



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde

Gestión del trabajo: implicaciones para el cuidado en la Atención Primaria de Salud

Work management: implications for care in Primary Health Care

***Schimith, Maria Denise **Brêtas, Ana Cristina Passarella *Budó, Maria de Lourdes Denardin ***Alberti, Gabriela Fávero *Beck, Carmen Lúcia Colomé**

*Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: ma.denise2011@gmail.com **Escola de Enfermagem, Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de São Paulo ***Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Brasil.

Palavras chave: gestão em saúde; atenção primária a saúde; programa saúde da família; sistema único de saúde

Palabras clave: gestión en salud; atención primaria de salud; programa de salud familiar; sistema único de salud

.Keywords: health management; primary health care; family health program; unified health system.

RESUMO

Objetivo: Descrever as implicações da gestão do trabalho no cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Método: Pesquisa qualitativa, um estudo de caso. A unidade de análise foi uma Unidade de Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram realizadas observações, entrevistas com os trabalhadores e usuários e pesquisas em documentos e em registros. O período de coleta de dados foi fevereiro a julho de 2012 e a análise conforme orientação de estudo de caso.

Resultados: A gestão da unidade caracterizou-se pela falta de escuta e singularidade com a equipe e autoritarismo; a equipe sente-se abandonada pela gestão e as Agentes Comunitárias de Saúde pelas enfermeiras. Há descontinuidade no cuidado.

Discussão: A gestão na saúde precisa pautar o tema da autonomia e responsabilidade do trabalhador. A não responsabilização é um efeito da pós-modernidade. A gestão do trabalho está relacionada com a continuidade do cuidado.

Conclusões: Os conceitos de pluralidade humana e de potencial de poder podem auxiliar na construção de ambientes de trabalhos mais humanos. Aponta-se para a integração com a comunidade

como caminho para a transformação da realidade. A pesquisa pela temática deve responsabilizar-se pela produção de saúde e pelo outro, individual ou coletivamente.

RESUMEN

Objetivo: Describir las implicaciones de la gestión del trabajo en el cuidado en la Atención Primaria a la Salud.

Método: Investigación cualitativa, un estudio de caso. La unidad de análisis fue una Unidad de Salud Familiar de un municipio de Rio Grande do Sul, Brasil. Se realizaron observaciones, entrevistas con los trabajadores y usuarios e investigaciones en documentos y en registros. El periodo de la colecta de datos fue de febrero a julio de 2012 y el análisis conforme orientación de estudio de caso.

Resultados: La gestión de la unidad se caracterizó por la falta de escucha y singularidad con el equipo y autoritarismo; el equipo se sintió abandonado por la gestión y las Agentes Comunitarias de Salud por las enfermeras. Hubo discontinuidad en el cuidado.

Discusión: La gestión en salud necesita pautar el tema de la autonomía y responsabilidad del trabajador. La no responsabilización es un efecto de la postmodernidad. La gestión del trabajo está relacionada con la continuidad del cuidado.

Conclusiones: Los conceptos de pluralidad humana y de potencial de poder pueden ayudar en la construcción de ambientes de trabajo más humanos. Se apunta a la integración con la comunidad como camino para la transformación de la realidad. La investigación de la temática debe responsabilizarse de la producción de la salud, individual o colectivamente.

ABSTRACT

Objective: To describe the implications of the management of care work in Primary Health Care.

Methods: Qualitative research, a case study. The unit of analysis was one of the Family Health Unit of a city in Rio Grande do Sul, Brazil. Observations, interviews with workers and users and research documents and records were made. The data collection period was from February to July 2012 and as directed analysis of a case study.

Results: Unit management was characterized by lack of listening and uniqueness with the staff and authoritarianism, the team feels abandoned by management and the Community Health Agents by nurses. There is discontinuity in care.

Discussion: Managing health needs guided the theme of autonomy and responsibility of the employee. The accountability is not an effect of postmodernity. The management of labor is related to continuity of care.

Conclusions: The concepts of human plurality and potential power can assist in building a more humane work environment. It looks to the integration with the community as a way to transform reality. The search for the theme should be responsible for the production of health and the other, individually or collectively.

INTRODUÇÃO

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), muito se avançou no acesso e na qualidade da atenção à saúde. No entanto, alguns aspectos ainda precisam ser construídos e consolidados, a exemplo da gestão do trabalho que apresenta discrepância em relação às políticas e práticas desenvolvidas nas instituições.⁽¹⁾

Este artigo insere-se na discussão da gestão do trabalho e problematiza a interface desta com o cuidado produzido em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Desse

modo, caso o trabalhador não se sinta participante, sujeito ativo do projeto terapêutico da comunidade de sua área de abrangência, tende a não ser criativo e não se responsabilizará pelo resultado do projeto, no caso da Atenção Básica (AB), a promoção da saúde, prevenção e recuperação do adoecimento.

Vale destacar que o sucesso de cuidar deve-se, em parte, as relações de cuidado construídas em diferentes instâncias da cultura organizacional. O ato de cuidar humaniza o ser e pressupõem valores e elementos indispensáveis no seu exercício pleno. Para que ocorra, é necessária consciência de cuidado que envolve discernimento, intuição, pensamento crítico, decisão e sensibilidade. ⁽²⁾

A humanização do SUS, proposta em 2004, é uma política transversal e apresenta como meta a produção da saúde indissociada da produção de sujeitos que são os trabalhadores e usuários. Para tanto, deve-se “investir na *produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos* que constituem os sistemas de saúde e dele usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo”. ^(3:8)

No entanto, a sociedade moderna pode ser caracterizada por uma crescente individualização que consiste “em transformar a ‘identidade’ humana de um ‘dado’ em uma ‘tarefa’ e encarregar os atores da responsabilidade de realizar essa tarefa e das conseqüências (assim como os efeitos colaterais de sua realização”. ^(4:40) Desse modo, a modernidade e individualização são consideradas a mesma condição social que atinge todos os setores da sociedade, assumindo-se em diferentes variações. ⁽⁴⁾ Essa construção teórica pode ser considerada na gestão da saúde, pois é possível encontrar esta condição social entre trabalhadores e usuários.

Somando-se a isso, dentre as necessidades de saúde atuais, tem-se um aumento das condições crônicas que exigem dos sistemas de saúde uma especificidade na organização. Destaca-se a importância das equipes da AB integradas com outros pontos do sistema, promovendo a continuidade do cuidado ao usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS). No Brasil, a principal estratégia de organização da AB é a Saúde da Família que deve orientar-se pelos princípios e fundamentos da AB, definidos na Portaria 2488/2011. Tal portaria prevê, entre seus fundamentos, que a AB deve ser a porta de entrada aberta e preferencial da RAS, de forma que acolha os usuários e promova a vinculação e corresponsabilização pelo cuidado às necessidades de saúde. Reforça ainda que “a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica” e, portanto, da Estratégia Saúde da Família (ESF). ⁽⁵⁾

Assim, faz-se necessário, apostar na gestão de pessoas, prevendo a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando o compromisso com a produção de saúde e o crescimento profissional. ⁽³⁾ A implicação para o cuidado neste modo de pensar a gestão de pessoas, está implícita no conceito de cuidado que é considerado um ato de “tomar conta” do próximo, permitindo e assegurando a continuidade da vida. ⁽⁶⁾

Essa linha de pensamento considera que os trabalhadores da saúde são núcleo central das práticas de cuidado e, simultaneamente, a base técnica e social do sistema de saúde. Com a construção desta linha de pensamento, definiu-se como questão de pesquisa: Como a gestão do trabalho influencia no cuidado em uma Unidade de Saúde da Família (USF)? E como objetivo: descrever as implicações da gestão do trabalho no cuidado em uma Unidade de Saúde da Família.

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa qualitativa, desenvolvida a partir de um estudo de caso. Define-se estudo de caso como o que “investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”.^(7:39) Os cinco componentes essenciais do estudo de caso foram contemplados: questões do estudo; proposições; unidade de análise; coerência que une os dados às proposições e critérios para interpretação dos dados.

A unidade de análise ou o “caso” foi uma USF de um município localizado no centro do estado do Rio Grande do Sul que possui uma população em torno de 261 mil habitantes. Nas USF atuam 16 equipes da ESF, sendo que cada equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em cinco unidades há equipes de saúde bucal, odontólogo e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Destas equipes, uma trabalha em duas USF rurais.

O limite espacial do caso, ou seja, a unidade de análise foi uma USF com duas equipes básicas e equipe de saúde bucal.⁽⁷⁾ Os trabalhadores das equipes, enfermeiras, as técnicas de enfermagem, a odontóloga e a ACD ingressaram na ESF com o concurso público realizado em 2011. O cargo de médico ainda estava com um contrato temporário de prestação de serviços, pois o concurso não conseguiu preencher a vaga. As ACS ingressaram pelo concurso público realizado em 2008. Ainda, atuava nesta USF, uma recepcionista que iniciou seu trabalho como auxiliar de limpeza e com o tempo assumiu a recepção; um servidor que fazia a limpeza da unidade e que no turno da tarde assumia também a recepção e o coordenador da unidade, cargo de confiança do governo municipal, sem formação na área.

A USF não está sendo considerada uma amostra das demais ESF de Santa Maria, pois se considera que os estudos de caso “são generalizáveis às proposições teóricas e não às populações”.^(7:36)

A coleta de dados atendeu aos três princípios essenciais que são: a utilização de múltiplas fontes de evidência; a criação de um banco de dados e a manutenção de uma conexão entre estas evidências.⁽⁷⁾ Nesta pesquisa, foram realizadas observação com registro em diários de campo, entrevistas com os trabalhadores e usuários e pesquisas em documentos e em registros de sistemas de informações.

As observações foram do tipo participante, não estruturada e direta, realizada durante períodos em que a USF estava em funcionamento, principalmente durante as práticas de cuidado. As práticas de cuidado foram consideradas como todas as ações que envolviam o encontro entre trabalhadores e usuários. Também se observou as reuniões de equipe, encontros com a comunidade e entre os membros da equipe, os quais aconteciam informalmente durante os turnos de trabalho.

A descrição das observações foi minuciosa, detalhada e densa, buscando captar o que estava acontecendo durante os períodos observados e o diário de campo contribuiu para facilitar a análise, minimizando pensamentos convencionais.⁽⁸⁾ As observações foram realizadas pela pesquisadora e observadoras auxiliares, as quais receberam treinamento prévio, o que aumentou a confiabilidade dos dados observados e evitou a parcialidade.

O diário de campo foi elaborado pela pesquisadora e pelas auxiliares de pesquisa, inicialmente com anotações individuais que foram confrontadas e discutidas, favorecendo a fidedignidade à observação. As observações perfizeram um total de 76h25min e o período de coleta de dados foi de fevereiro a julho de 2012.

As entrevistas foram realizadas com as duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma médica, uma odontóloga, uma ACD, o auxiliar de serviços gerais, o coordenador da USF e quatro ACS. Também foram entrevistados seis usuários que durante o período da coleta de dados, receberam um encaminhamento a outro ponto da RAS do município, totalizando 19 entrevistas.

A documentação analisada consistiu em cadernos de atas da equipe, relatórios da equipe, relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), agendas dos encaminhamentos e ofícios recebidos. A documentação foi usada com cuidado, evitando serem tomados como registros literais do ocorrido, lembrando que o documento não foi redigido para a pesquisa e sim para alguma outra finalidade específica.⁽⁷⁾

As proposições teóricas guiaram a análise de estudo de caso e foi conduzida de modo a perseguir a resposta à questão de pesquisa e aos objetivos estabelecidos. Também a coleta de dados, mediados pela orientação teórica, com pressupostos, serviram de guia para a análise.⁽⁷⁾ A estratégia analítica foi a elaboração do *corpus* da pesquisa e os dados da pesquisa foram revisitados várias vezes, permitindo a identificação de marcadores importantes para orientar a análise e evitar interpretações *a priori*.

Para assegurar uma condução ética durante o processo da pesquisa, foram atendidas integralmente as orientações e disposições da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e aprovado sob protocolo nº 1939/11. Também passou por aprovação da equipe de saúde estudada e da SMS. A participação na pesquisa se deu a partir da aceitação dos sujeitos e firmada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Neste artigo, utilizaram-se as abreviaturas dos cargos seguidas de um número, considerando: ACS para Agente Comunitário de Saúde; ACD para Auxiliar de Consultório Odontológico; Coord para coordenador; CD para cirurgião dentista; Enfa para enfermeira; MD para médico; Recep para recepcionista e TE para técnico de enfermagem.

RESULTADOS

O modo de gerenciar a USF pode estar relacionado com o modo como os trabalhadores assumem sua responsabilidade e sua autonomia, desencadeando processos de desequilíbrio destas forças. Em alguns momentos, observou-se que a equipe não possui autonomia, por exemplo, para iniciar a reunião de equipe que acontece todas as quartas-feiras à tarde.

Estão todos sentados na sala de espera. [...] São 12h15min, toda a equipe está na sala, conversando paralelamente. [...]. Odontóloga pergunta: a reunião é só conosco? Respondem que sim. [...]. Pesquisadora pergunta: o que estamos esperando? Enfa1: o coordenador! (Diário de campo, 04/04/12).

As reuniões de equipe são utilizadas pelo coordenador, prioritariamente, para repassar decisões da gestão, fazer cobranças e disparar assuntos relacionados à organização da equipe, sem aprofundamento.

Coord. inicia a reunião informando que amanhã o horário volta ao normal: 8h-12h e 13h-17h. (Diário de campo, 29/02/12).

Em reunião de equipe, Coord. conta que telefonaram para ele 'xingando' a unidade, pois o paciente tinha vindo três vezes e não tinha conseguido consultar. (Diário de campo, 02/05/12).

Identifica-se um modo de gerenciar baseado na crítica e na cobrança, desqualificando a equipe. Uma pauta constante das reclamações do coordenador é a questão do cumprimento do horário, mas ao mesmo tempo é permissivo, não enfrentando questões de difícil abordagem como o horário médico.

(Em reunião de equipe). Coord: tem que disponibilizar consultório para o outro médico (trata-se de um clínico que iniciaria atendimento à tarde). MD fala: já fizemos isso, eu chego às 13h até às 15h e o (nome do médico) chega às 15h, mas isso não registra em ata, é por baixo dos panos. Coordenador não fala nada. (Diário de campo, 29/02/12).

Em outro momento o coordenador cobra o cumprimento do horário da médica, mas sem a presença dela, relativizando sua responsabilidade sobre o assunto.

(Reunião de equipe) Coord: outra coisa a médica recebe 8hs pagas por dia. [...] Explica a situação do vínculo empregatício da médica. [...] Enfa 1: quem vai falar com ela? Coord: eu posso falar com ela junto com vocês, vocês são do PSF, eu não sou. Vamos aproveitar para fazer planejamento, essas coisas que é de PSF e vocês sabem mais que eu. (Diário de campo, 02/05/12).

O cumprimento do horário é relativizado por todos os membros da equipe e a característica considerada 'normal' pelos outros membros da equipe é o atraso da médica e a saída mais cedo da unidade. Como o processo de trabalho dela envolve, predominantemente, a realização de consultas, quando estas terminam, ela deixa a USF. No entanto, este modo de gerenciar influencia na organização das práticas de cuidado.

Em reunião de equipe Enfa2 fala de uma atividade realizada em uma comunidade rural da área de abrangência da USF. Coord fala: a doutora atendeu só duas ou três pessoas. Tem que fazer, mas tem que levar gente. Fazer ir gente, se não a gente gasta um horror. Enfa2: se são poucas pessoas que moram lá, se atender três está bom. (Diário de campo, 29/02/12).

No dia em que a atividade seria realizada, ouviu-se um diálogo revelador do autoritarismo do coordenador na gerência da USF e também a falta de planejamento de equipe.

Na recepção, uma mulher pede para consultar à tarde e a recepcionista antes de responder fala para a Enfa2: o coordenador pediu para a médica não ir ao grupo de tarde. Enfa2 diz: tudo bem então. Pesquisadora pergunta se é o grupo que foi discutido na reunião de equipe, ela diz que sim, que é na (nome da comunidade), uma

comunidade rural, com poucos moradores e que o coordenador não deve ter votantes lá, por isso ele não quer a médica vá. Pesquisadora pergunta: a população foi avisada que a médica não estará hoje a tarde? Enfa2 diz que não e que realmente vai encher de gente para consultar e o coordenador não vai gostar. (Diário de campo, 13/03/12).

A equipe não demonstra autonomia para sustentar a participação da médica no grupo e, ao mesmo tempo, não planeja previamente a saída da médica da USF. Com isso, o que resta é acatar a decisão do coordenador, mesmo a enfermeira considerando isso uma escolha eleitoreira, revelando que o modo de gerenciar interfere no processo de trabalho da equipe, gerando desresponsabilização. A relativização do horário pode ser uma das consequências disso. A questão não é só o cumprimento da carga horária, mas o quanto a equipe está comprometida com a proposta de ESF.

A ACS fala de situações que são trazidas para a equipe e sentem que os casos não são acolhidos e não há corresponsabilização, deixando as ACS sozinhas na condução. Ao realizarmos Visita Domiciliária (VD) com as ACS são revelados mais detalhes dessa questão.

No caminho a ACS2 [...] fala que já havia pedido ajuda, mas as enfermeiras não saem da unidade. Conta de uma gestante, [...] é HIV positiva, o primeiro filho já está com a doença também, mas na outra gravidez a enfermeira (que atuava na época) ficava no pé da paciente [...]. Já a atual enfermeira não sai muito da unidade, o que dificulta o cuidado a essas pessoas. A Enfa cuida quando não comparecem na consulta, fica preocupada, mas não sai para averiguar realmente a situação e por isso telefona para as ACS, ficando muita responsabilidade para elas. (Diário de campo, 27/04/12).

ACS1: é difícil trabalhar assim, sem assistência da enfermeira. A Enfa1 não gosta de grupo. [...] perguntei por que ela não vinha nos meus grupos [...]. Ela falou olhando no meu olho: eu não gosto de grupo. (Diário de campo, 23/04/12).

Destaca-se a responsabilização da ACS e a falta de apoio sentida por elas. A condução de uma situação trazida por outra ACS em reunião de equipe corrobora com os diálogos acima.

(Reunião de equipe) [...] ponto de pauta da ACS3: tenho uma grávida assim, senti uma pobreza extrema, está passando fome, a família desunida por causa das necessidades, mãe recebe aposentadoria, mas é pouco, irmão drogado, rouba as coisas para vender. Ela faz programa (se prostitui). Estava com uma baita infecção, corri a manhã inteira para conseguir um carro para levar ela no Pronto Atendimento (PA), liguei para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) [...] não podiam atender. Consegui um carro com um vizinho para levá-la ao Centro Obstétrico (CO) do hospital universitário, mas graças a Deus era só infecção. Conta que conseguiu um pacote de massa e um de feijão para ela dar comida para as crianças, tem dois filhos pequenos. ACS ficou com os filhos da gestante enquanto ela foi ao hospital. A ACS4 assume a condução do caso e passa várias informações sobre como conseguir alimentos e deslocamento para usuários. [...] Alguém bate na porta dos fundos e a conversa ruma para outros assuntos [...]. Iniciam outra pauta e a pesquisadora diz: tem uma gestante nesta história, pelo que foi falado está com infecção. É urinária? Se for isso configura risco gestacional. Enfa1 diz: sim!?! (com expressão: e daí?). ACS3 diz que ela foi orientada a usar um creme vaginal. Concluímos que não é infecção urinária então. [...] Enfa2 diz: não entendo porque as

pessoas procuram problemas, já não bastam os que têm! Passou-se para outro ponto da pauta (Diário de campo, 23/05/12).

Desta observação pode-se apreender que quem conduziu as informações na questão social foi a ACS, a qual tem muitos anos de trabalho, experiências adquiridas nesta área de abrangência e que é líder comunitária. Observou-se que as enfermeiras não se associam a elas para conduzir o caso, nem pela questão clínica, não surgindo nenhuma proposta de VD pela enfermeira ou de agendamento de consulta de enfermagem. Cabe ressaltar, no entanto, que durante a pesquisa pode-se identificar que as enfermeiras acompanham todas as gestantes, intercaladamente com consulta médica na USF, evidenciando dificuldade de acompanhar as gestantes na VD.

Percebeu-se que as questões relacionadas à violência doméstica contra a criança também são conduzidas pelas ACS. Após várias solicitações foi agendada uma reunião com o Conselho Tutelar.

[...] as ACS não contam com as enfermeiras, desconsiderando a opinião delas. As pessoas que menos falaram na reunião foram as enfermeiras, as técnicas de enfermagem e a equipe saúde bucal, caracterizando que o “problema é das ACS”. (Diário de campo, 20/06/12).

Por outro lado, toda a equipe também se sente sozinha, desprotegida e sem respaldo da gestão. Pela análise dos ofícios recebidos identificou-se que a coordenação específica para a ESF foi nomeada somente em 01 de julho de 2012, ou seja, desde o ingresso dos trabalhadores concursados não havia uma pessoa específica para o cargo, o que dificulta a gestão das USF considerando a complexidade que elas comportam. A falta de escuta e da singularização de cada USF pela gestão é sentido pela equipe.

(Reunião de equipe) Enfa2: o remapeamento primeiro. Fui numa reunião na SMS na sexta, entreguei o que vocês tinham passado na semana passada e a (nome) me disse que não queria aquilo, ela queria o CD com o Siab (Sistema de Informação da AB) digitado, ela pensou que nós tínhamos o Siab instalado. Eu disse para ela, olha nós não temos nem computador, que dirá o Siab. Ela disse que não sabia que não tínhamos. ACS 4: eles nunca sabem nada. (Diário de campo, 02/05/12).

ACD: [...] tem pedidos que a gente faz aqui, não sei se tivesse alguém para tratar, alguém só para cuidar do USF seria melhor. Pesquisadora: Vocês se sentem soltos?

ACD: É (silêncio) eu acho que é. Quase todos nós aqui reclamamos quase sempre a mesma coisa, parece que a gente não é ouvido. O fotopolimerizador ficou seis meses sem vir para unidade, e a gente ligando para todo mundo e tendo que ouvir tudo quanto é coisa, sempre empurrando e mandando os pacientes embora ou (tínhamos que) fazer um ionômero porque não tinha, em dente incisivo central, e tu bates nesse tipo de coisa, não tem o que se fazer. (Entrevista ACD).

Evidenciou-se um imbricamento de situações que pode estar determinando a sensação de não escutana equipe, e também identificou-se consequências disto, numa relação dialógica, profundamente relacionada com a continuidade do cuidado na RAS do município. Um fato que exemplifica isso foi um encaminhamento para oncologia encontrado pela pesquisa em um envelope com o rótulo “diversos” na pasta que armazena os encaminhamentos. Perguntou-se para a Enfa2 se a oncologia não é

direto no Serviço de Referência no hospital universitário (HU). Ela respondeu que se informaria. Uma semana depois perguntou-se para a recepcionista.

[...] pesquisadora: não é direto no HU? Recepcionista: sim, mas não fui eu quem recebeu o encaminhamento. Pesquisadora verifica o envelope para ver se ainda está ali, pois já havia passado isso para a Enfa 2. Estava. Um encaminhamento com data de 13/01/12, feito por uma médica de outra USF, mas de um paciente da área de abrangência da USF estudada, com diagnóstico de câncer de próstata, com cirurgia realizada há quatro meses, apresentando dor. Pesquisadora pergunta para a recepcionista: como fica? Ela responde que ela não vai fazer nada. Pesquisadora: eu vou telefonar para o HU. Após a busca de informações descobre-se que o paciente ainda não havia sido atendido. O coordenador pergunta o que está havendo, pesquisadora explica. O paciente foi chamado à USF por telefone e minutos depois um familiar vem até a USF buscar o encaminhamento e é orientado: levar o encaminhamento com cópia dos exames até a oncologia do HU, lá agendarão a consulta. O pedido ficou três meses parado na USF, com descrição da patologia, ou seja, o critério técnico poderia ser avaliado, priorizado. (Diário de campo, 09/03/12).

Como a equipe não se envolve com os encaminhamentos, é possível que um espere pelo outro e que ninguém faça algo, revelando a não responsabilização com a continuidade do cuidado ao usuário na RAS.

DISCUSSÕES

O modo de organizar e coordenar o processo de trabalho da equipe estudada influencia na continuidade do cuidado. Uma interligação de fatores pode estar conectada de forma cíclica, ou seja, condicionando e determinando uns aos outros.

A coordenação da unidade e da SMS, com as características reveladas na pesquisa, tratando problemas graves com críticas rasas e sem aprofundamento, pode estar produzindo uma equipe que não se responsabiliza por algumas questões (que ficam com o comando do coordenador). Ainda, as ACS sentem-se sem respaldo da equipe e esta, por sua vez, sente-se abandonada pela gestão. Uma verdadeira roda viva.

Não é recente a discussão teórica de que o modo de gerir o trabalho em saúde necessita descobrir múltiplas combinações de forças da autonomia e da responsabilidade no trabalho, reconhecendo o paradoxal antagonismo entre elas.⁽⁹⁾ A proposta parte da constatação que o trabalhador precisa ter liberdade, mas para o trabalho ter eficácia e eficiência é imprescindível que tenha também a capacidade de se responsabilizar pelos problemas dos outros. Para definir os ângulos de transversalidades destas diretrizes, o autor propõe que sejam usados três critérios balizadores das combinações. O primeiro deles seria a capacidade de produzir saúde que, no caso da ESF, está explícito em seus objetivos ⁽⁵⁾, mas sabemos que a transformação de objetivos em prática, não se dá por normas e sim no cotidiano do trabalho⁽¹⁰⁾, visível nos resultados desta pesquisa. Neste caso, seria “omissão condenável não apontar caminhos alternativos de mudança”.^(9:233)

O segundo critério seria a viabilidade técnica, financeira e política da proposta, discutida em outros trabalhos e o último, a realização profissional e financeira dos trabalhadores.⁽¹¹⁾ Este último passa pela aproximação do trabalhador à obra, conceituada como o reconhecimento do resultado do trabalho, tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário e sociedade.^(9:235) O respeito público que torna mais satisfatório o

trabalho, seria o resultado de reaproximar o trabalhador de sua obra, principalmente, com “liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade aos profissionais”. No que tange a questão clínica, o vínculo entre profissional e paciente seria imprescindível.

A gestão na saúde na AB que pretenda gerar o resultado de produzir saúde precisa pautar o tema da autonomia e responsabilidade do trabalhador em saúde, aproximando-o de sua obra, favorecendo a construção de vínculo longitudinal, considerado como a relação terapêutica estabelecida entre trabalhador da equipe e usuário, na qual há o reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo.^(12:1038) Portanto, a baixa responsabilização e autonomia da equipe com seu processo de trabalho, somada a falta de estrutura da USF, como por exemplo, a ausência de trabalhador específico para a recepção e equipe com pouco conhecimento sobre a RAS, podem estar gerando iniquidades aos usuários da área de abrangência.

Cabe ressaltar que autonomia do trabalhador pressupõe liberdade, não no sentido de independência do ser humano, mas ao contrário, na acepção de que para o ser humano ter liberdade, a consequência é de que “não pode contar consigo mesmo nem ter fé absoluta em si próprio (e as duas coisas são uma só)”.^(13:256) Para se ter autonomia é necessário contar com os outros, nas palavras da autora, pela alegria de conviver em grupo, “num mundo cuja realidade é assegurada a cada um pela presença de todos”.

Outro desafio para a gestão do trabalho é a simplificação de assuntos complexos como a violência doméstica. O não enfrentamento da complexidade gera a transferência de responsabilidade e vice versa, o repasse de responsabilidade para alguém que não pode ser o único sujeito da ação não permite o enfrentamento da complexidade. Neste sentido, faz-se necessário lembrar que “quando a complexidade da situação é descartada, fica fácil apontar para aquilo que está mais à mão como sendo causa das incertezas e ansiedades modernas”.^(14:4)

É importante trazer para a discussão, que para a equipe sentir-se realizada, as ações propostas sejam assumidas pela comunidade, por exemplo, ao se decidir efetuar grupos de promoção da saúde haverá uma redução de ofertas clínicas na USF. Para realizar esse tipo de pactuação, é imprescindível que a equipe exerça poder na USF. Nas palavras de Arendt H.^(13:212): O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções, mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades.

A autora fala em “potencial de poder”, considerando que o poder não é uma entidade imutável, “o poder passa a existir entre os homens quando eles agem juntos, e desaparece no instante em que eles se dispersam”. Desse modo, o fator material indispensável para a geração de poder é a convivência entre os homens. A proximidade possibilita a retenção de poder e caracteriza a potencialidade da convivência. O poder possuído como força, logo, como ação, torna-se ilimitado, não encontra limitação física na natureza humana, ao contrário da força. Sua limitação é a existência de outras pessoas, pois o poder humano corresponde à condição humana da pluralidade, assim, a interação de poderes pode gerar, inclusive, mais poder.^(13:213)

A alternativa ao poder é a força, que não pode ser dividida, somente controlada e “superada pelo potencial de poder da maioria”. A força pode destruir o poder, mas nunca substituí-lo, “daí resulta a combinação política, nada incomum, de força e impotência”.^(13:214) Tomando esses conceitos como base, pode-se afirmar que para produzir saúde é imprescindível construir o potencial de poder da equipe, não como trabalhadores que trabalham lado a lado, mas reconhecendo a presença do outro, na perspectiva da pluralidade humana.

Neste sentido, lembrar que a produção de saúde sendo um “produto” da ação e do discurso, é “ainda menos duráveis e mais fúteis que o que produzimos para o consumo. Sua realidade depende inteiramente da pluralidade humana, da presença constante de outros que possam ver e ouvir e, portanto, cuja existência possamos atestar”.^(13:106) Reforça-se assim, a necessidade de agir em conjunto, com a participação de todos, incluindo a comunidade. A consequência do reconhecimento à pluralidade é “a impossibilidade de permanecer como senhores únicos do que fazem, de conhecerem as consequências de seus atos e de confiarem no futuro”.^(13:256)

A transformação da realidade depende desta integração com a comunidade, pois quando se é comprometido com a libertação do ser humano, não se pode temer enfrentar, nem temer ouvir, nem temer o desvelamento do mundo.⁽¹⁵⁾ O trabalhador de saúde comprometido com a comunidade,

Não teme o encontro com o povo. Não teme o diálogo com ele, de que resulta o grande saber de ambos. Não se sente dono do tempo, nem dono dos homens, nem libertador dos oprimidos. Com eles se compromete, dentro do tempo, para com eles lutar.^(15:14)

Para explicar esse fenômeno da não responsabilização, é necessário teorizar acerca dos efeitos da pós-modernidade sentido na sociedade, ou seja, “sociedade da modernidade líquida”. Apesar de sermos seres reflexivos, pode-se explicar a realidade estudada o fato de que não se alcançou “os complexos mecanismos que conectam nossos movimentos com seus resultados e com o que os determinam, e menos ainda às condições que mantêm esses mecanismos em operação”.^(4:31)

A sociedade contemporânea é uma sociedade de “indivíduos livres”, que não deixou de ser crítica, mas deu “um sentido inteiramente novo e inventou um modo de acomodar o pensamento e a ação crítica”, que aproxima a sociedade moderna do “padrão do acampamento”. Neste padrão:

O lugar está aberto a quem quer que venha com seu trailer e dinheiro suficiente para o aluguel; os hóspedes vêm e vão; nenhum deles presta muita atenção a como o lugar é gerido, desde que haja espaço suficiente para estacionar o trailer, as tomadas elétricas e encanamentos estejam em ordem e os donos dos trailers vizinhos não façam muito barulho e mantenham baixo o som de suas TVs portáteis e aparelhos de som depois de escurecer. Os motoristas trazem para o acampamento suas próprias casas equipadas com todos os aparelhos de que precisam para a estada, que em todo caso pretendem que seja curta. Cada um tem seu próprio itinerário e horário. O que os motoristas querem dos administradores do lugar não é muito mais (mas tampouco menos) do que ser deixados à vontade. Em troca, não pretendem desafiar a autoridade dos administradores e pagam o aluguel no prazo. [...] Se se sentirem prejudicados, podem reclamar e cobrar o que lhes é devido – mas nunca lhes

ocorreria questionar e negociar a filosofia administrativa do lugar, e muito menos assumir a responsabilidade pelo gerenciamento do mesmo”.^(4:31-32)

Esse novo padrão de comportamento da sociedade líquida, ao contrário da modernidade pesada/sólida/condensada/sistêmica, veio instituir uma “crítica ao estilo consumidor”, em oposição a “crítica ao estilo produtor” que seguia o “modelo da casa compartilhada”. O autor define os dois tipos de sociedade e cita duas características que tornam a modernidade atual nova e diferente. A primeira é que há um colapso na antiga ilusão moderna de que a sociedade, em algum momento, será justa, boa e sem conflitos, que haverá “um fim no caminho em que andamos”; “do completo domínio sobre o futuro – tão completo que põe fim a toda a contingência, disputa, ambivalência e consequências imprevistas das iniciativas humanas”. A segunda característica é a “desregulamentação e a privatização das tarefas e deveres modernizantes”. O que era considerado “uma tarefa para a razão humana, foi fragmentado (‘individualizado’)”. Essa realocação do discurso foi da “sociedade justa” para o dos “direitos humanos”. Como consequências teve-se um Estado mais leve, que se livrou de seus deveres “emancipatórios”, ficando somente com o “dever de ceder a questão da emancipação às camadas média e inferior”, a quem foi relegado todo o peso da modernidade atual.^(4:31-38)

Destaca-se que “a ‘individualização’ consiste em transformar a ‘identidade’ humana de um ‘dado’ em uma ‘tarefa’ e encarregar os atores da responsabilidade de realizar essa tarefa e das consequências (assim como dos efeitos colaterais) de sua realização”.^(4:40) A concepção da individualização na sociedade, e não difere da equipe da USF estudada, transfere para o indivíduo a responsabilidade por tudo o que lhe acontece, mesmo que isso seja produzido socialmente. Nas palavras do autor: “riscos e contradições continuam a ser socialmente produzidos; são apenas o dever e a necessidade de enfrentá-los que estão sendo individualizados”. Considera que não se tem escolha, que a individualização é uma fatalidade, mas “toda a elaboração sobre os meios de enfrentar seu impacto, parte do reconhecimento desse fato”. No entanto, “a principal contradição da modernidade fluída – contradição que, por tentativa e erro, reflexão crítica e experimentação corajosa, precisamos aprender a manejar coletivamente” é o abismo entre o direito à autorealização e a capacidade de controle das situações sociais.^(4:43-47)

Ainda, “os homens e mulheres são naturalmente tentados a reduzir a complexidade de sua situação a fim de tornarem as causas do sofrimento inteligíveis e, assim, tratáveis”. Considera que “nosso tempo é propício aos bodes expiatórios”.^(4:48) Com isso pode-se explicar o cotidiano da equipe estudada, que se utiliza do padrão do acampamento quando não assume a responsabilidade pelos casos.

A individualização dos problemas produzidos socialmente e a busca por um bode expiatório para problemas complexos também pode ser explicada por essa construção teórica. Assim, revela-se como a macroestrutura se manifesta na condução dos casos e encaminhamentos para outros pontos da RAS. Os trabalhadores sofrem e produzem a macroestrutura da sociedade líquida, gerando a tradução da saúde como bem de consumo, em oposição à proposta de saúde como bem de uso, direito de cidadania.

Numa sociedade dominada pelo consumo, os laços humanos se fragilizam, considerando que “ao contrário da produção, o consumo é uma atividade solitária” e a produção requer cooperação.

No caso de tarefas mais complexas que envolvem a divisão do trabalho e demandam diversas habilidades especializadas que não se encontram em uma só pessoa, a necessidade de cooperação é ainda mais óbvia; sem ela, o produto não teria chance de surgir. É a cooperação que transforma os esforços diversos e dispersos em esforços produtivos. ^(4:189)

Uma das atividades humanas mais complexas é justamente a produção de saúde. Portanto, aponta-se uma necessidade emergente na sua condução, aprender a navegar na liquidez da sociedade e construir, ainda que temporariamente, cais que possibilitem segurança aos trabalhadores, usuários e gestores.

Pode-se resumir, sem diminuir ou simplificar, que a questão da gestão do trabalho está diretamente relacionada com a continuidade do cuidado. Novos modos de gerir o trabalho na sociedade da modernidade líquida precisam ser estudados. Modos que contradigam a tese de que a academia não está mais interessada “na tarefa de ilustração e de elevação espiritual do povo. Os intelectuais pararam, em grande parte, de se definir pela responsabilidade que tem para com ‘o povo’, a nação e a humanidade”. ^(14:7)

Defende-se que a pesquisa busque caminhos que levem a produzir saúde e felicidade aos usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Com esta intencionalidade, precisa-se apostar numa nova ética, que não seja colonizada pela ciência, mas que assuma o princípio da responsabilidade. Este princípio reside “na preocupação ou cuidado que nos coloca no centro de tudo o que acontece e nos torna responsáveis pelo outro, seja ele um ser humano, um grupo social”. “A nova não é antropocêntrica, nem individualista, nem busca apenas a responsabilidades pelas consequências imediatas. É uma responsabilidade pelo futuro”. ^(16:112)

CONCLUSÕES

A pesquisa revelou que a forma de gerir o trabalho na equipe combina cobranças e críticas e evidenciou a falta de escuta e singularidade com os trabalhadores da USF. A gestão também se apresentou ora autoritária ora permissiva. A falta de apoio e acompanhamento da gestão para com a equipe também é sentida pelas ACS em relação às enfermeiras.

A continuidade no cuidado apresenta fragilidades, dentre as quais se destaca a não resolução de casos trazidos pelas ACS ou identificados pela equipe, sugerindo a simplificação da complexidade. A roda viva de abandonos identificada é alimentada pela equipe que não se responsabiliza (tratada como um fenômeno da pós-modernidade) e pela gestão que não permite o autogoverno dos trabalhadores, gerando falta de respaldo às ACS. A ausência de diálogos entre equipe e gestor, a falta de singularização para com as demandas da equipe e o desconhecimento dos fluxos de encaminhamento indicam a complexidade e a premência deste tema gestão do trabalho na saúde.

Na discussão dos resultados procurou-se traduzir construções teóricas importantes para o cotidiano das equipes e para a gestão. O conceito de pluralidade humana e de potencial de poder podem auxiliar na construção de ambientes de trabalhos mais humanos, tanto para gestores e trabalhadores, quanto para usuários.

A integração com a comunidade foi destacada, pois acredita-se que é um caminho para a transformação da realidade. A pesquisa neste tema deve responsabilizar-se pela produção de saúde e pelo outro, individual ou coletivamente.

REFERÊNCIAS

1. Morici MC, Barbosa ACQ. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2013, vol.47, n.1 [citado 2013-10-22], pp. 205-225. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000100009>.>
2. Waldow, VR. Atualização do cuidar. *Aquichán* [serial on the Internet]. 2008 Apr [cited 2014 Feb 13]; 8(1): 85-96. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008&lng=en.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Bauman Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Collière MF. *Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem*. 4ª ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.
7. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
8. Becker HS. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.
9. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio, LCO. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. Hucitec: São Paulo, 1997.
10. Franco TB, Chagas RC, Franco CM. Educação Permanente como prática. In: Pinto S, Franco TB, Magalhães MG et al. *Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ*. São Paulo: Hucitec, 2012.
11. Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trab. Educ. Saúde*. 2010; 8 (1):27-53.
12. Cunha EM, Giovanela L Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 Suppl 1:1029-42.
13. Arendt H. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2001.
14. Bauman Z. A sociedade líquida. Entrevista concedida à Folha de São Paulo, por Maria Lúcia Garcia Pallares-Burke. 19 de outubro de 2003. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/4_Encontro_Entrevista_A_Sociedade_Liquida_1263224949.pdf. Acesso em 01 de setembro de 2012.
15. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

16. Santos BS. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 7a ed. São Paulo: Cortez; 2009.

Recebido: 07 de março de 2014; Aceito: 06 de julho de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia