; qual profissional deveria assumir a coordenação; que tipo de formação a coordenação deveria ter; as influências da gestão na coordenação local; quem assume a coordenação do cuidado nas ações em saúde mental).
 - **A rede de atenção psicossocial** (composição da rede; papel de cada serviço na assistência; fluxo e responsabilização pelas ações; facilidades e dificuldades no cotidiano do trabalho: aspectos organizacionais e assistenciais).

Apêndice IV – Atividade “Mitos e Verdades”

- 1) Trabalhar em equipe é cada um fazer o seu trabalho sem a influência do trabalho dos demais integrantes da equipe.
- 2) Coordenar equipe é fácil.
- 3) O trabalho na Saúde da Família é centrado na equipe e não no médico.
- 4) Todos os membros da equipe são tratados e reconhecidos igualmente pelos usuários.
- 5) O espaço de reunião de equipe é para todos os membros da equipe discutirem e planejarem o trabalho.
- 6) O coordenador/gerente da unidade tem total autonomia para organizar o processo de trabalho da equipe.
- 7) Estar na assistência contribui para o processo de coordenação da equipe.
- 8) O agente comunitário de saúde tem poder vinculador muito maior do que um psiquiatra ou psicólogo.
- 9) A Estratégia de Saúde da Família é o primeiro serviço que o usuário deve ir quando está com algum problema de saúde, inclusive quando o problema é na área da saúde mental.
- 10) Na saúde da família o principal é olhar a família como um todo e não apenas o indivíduo doente mental.
- 11) Ao encaminhar um usuário para algum serviço da rede de saúde mental, a equipe de saúde da família permanece sendo a responsável pelo acompanhamento e coordenação do cuidado.
- 12) Os coordenadores são os responsáveis por organizar a gestão dos cuidados a serem produzidos pelo serviço, o que inclui a atenção psicossocial.
- 13) O cuidado em Saúde Mental é centrado no tratamento medicamentoso.
- 14) Todos os casos de saúde mental ou sofrimento mental devem ser encaminhados para os serviços especializados.
- 15) Nem sempre é possível articular ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos serviços especializados com a atenção básica.
- 16) Os profissionais de saúde mental devem oferecer o apoio matricial às equipes de Saúde da Família.
- 17) A Saúde da Família é uma estratégia que visa efetivar a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental.

Quadro 6. Caracterização das Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família

	UBSF	ESF A	ESF B	ESF C	ESF D	ESF E	ESF F	ESF G	ESF H	ESF I
COBERTURA	Número de Famílias	1210	1227	1479	1312	1468	1388	1552	1514	1632
	Número de Usuários	3719	3691	4466	4048	4047	3833	4193	4448	4793
COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES	Médico	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	Enfermeira	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	Dentista	01	01	01	00	01	00	00	00	01
	Auxiliar de Dentista	01	01	01	00	01	00	00	00	01
	Tec. de Enfermagem	01	02	02	02	02	01	02	02	01
	ACS	06	06	07	07	06	07	08	09	07
	Atendentes	02	02	02	02	02	02	02	02	02
	ACE	01	01	01	01	01	01	01	01	01
PARTICIPANTE S DA PESQUISA	Grupo Téc. Enfermagem	-	01	-	-	-	01	02	-	-
	Grupo ACS I	-	-	-	-	-	04	-	-	03
	Grupo ACS II	-	-	-	-	-	-	04	05	-
	Grupo ACS III	01	-	03	03	-	-	-	-	-
	Grupo Coordenadoras	01	01	01	-	01	01	-	01	-