



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE SAÚDE EM SEU COTIDIANO E SUAS PRÁTICAS

SOCIAL REPRESENTATIONS OF PROFESSIONALS IN A HEALTH CENTER: THEIR QUOTIDIAN ROUTINES AND THEIR PRACTICE

Aparecida Sílvia MELLIN¹
Oswaldo Yoshimi TANAKA²

RESUMO

A abordagem das Representações Sociais como conceito e teoria, propostas por Serge Moscovici, fundamentou o presente trabalho realizado com profissionais de saúde sobre o cotidiano e suas práticas. O objeto de estudo foi um Centro de Saúde administrado pela Prefeitura Municipal em parceria com a Pontifícia Universidade Católica de Campinas, localizado no município de Campinas, tendo como foco as atividades docentes assistenciais desenvolvidas em 1996, por docentes e alunos dos cursos da área da Saúde, em um projeto conjunto com a Secretaria da Saúde. O objetivo foi apreender as representações sociais e relacioná-las ao cotidiano. A pesquisa teve natureza interpretativa baseada nos dados coletados em entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde dos diferentes segmentos que atuam no Serviço em questão: profissionais de nível superior, incluindo coordenadores, docentes, médicos, enfermeiros e dentistas,

¹ Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.S. MELLIN. E-mail: asmellin@uol.com.br

² Departamento de Práticas de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, 01246-904, São Paulo, SP. E-mail: oytanaka@usp.br

e profissionais de nível médio, abrangendo a equipe de odontologia e de enfermagem. Concluiu-se que há uma diversidade de práticas dos diversos profissionais de acordo com o tipo de inserção no Serviço e com a formação e vivência na área da Saúde Pública.

Termos de indexação: saúde pública, profissionais de saúde, representações sociais, centros de saúde.

ABSTRACT

The approach of Social Representations as a concept and theory, proposed by Serge Moscovici, was adopted in this study of the quotidian routines and the practices of health professionals. The research was carried out in a Health Center in the city of Campinas, managed by the City Hall with the Pontifical Catholic University of Campinas, focusing on assistance activities developed in 1996, by faculty members and students of the Health area courses, in a project conducted together with the government Health Department. The objective was to identify the social representations and their relations with the quotidian routines. The methodology was based on an interpretative approach, through semi-structured interviews with professionals of the following segments in the health service evaluated: higher education professionals, including coordinators, faculty members, doctors, nurses and dentists, and secondary education professionals of dental and nursing staff. It was concluded that there is a diversity of practices identified in the quotidian routines according to each professional situation at that service and according to the experience with Public Health.

Index terms: public health, health professionals, social representations, health centers.

INTRODUÇÃO

Ao analisar o desenvolvimento das políticas de Saúde no Brasil, faz-se importante reportar à década de 80, quando houve inúmeras transformações, decorrência das lutas sociais e dos trabalhadores da área, visando possibilitar a Reforma Sanitária Nacional. Muitas das medidas tomadas nesta ocasião tiveram cunho racionalizador e de melhora da estrutura da rede pública de Serviços de Saúde, com maior ênfase às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Saúde (CS) que tendem, no período, a rever seu papel no Sistema, tornando-se porta de entrada.

Por ocasião da redação da Constituição de 1988, a Saúde é definida como direito de todos e

dever do Estado. Em contraposição, existem, até a atualidade, formulações políticas de cunho neoliberal que prevêm o Estado mínimo e que tomaram maior corpo, no Brasil, desde a eleição presidencial de 1989¹.

Configura-se, além disso, uma provável desarticulação do chamado movimento sanitário nacional, no qual se percebe vivência completamente dicotomizada entre quem formula políticas de prestação de assistência à saúde (os teóricos) e quem executa trabalhos cotidianos nos Serviços de Saúde (os práticos). Na maioria das vezes, são ações reprodutivas de modelos assistenciais incompatíveis com os pressupostos das transformações sociais, destituídas de compromisso com a população e com o atendimento às suas reais necessidades².

Mesmo diante dessas considerações sobre a qualidade da inserção de alguns profissionais, todos eles são, na prática, diferentes sujeitos sociais, ocupando espaços da gerência e da assistência. Executam as políticas de saúde em seu aspecto micro e o fazem segundo sua própria visão de mundo. A preocupação com o estudo dos modos de pensar destes sujeitos justifica-se pela crença de que, sob a perspectiva da Reforma Sanitária, qualquer medida de planejamento, programação e avaliação de Serviços de Saúde deve fundamentar-se nas formas de pensar subjacentes às práticas profissionais, tanto para compreendê-las como para formular estratégias e modificá-las. Também o cotidiano do serviço proporciona a conformação de um dado modelo e mesmo de um dado discurso que cabe a cada um reproduzir³.

Quanto a discussão do papel e do caráter dos CS é oportuno conceituar, num primeiro momento, sua finalidade: prestar assistência integral à saúde das pessoas. A assistência integral rompe com a lógica dualista prevenção-cura, corpo-mente e revê as concepções da saúde e da doença, volta-se para o homem, passando a existir em função dele, inserido em um grupo social. Parece pertinente concordar com os comentários de Berlinguer⁴ sobre as formas de abordagem da saúde das pessoas. Essas proposições são bastante adequadas e, talvez pela própria simplicidade do discurso, encerram muita profundidade, constituindo-se em “linhas de ação” para os Serviços de Saúde no entender de Berlinguer⁴:

O sofrimento? Reduzi-lo com tratamentos apropriados. **A diversidade?** Evitar que seja considerada como desvio e que produza marginalização. **O perigo?** Distinguir o verdadeiro do falso risco, combater a doença e não o doente. **O sinal?** Aumentá-lo e interpretá-lo. **O estímulo?** Designá-lo para o conhecimento, para a solidariedade, para a prevenção, para a transformação.

O entendimento da medicina como prática social seria o melhor subsídio para as ações dos planejadores, gerentes e profissionais da Saúde, o

que também se dá com relação à necessidade de seu compromisso com a transformação da sociedade.

Há ainda que considerá-la como uma “disciplina do social”. De acordo com Luz⁵, nem tanto pelo fato de algum discurso contido em uma parcela do ideário da área tomar em conta a determinação social da Doença, mas sim pela sua própria natureza, surgimento e progressão no campo social da vivência humana, idéia também presente em Foucault⁶.

Trata-se de discutir a capacidade de transformação de uma realidade adversa, tanto social como da Saúde, decorrência de mudanças de propósitos e, principalmente, de ações que denotam postura política, de forma consciente ou não. Sabe-se que, na Saúde e Educação, quando o objeto (produto) não tem a concretude da produção material, o cidadão é o “órgão executivo” das políticas do Estado. Ampliam-se então as possibilidades contidas em suas atitudes dadas pela veiculação e aplicação de seu saber técnico sem, no entanto, tratá-lo como o único possível.

Pretende-se aqui recuperar o conceito de ação social do profissional, suas potencialidades e seu papel transformador. Garrafa⁷ coloca claramente a questão ética do trabalho do profissional de Saúde e o objetivo do resgate e da ampliação da cidadania em suas práticas. A Saúde e a Educação são áreas correlatas e sabe-se ainda que o profissional de Saúde traz deficiências de formação que não são apenas técnicas, mas também políticas – mais um problema posto.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: APROXIMAÇÕES DA TEORIA E DO CONCEITO

De acordo com Sá⁸, o termo Representações Sociais (RS) é utilizado como forma de designar tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba, isto é, a teoria construída para explicá-los. Esta teoria foi elaborada por Serge Moscovici, tendo sido abordada em primeira instância na sua

obra publicada em 1961, na França. Surgiu como uma alternativa à Psicologia Social fortemente influenciada pela tradição americana de centrar os estudos nos aspectos relativos ao indivíduo, no exercício de papéis sociais^{9,10}.

Sá⁸ comenta que Moscovici busca as RS da sociedade presente, admitindo que o conjunto dos conceitos nasce da teoria do senso comum. Assim, a gênese das RS dá-se nas mesmas circunstâncias (históricas, sociais) em que se manifestam por meio das conversações entre as pessoas. A teoria baseia-se na idéia de que nas sociedades contemporâneas coexistem duas classes distintas de pensamentos, divididas no que foi denominado universo reificado (pensamento científico) e universo consensual (senso comum).

A formação das RS para Moscovici¹⁰ dá-se por dois processos: objetivação e ancoragem. Ancorar é classificar e denominar. A classificação ocorre a partir de paradigmas ou protótipos (modelos) estocados na memória, com os quais comparamos o objeto a ser representado e decidimos se ele pode, ou não, ser incluído numa ou noutra classe. A objetivação constitui-se em uma operação mental imaginante ou estruturante em que um conceito abstrato fica quase tangível e pode ser materializado por meio da palavra.

As RS são relativas às idéias estocadas que, por sua vez, vinculam-se a concepções religiosas e políticas. Por exemplo, o que conforma o pensamento cotidiano e cria conexão com as formas de pensamento e expressão, colocando-nos na interface social-psicológico^{10,11}.

Para Spink¹², pode-se utilizar as RS ao se pretender esclarecer as determinações sociais, que são consequência da posição ocupada na sociedade pelos diferentes atores sociais. Também para que haja explicitação dos modelos de pensar coletivos e que dão sentido às experiências individuais. As pesquisas cujo objeto são as RS possibilitam várias formas de aproximação e apreensão, embora seja importante ressaltar que sua maior expressão se dê por meio da palavra^{12,13}.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este trabalho teve como objetivo identificar as Representações Sociais sobre as práticas dos profissionais de Saúde com atuação em um Centro de Saúde pertencente ao Distrito de Saúde Noroeste do Município de Campinas, SP, estabelecer pontos comuns e divergentes entre elas e implicações dessas representações no modelo de atenção à saúde¹⁴.

O Serviço no qual se deu o estudo, localiza-se na região Sudoeste do município de Campinas, Vila Castelo Branco, em prédio da Secretaria Municipal, tendo como área de abrangência um conjunto de bairros e cerca de 21 mil habitantes como população adstrita. Atua em parceria com a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), que se integrou ao CS também como consequência do desenvolvimento do seu projeto pedagógico, haja vista o fato de trabalhar na área, em Serviço próprio, desde o início dos anos 80s. Em decorrência deste projeto, a PUC-Campinas participa de outros serviços de saúde na região do Eixo da Av. John Boyd Dunlop (Distrito Noroeste).

Cabe aqui considerar a história de discussão da realidade e de proposição de mudanças dos antigos Postos de Saúde Municipais, já estudada por Labatte¹⁵, e a atual situação dos Centros de Saúde, em maior número, com mais recursos tecnológicos e com novos profissionais dos quais não se compreende os modos de pensar, relativos tanto à sua inserção como aos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (equidade, integralidade e universalidade). Para entendimento desta realidade, foi utilizado o recurso teórico das Representações Sociais apreendidas por meio do relato oral.

O termo sujeito foi adotado aceitando-se a noção de que ele seja portador tanto de autonomia quanto de heteronomia. Tal como Sader¹⁶ e Gonçalves¹⁷ também o fizeram.

A aproximação do objeto deu-se a partir das falas dos sujeitos. Foi feita, nesse sentido, uma busca das representações dos profissionais acerca das qualidades e deficiências do Serviço como forma de apropriar o significado da entidade CS e de seu

cotidiano, buscando identificar trabalhos individuais e coletivos.

Tendo em vista as características deste estudo, a forma mais adequada de abordagem foi a denominada, por alguns autores como Minayo¹⁸, de qualitativa. E, seguindo tendência mais atual e que evita a rígida separação entre o quantitativo e o qualitativo, utilizou-se o termo Abordagem Interpretativa, opção metodológica que leva em conta a diferenciação das pesquisas por meio de duas abordagens: a primeira, denominada confirmatória, é aquela em que o pesquisador tem uma hipótese para testar, comparar e analisar, utilizando métodos estatísticos sofisticados a fim de obter resultados mais precisos sobre aceitação ou rejeição; a segunda corresponde à abordagem interpretativa, segundo a qual, a partir de pressupostos teóricos sobre as impressões da vivência, elabora-se o desenho da pesquisa, isto é, as experiências de pessoas são organizadas de forma que seja possível analisar e interpretar determinados segmentos do real¹⁹.

Tendo em vista esta opção metodológica e o objeto em estudo, trabalhou-se com os profissionais com atuação direta no atendimento aos usuários, considerando que o vínculo com o Serviço dá-se a partir da inserção em uma categoria funcional. Assim, foram selecionados dois grupos distintos: de um lado, aqueles com formação universitária - coordenadores (administrativo e acadêmico - responsáveis pela gerência), docentes dos diversos cursos (Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional), médicos assistenciais, enfermeiros e dentistas; de outro, os com formação média - técnicos e auxiliares de enfermagem e de saúde, auxiliares e técnicos em odontologia, com atuação nos três períodos de atendimento.

Norteou-se pelo princípio de que um tipo estabelecido de concepção permeia a prática profissional. Além disso, como as práticas dos profissionais de nível médio na área de enfermagem e da saúde bucal são diversas, essas foram consideradas em grupos separados. No total foram sete grupos: docentes, médicos, enfermeiros,

dentistas e coordenadores (profissionais com curso superior), técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em higiene dentária e auxiliares de consultório dentário (profissionais de nível médio).

Para a seleção dos entrevistados, foi utilizada amostragem qualitativa. Durante o período da pesquisa, atuavam no Serviço 69 profissionais assim distribuídos: dois coordenadores (um deles da Prefeitura Municipal, também docente de medicina) e outro docente da Faculdade de Enfermagem, responsável pela PUC (acadêmico). Os docentes totalizaram 17 pessoas: sete do curso de medicina, três da faculdade de enfermagem, dois do curso de psicologia. Além desses 12, um docente dos seguintes cursos: fonoaudiologia, nutrição, farmácia, fisioterapia e terapia ocupacional. Médicos assistenciais havia 11, sendo três pediatras, três clínicos gerais, três ginecologistas e dois psiquiatras, além de cinco dentistas e três enfermeiros. A equipe de nível médio era composta por duas técnicas e 15 auxiliares de enfermagem, seis auxiliares de saúde em capacitação para auxiliares de enfermagem, uma técnica em higiene dentária e cinco auxiliares de consultório dentário. Duas psicólogas, dado seu ingresso recente na equipe, não foram incluídas.

Compuseram a população do estudo os dois coordenadores, pelas peculiaridades de suas funções, oito docentes, sendo um de cada curso (exceto medicina, em que atuavam sete, o que fez com que houvesse opção por dois deles), quatro médicos, um de cada especialidade, dois dentistas, duas enfermeiras, uma auxiliar de consultório odontológico e uma técnica de cirurgião dentista, duas técnicas e cinco auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de 27 profissionais.

As entrevistas tiveram caráter não-diretivo, sendo utilizado um roteiro contendo temas de maior interesse para a investigação, previamente aplicado a profissionais de outro Centro de Saúde. Foram realizadas pela própria pesquisadora no Centro de Saúde ou em local de preferência dos entrevistados, durante os meses de abril e maio de 1996. Tiveram seus registros gravados após anuência dos entrevistados. O protocolo desta pesquisa foi

aprovado pelo Conselho de Departamento do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP e por banca examinadora de qualificação. Não havia, na ocasião, recomendação de apreciação por CEP e nem vigência da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

A transcrição das gravações foi realizada mantendo os diálogos originais, respeitando as pausas, interjeições, risos e outras manifestações. Posteriormente, o material foi agrupado de acordo com as temáticas da entrevista e com o segmento profissional dos entrevistados.

Daí foram obtidas as categorias empíricas de estudo, a partir da classificação e agregação dos dados. Para buscar o significado das falas, utilizou-se as sugestões metodológicas da análise temática, meio auxiliar para apreensão do conteúdo das representações, denominada por Brito³ como não lingüística. Deste modo, os locutores podem ser identificados por meio de critérios sociológicos, tais como classe social e profissão.

De acordo com Conerth¹, a compreensão lingüística depende do entendimento do outro, tendo então um sentido "dialogal", visto que as palavras são relativas às coisas – em nosso caso, questões referentes às vivências profissionais dos sujeitos no CS. Portanto, pela compreensão dos enunciados, chega-se à compreensão das coisas. Bakhtin²⁰ comenta que a análise temática pressupõe a busca do sentido da enunciação, definindo o tema como o sentido, a significação.

Para efetuar a análise relativa à aproximação das práticas, trabalhou-se com a descrição do cotidiano, a representação das qualidades e das deficiências do Serviço e a distinção dos diferentes segmentos profissionais: docentes, médicos, dentistas, enfermeiros, coordenadores (profissionais com formação superior) e auxiliares de enfermagem e de odontologia de nível médio. As questões foram tratadas individualmente e, a partir do seu conteúdo, obtidas as categorias empíricas de análise para cada

um dos grupos profissionais. Utilizou-se, ainda, categorias teóricas da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESULTADOS

Para a aproximação das representações das práticas dos profissionais, buscou-se a interpretação das qualidades e deficiências do Serviço, concebida no cotidiano, pelas quais pode-se apreender aspectos dos modos de atuar do CS, aqui denominado modelo assistencial, e a visão dos sujeitos mais restrita ou mais ampliada, de acordo com a convivência com maior ou menor número de profissionais e com as atividades do dia-a-dia.

Os docentes representam as qualidades do Serviço com base no que se denomina como Modelo Assistencial, conjunto de tecnologias e atividades que caracteriza a entidade, bem como sua forma de relacionamento com a clientela e o Sistema de Saúde, isto é, ancoram suas representações num universo de saberes relativos à Saúde Pública. Deste modo denotam compreender que a Unidade é uma dentre outras e que delas se distingue por práticas diferenciadas tais como a interdisciplinaridade, vínculo com a população, organização interna das atividades, satisfação da equipe de trabalho, desenvolvimento de práticas alternativas à "medicalização" e divulgação dos dados de produção de serviço como painéis afixados nas salas de recepção do CS.

É importante ressaltar que tais representações pertencem àqueles com maior vínculo e permanência no Serviço, como os de enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e psicologia. De suas falas pode-se apreender que conhecem sua lógica de funcionamento, o que se dá por serem os mais presentes. Houve quem ressaltasse que o tempo de permanência era pequeno, decorrência da política da Universidade que remunera o professor pelo número de alunos.

"... Eu acho muito bom a convivência com outros profissionais que a gente pode desenvolver trabalho interdisciplinar.... Que o estagiário de... sai mais maduro, mais

flexível... Sai com uma postura... mais ousada... e com esse ganho de conhecer a interdisciplinaridade”.

Para todos os médicos, o Serviço é mais qualificado que outros da rede. Isto decorre do vínculo do CS com a Universidade. A pediatra dá maior ênfase ao Sistema do que à equipe, discorrendo sobre a complementaridade que se tem decorrente do vínculo com a PUC-Campinas. Convém lembrar que o Serviço, pela proximidade do centro de Campinas, torna-se local pré-destinado aos profissionais melhores colocados em concursos públicos.

Ancoraram suas falas mais nos aspectos do próprio cotidiano. Um deles comentou sentir-se bem por ter o apoio técnico, sobre as questões de saúde pública, do coordenador administrativo. Os da área da ginecologia e psiquiatria enfatizaram a presença do psicólogo (docente e alunos até a ocasião) e o da área clínica falou dos grupos educativos. Assim:

“Eu acho muito bom essa integração da Universidade com o SUS porque há falhas nos dois sistemas e faltam exames que são necessários para os dois, que a gente pode utilizar as duas coisas e das especialidades...”.

Nestas representações figurou-se o trabalho solitário dos médicos envolvidos com o cotidiano de suas atividades nos consultórios e suas possibilidades de melhor executá-lo. Distanciam-se, por isso, de uma leitura mais ampliada da Unidade.

Um deles comentou ainda que se sente bem no local e apoiado pelo coordenador administrativo, que compreende as questões da saúde pública, olhar mais pessoal também presente nas falas de seus colegas

“Eu acho bom o relacionamento que tenho, que a maioria das pessoas têm com o nosso coordenador, eu acho que ele tem, é uma pessoa voltada à parte administrativa, parte de estatísticas, mas é voltada também para a parte de prevenção. Acho importante que ele tenta conversar com as escolas, com as

creches, para que a gente faça algo nesse sentido e eu sempre tiro dúvidas quanto à medicina pública”.

Um dos dentistas não mencionou maiores qualidades; citou apenas o fato da Unidade contar com médicos (pediatra e ginecologista) e o bom atendimento. Não se refere a outras qualidades, nem à do atendimento odontológico. Outro profissional fez uma análise de sua situação pessoal e profissional, ressaltando que a qualidade do CS está ligada à oportunidade de trabalhar em equipe, o que não ocorre nos consultórios odontológicos, e traz enriquecimento das práticas e convívio, visões também particularizadas. Para o primeiro:

“Bom... é que eu estou desenvolvendo a profissão que eu escolhi... É um aspecto diferente do consultório... É um aprendizado, porque você está sempre trabalhando com pessoas.....”.

O trabalho na área da Saúde Bucal é bastante isolado do restante do Serviço o que, a priori, não permite aos profissionais visão do todo, exceto em circunstâncias especiais como campanhas e reuniões de caráter excepcional.

Na fala de uma das enfermeiras a qualidade se dá pela proximidade do Serviço da casa das pessoas, ancorando sua fala no princípio da regionalização. Já para a outra profissional, de maneira semelhante aos médicos, o CS é mais qualificado dada a multidisciplinaridade, além do fato de a equipe de auxiliares, a seu ver, ser boa:

“... A multidisciplinaridade. Os funcionários, eu acho que a equipe é boa... Eu nunca dei tanto valor como dei agora, conhecendo. É assim, a gente nunca fica parada... E como eu disse que eu gosto dessa parte da Educação.... Eu estar convivendo com vocês (da enfermagem)... com a nutrição, convivendo com a TO eu aprendo um monte de coisas e, tento repassar isso”.

Os coordenadores (acadêmico e administrativo), bem como a maior parte dos docentes fizeram uma leitura mais global do Serviço,

comentando aquelas relativas ao modelo assistencial. Assim, dentre as qualidades estão os maiores recursos tecnológicos e equipe de saúde mental. Enfatizaram ainda a boa qualidade dos profissionais, o que os tornam referência para os subjacentes da área. Também se referiram às informações sobre diagnóstico de Saúde e dados de produção e produtividade expostos no saguão (forma de divulgação destes) e discutidos com o conselho local, embora feita a ressalva de não haver maior intervenção quanto aos problemas levantados. Abordaram ainda a interdisciplinaridade como o diferencial da qualidade. Mantendo coerência com a fala anterior, sua opinião relativa à representação das qualidades baseou-se nos aspectos da docência e da assistência. Fez essa avaliação enfocando os dois lados como uma via de mão dupla, ou seja, a Universidade constrói o Serviço e este constrói a Universidade (enquanto campo das práticas pedagógicas), relacionando essas práticas à qualidade dos serviços prestados à população.

O coordenador administrativo abordou o vínculo da população com o Serviço, a qualidade técnica da equipe e a interdisciplinaridade (relação com a PUC-Campinas). Da coordenação acadêmica extraímos o seguinte trecho:

“Bom, ele tem uma característica que o diferencia do restante dos serviços da rede básica de Campinas, que é a questão de você ter uma diversidade de ações de Saúde para a população... Você tem a figura do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, da nutricionista e outros profissionais que você não vai encontrar na rede... Eu acho que a população ganha porque ela tem uma oferta maior de serviços... Também como ele tem esse convênio (entre aspas³), entre as duas instituições é um serviço que normalmente não vive falta de recursos materiais, que em outros a gente sabe que existe, porque a prefeitura assume grande parte e a PUC complementa...”.

Três profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem), ao se reportarem às qualidades do Serviço, ancoram suas opiniões em aspectos bastante concretos, relacionados com as parcelas do todo do CS, ou seja, das áreas de atuação. Ressalta-se ainda que apenas uma delas não soube, ou não quis, emitir opinião, dizendo que tudo era bom. Dessa forma pôde-se analisar que sua leitura também é vinculada ao Modelo Assistencial.

Entretanto, fazem essa avaliação de forma diversa a dos coordenadores e docentes. São reflexões de caráter mais geral, a partir da vivência nas áreas de atendimento. As falas dessas profissionais contêm, conceitos acerca da eficácia do Serviço e critérios de avaliação respaldados na suficiência e qualificação dos recursos humanos, recursos materiais e realização de atividades de educação em saúde.

“Assim, por exemplo, a quantidade de pediatras, seria até melhor que tivesse mais, porque falta um no período noturno, até as 21 horas. No mais, dentro do possível, a gente está bem. A ginecologia também tem alguns profissionais que são melhores que em outros Centros de Saúde e tem, dentro da ginecologia, a gente tem o que outros CS não têm, que é o colposcópio, aparelho pra estar cauterizando, tudo isso daí a gente tem”.

Foi observado ainda que duas das profissionais efetuaram uma leitura mais global do Serviço, próxima a dos coordenadores e docentes. Talvez pelas suas vivências anteriores e mesmo pelo convívio estreito com estes profissionais. Assim, uma técnica de enfermagem (contratada pela PUC), citou a integração docente - assistencial, principalmente porque aprende muito com os docentes (fato comentado por uma das enfermeiras).

De forma bastante interessante, uma das auxiliares de enfermagem, recém-contratada, acredita que a qualidade do Serviço seja a

³ O convênio não foi assinado pelas duas partes até a presente data.

possibilidade de desenvolver trabalho que não dependa das atividades médicas. A possibilidade de receber e prestar atenção integral ancora o conteúdo de sua fala. A profissional captou como bom um modo de trabalhar a saúde das pessoas como ela gostaria de ser tratada. Empatia? Talvez, sensibilidade.

“Porque tudo é muito bom aqui. O que eu acho bom mesmo é o que eu gosto de fazer, são os grupos... Porque você vê o pessoal, às vezes o pessoal vem e procura uma consulta só pra pegar uma receita do remédio dele que acabou, ele vai tirando o lugar de uma pessoa doente, né? E o grupo não é só pra fornecer os remédios, ele também é pra educar, a maneira de comer, né? Do alimento, como as nutricionistas dão. Ah, a gente dá sobre o estresse, que hoje é uma doença que todo mundo tem, né? E a gente fala também, tem muitas pessoas que têm pressão alta por um problema familiar e que ele não tem oportunidade de falar esse problema. Assim, às vezes, nem com o vizinho e aqui no grupo ele se abre e fala, então é a única brecha que eu acho, é o único espaço que ele tem de estar se comunicando, de tá junto com o grupo que tem a mesma doença dele. Tá, eu gosto muito, por isso que... Eu estou pondo pra mim”.

As profissionais da área de odontologia pensam que as qualidades do Serviço são o número de profissionais (equipe completa) e sua qualidade. Um dos dentistas ancora sua opinião em um contraponto com os outros serviços da rede em que faltam médicos, mais uma vez centrando sua fala na figura deste profissional e no senso comum que reconhece e qualifica um modelo médico centrado, embora não se possa negar que nele não falem médicos.

Uma das categorias obtidas das falas dos docentes e relativas às deficiências do Centro de Saúde é referente às dificuldades da Universidade

em posicionar-se frente ao trabalho docente assistencial.

De forma diversa ao que fizeram ao tratar das qualidades do Serviço, ocasião em que enfocaram prioritariamente o modelo assistencial, a maior parte dos professores se atém às dificuldades da Universidade, o que é resultado de seu cotidiano em que ficam, todo o tempo, junto aos alunos. Dentre eles, dois abordaram as dificuldades específicas e internas ao grupo de professores, com discursos bastante diferenciados e caminhos diferentes. Um deles colocou dificuldades de planejamento nas atividades dos cursos envolvidos no projeto.

Três docentes pertencentes a diferentes cursos citaram também as dificuldades de organização causadas pelos diferentes calendários acadêmicos dos cursos. Como exemplo de uma destas falas:

“... Desde carga horária, problemas bem práticos... não tem definido na PUC uma política docente assistencial... (após as considerações sobre a estrutura da Universidade e condições de trabalho prossegue). Tudo bem, a gente é uma equipe, um grupo, mas existem visões diferentes do que é a Saúde Pública, do que é a interdisciplinaridade. Então a gente não consegue se integrar e se entender da mesma forma...”.

Quatro dos professores, também de diferentes cursos, apontaram como principal deficiência do Serviço a falta de espaço físico. Um relacionou a deficiência ao prejuízo acadêmico para os alunos, dada a falta de salas para o atendimento individual.

Outras das deficiências apontadas são diretamente relacionáveis às questões amplas de organização do serviço. Dentre elas, destacamos a insuficiência de Recursos Humanos para o atendimento das necessidades da população adstrita. A alta rotatividade dos médicos é citada por um deles como uma dificuldade para a implementação do modelo de assistência farmacêutica, também apontada pelos dois docentes do curso de medicina.

Uma delas teve uma opinião derivada de visão bastante particular quanto às formas como se dão as relações de trabalho na equipe. O CS é visto por ela como um conjunto de pessoas que trabalham e se relacionam. Sua principal deficiência é decorrente de dificuldades de relacionamento na equipe. Centrou sua fala nessa percepção relativa às relações de trabalho no Serviço:

“O pessoal tem muitas queixas do quanto ganha... Então acaba vazando na forma como lida com o Serviço... Acho que necessita de um trabalho institucional... Tem mil desconhecidos (ruídos) de funcionários, sabe, grupinhos, um vira a cara para o outro... Você vai pegando as repercussões disso... falta uma integração... tanto dos funcionários como do filão Prefeitura e PUC. E aí quem dança primeiro é o paciente... é a demanda... A recepção nesse sentido pega um embate muito grande... porque é ali, né, que a população descarrega tudo que está sentindo”.

Uma delas, que realiza supervisão indireta e sem contato com o CS, afirmou que a dificuldade centra-se na integração de trabalhos (não se aprofunda no tema).

Para os médicos também, a representação das deficiências tem sua origem nas áreas em que atuam e somente nelas. Assim, o clínico, cuja área tem sido a mais prejudicada pela falta de profissionais e rotatividade dos que ingressam, muitas vezes em trabalho temporário ou no espaço entre o término da graduação e o ingresso em curso de residência, coloca a alta rotatividade dos médicos.

Para o pediatra, o CS tem uma deficiência comum aos outros Serviços, ou seja, a população não sabe em que ocasião procurá-lo. Parte do pressuposto da regularização da demanda, fruto talvez da pressão cotidiana sobre os médicos para o atendimento, além das poucas oportunidades de discussão com outros profissionais que atuam no atendimento às crianças, como nutrição e enfermagem.

Com enfoque à demanda de consultas em sua área, o ginecologista cita as falhas da recepção que, às vezes, coloca muitos atendimentos em um só dia e apresenta falta de capacidade de triagem:

“Tem dia que deveria ter uma pessoa um pouco mais tarimbada para poder triar um pouco melhor. A gente vê que às vezes a pessoa chega, fala alguma coisa, chega aqui (no consultório), fala outra. Então essa pessoa numa conversinha de 30 segundos... você tem uma idéia geral do que a pessoa quer... E tem certas coisas que o pessoal vinha às vezes só pra pedir encaminhamento... Elas vêm aqui e querem encaminhamento para oftalmologia... Então elas ficam na fila pra passar pelo médico... A enfermagem faria uma coisa simples assim”.

Para a recepção é bastante difícil triar os casos de pessoas que solicitam a consulta, nem é cabível que o faça, cerceando mais uma vez o direito do cliente de encontrar determinado profissional. Também, outro fato a ser considerado é que nos consultórios médicos provavelmente haja procura do profissional para discussão de um dado encaminhamento e, bastante improvável, que a recepcionista negue o acesso ou resolva o caso do cliente, embora não se esteja discutindo aqui o papel da equipe de enfermagem no acompanhamento de certos clientes.

O profissional da área da psiquiatria se reporta tanto às deficiências externas do Serviço (estruturais) quanto à falta de retaguarda de leitos e de transporte dos pacientes e internas a ele, inexistência de material para a contenção de pacientes e Recursos Humanos capacitados para tal, além de mau relacionamento entre coordenação e equipe de saúde mental (Não explica o porquê).

Das falas dos profissionais dentistas foi obtido que há deficiências do Serviço, não da odontologia. Assim, um deles coloca as dificuldades dos pacientes em conseguir consultas, aspecto este também enfatizado na análise do modelo assistencial.

“A deficiência, eu acho, por exemplo, que é uma coisa muito ruim... Não da parte

odontológica, que a gente não faz o pessoal esperar muito tempo. A gente marca o horário sete e meia pra não vir muito cedo, ficar em fila, essas coisas. Agora eu acho ruim é a parte médica. Fico sabendo que o pessoal chega as cinco da manhã pra conseguir um encaixe de urgência. Sabe, ter de passar aquela coisa de vir de madrugada pra conseguir esse encaixe. Eu não sei como funcionam os médicos. Assim, se é atendimento de urgência, tal... Não sei se tem como solucionar, mas acho isso muito ruim, ter que ficar logo cedo”.

Na fala, fruto do que salta aos olhos, do evidente, senso comum, as pessoas sofrem por chegar cedo, embora não considere que elas sofram também por muitos outros motivos. Provavelmente, também em decorrência das dificuldades em conseguir acompanhamento por parte de dentistas. A título de exemplo, o setor de odontologia do Serviço abre sua agenda a cada seis meses e destina uma hora do dia para atender urgências, o que contribui para que as pessoas aguardem, em suas casas. Outro deles também enfoca, em princípio, o Serviço como um todo e, destaca a falta de médicos.

Para as profissionais enfermeiras, a principal deficiência é decorrente da falta de espaço físico, questão também enfocada pelos docentes. Uma delas destacou que o espaço é ruim e a planta física também. A outra acrescentou a circulação de muitas pessoas, profissionais e alunos. Em decorrência, “... um atropela o outro...”. Uma comentou, como aspecto negativo do Serviço, a atitude da coordenação administrativa e a denominou como “centralização do coordenador”, o que, a seu ver, traz dificuldades.

Para os coordenadores, uma grande deficiência também é a relacionada com o espaço físico. A coordenadora acadêmica reforça que a dificuldade se torna maior por haver elementos das duas instituições (PUC e Prefeitura) e o administrativo comenta o prejuízo para as ações de educação em saúde em grupos, dada a falta de local para essas atividades.

Outro problema levantado pelo profissional é a pouca intervenção do Serviço em espaços externos (populacionais). Comentou que essa seria uma ação possível, verificadas as situações de risco. Outra deficiência apontada pela coordenadora acadêmica é o número de profissionais médicos insuficiente para atender às necessidades da população. Para formular essa crítica, ancorou sua opinião no conhecimento de indicadores epidemiológicos, no conceito da atenção integral e no pressuposto do CS como porta de entrada do Sistema.

Os dois coordenadores citaram, ainda, as dificuldades para coletar e utilizar informações epidemiológicas. Usaram, para isso, diferentes formas de análise. Para o administrativo, a deficiência maior é a dificuldade de obtenção de dados de morbidade populacional. Já a acadêmica comentou que o Serviço, apesar de ter inúmeros dados produzidos e analisados, não os utiliza para transformar o cotidiano e encontrar formas de intervenção. Como exemplo o administrativo citou:

“Mapear pequenas áreas, territórios. Por exemplo, a questão da violência. A gente não atende quem chega aqui machucado, mas, não dá conta de quem está lá fora. Por exemplo, trabalhar com escola, a própria estrutura acadêmica, os cursos de medicina, enfermagem, poderiam fazer”.

Avaliou-se que esses olhares, embora com focos diferentes, têm por base, como dito anteriormente, o pressuposto da assistência integral à população, relacionando o Serviço a ela e questionando o papel da própria Universidade. Os dois coordenadores também enfocaram as dificuldades internas à estrutura do Serviço, resultados de problemas de relacionamento na equipe de nível médio (administrativo), apontadas por uma das docentes. Discorrem sobre a necessidade de avaliação de desempenho da equipe e da organização do serviço.

Apenas uma das auxiliares não vê deficiências no Serviço, em coerência com seu parecer sobre as qualidades. Para emitir essa opinião, estabeleceu comparação com outros em que estagiou durante o

curso de formação em Larga Escala. Todas as outras têm uma leitura bastante parecida à dos coordenadores e de um grupo de docentes, os mais presentes no cotidiano. Portanto, as deficiências relacionam-se às finalidades e objetivos do CS. Duas delas, tal como docentes, coordenadores e enfermeiras, falaram sobre as deficiências do espaço físico. Justificaram os motivos pelos quais o Serviço tornou-se pequeno, enfocando as necessidades de Saúde da população e a integração com a PUC, atribuindo a falta de espaço à ausência de planejamento por parte da Secretaria de Saúde.

Outra das auxiliares acrescentou às deficiências a insuficiência de recursos materiais. Citou, como exemplo, o número de saídas para inalação, opinião também presente na fala de uma das técnicas de enfermagem que comentou outras dificuldades quanto aos recursos. Outra técnica falou sobre a falta de médicos e, avaliando seu trabalho na recepção do CS, mostrou-se angustiada com o problema.

Predominaram nas falas de uma das técnicas e das auxiliares as dificuldades de gerenciamento e organização, internas e externas ao Serviço. Assim, a primeira delas reportou-se às escalas de pessoal e ao planejamento das férias. Para a auxiliar, com o tempo, a Secretaria da Saúde distanciou-se do Serviço, o que acarretou deficiências. Referiu-se aos momentos de criação dos Postos de Saúde, ocasião em que havia contatos diretos, semanais, com o nível central.

Tal como os dentistas, inicialmente as auxiliares de consultório dentário (ACDs) comentaram o que é externo ao seu trabalho, ou seja, o Centro de Saúde tem deficiências de organização. Uma delas apontou que a recepção tem falhas e que há falta de recursos materiais e de organização, isolando, mais uma vez, a odontologia do resto do Serviço.

Já a THD (técnica em higiene dentária) nos aponta como falhas a falta de médicos e auxiliares para cobrir todas as áreas. Sente-se incomodada com a situação. Observou-se que, às vezes, as auxiliares

da área são chamadas para cobrir outros locais do Serviço.

Uma ACD comentou, como deficiência do setor em que atua, a alta demanda de clientes, o que resulta em lista de espera muito grande. Assim a preocupação dá-se com o atendimento da demanda para odontologia.

Essa preocupação com o número de clientes, presente pela primeira vez em nossa entrevista, deve ser ressaltada por se basear na realidade da área e também pelo fato de preocupar-se com as necessidades de saúde da população usuária. Prosseguiu falando sobre o fato de sentir-se externa ao Serviço e, portanto, ter dificuldades em comentar o todo do CS. Mais uma vez observamos que, para as auxiliares, sair do setor significa um desgaste.

Os docentes, em suas representações do cotidiano, abordaram o trabalho com os alunos e o desenvolvimento do estágio. A referência à atuação com outros profissionais ocorreu quando havia atividades conjuntas, caso de alguns docentes. As reuniões entre docentes e suas relações com a Coordenação Acadêmica também foram lembradas, bem como os trabalhos realizados de forma conjunta. De acordo com as programações ou projetos do estágio, variam as relações com outros profissionais, a exemplo da psicologia que desenvolve trabalho conjunto com uma das psiquiatras.

Todos os médicos fizeram referência às práticas mais isoladas em seus consultórios com maiores contatos com a equipe auxiliar e com outros profissionais nas ocasiões em que exista reuniões e trabalhos educativos. Os dentistas citaram a rotina do atendimento e, quando indagados, referiram-se ao fato de permanecerem na sala de odontologia sem relação com o restante da equipe. As Auxiliares de Consultório Dentário descreveram o cotidiano de forma semelhante.

Já as enfermeiras relataram as inúmeras atividades e a sua relação com todos os profissionais de todas as áreas do CS e as auxiliares de enfermagem descreveram o cotidiano da área para a qual estavam escaladas no momento da entrevista

e sua relação com todos os profissionais, docentes e da equipe assistencial que atuam nestes setores.

Os coordenadores comentaram que o cotidiano é marcado pelas necessidades, inúmeras, que surgem como premência. O coordenador administrativo refere-se à "gerência bombeiro". Eles são os que mais se relacionam com todos, além dos auxiliares e os que conseguem ter uma visão maior do conjunto do CS e, na maior parte do tempo, administram as dificuldades cotidianas e os conflitos. Um deles recorreu à imagem do bombeiro, sempre atento a apagar incêndios.

CONCLUSÃO

Com relação ao modelo assistencial e ao cotidiano do Serviço, identificou-se, nas falas dos profissionais, dificuldades bastante evidentes. A primeira delas tem a ver com o fato de o CS não contar com recursos médicos suficientes para o atendimento da demanda em uma área de cobertura onde vivem cerca de 36 mil pessoas. Essas dificuldades estruturais refletem-se no Serviço de uma forma bastante crucial, ou seja, todos os que ali trabalham e têm mais ou menos consciência da origem do problema sentem-se incomodados ao entrar em contato com fila e até mesmo em encaminhar clientes para outros locais. Também figuram para docentes e coordenadores as dificuldades da Universidade em assumir o trabalho integrado docência-assistência.

Interessante observar que a falta de espaço físico é mais gritante para aqueles que circulam no Serviço, tais como docentes, coordenadores, enfermeiras e auxiliares. Para os médicos e dentistas, esse fato torna-se menos relevante, dado principalmente o fato de terem espaços próprios para o exercício de suas atividades cotidianas, exceção comentada pela psiquiatra, pois na concepção do projeto original não eram previstas salas para o atendimento em Saúde Mental.

Um dos problemas identificados relacionava-se com a organização da recepção do CS que, por

diversas razões, não possibilitava um melhor atendimento da clientela. Outra falha da recepção, apontada por um dos médicos, sujeito deste estudo, é decorrente da dificuldade de alguns auxiliares para executar funções de triagem, as quais não lhes cabem até mesmo pela inadequação do espaço físico da recepção que não propicia privacidade à clientela.

Ficou ainda evidente que, consideradas as questões estruturais, há bastante espaço para a participação criativa no Serviço, decorrente, sobretudo, de uma disposição de ambos os coordenadores em abrir o Serviço à experimentação e estimular, principalmente, o trabalho nos grupos educativos e nas atividades de pesquisa. Apesar disso parece-nos que, dado o cotidiano de atividades, o espaço de criação fica restrito aos coordenadores e docentes, à equipe de enfermagem e, principalmente, às enfermeiras.

Um outro aspecto problemático detectado foi à mudança do papel social dos antigos auxiliares de saúde, os quais, até o início da década de 80, eram co-responsáveis pelo modelo, desde a concepção até a execução.

A vinculação das auxiliares ao projeto dos antigos Centros de Saúde, comentado anteriormente, era diversa. As reuniões citadas que eram fóruns de decisões e trocas. Certamente a rede ampliou-se, mas poderiam fazer parte do projeto da Secretaria de Saúde para propiciar maior contato entre os trabalhadores, não só gerentes, como forma de favorecer a discussão de objetivos, políticas e mesmo espaço de trocas, lamentavelmente perdido.

REFERÊNCIAS

1. Conerth E. Questões fundamentais da hermenêutica. São Paulo: EPU; 1973.
2. Campos GWS. A reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
3. Britto LPL. Medicina e discurso. O relatório Pinotti e a doença de Tancredo. Campinas: Papirus; 1988.
4. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Hucitec; 1988.

5. Luz MT. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
6. Foucault M. Microfísica do poder. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1973.
7. Garrafa V. Desafios éticos na Política de Recursos humanos frente às necessidades de saúde. Cad RH Saúde 1993; 1(3):9-19.
8. Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: Spink MJ. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995. p.19-45.
9. Farr RM. Representações sociais: a teoria e sua história. *In*: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p.31-62
10. Moscovici S, organizador. Psicologia social. Pensamiento y vida social, psicologia social y problemas sociales. Buenos Aires: Paidós; 1986. 2v.
11. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. *In*: Moscovici, S. Psicologia social: pensamiento y vida social, psicologia social y problemas sociales. Buenos Aires: Paidós; 1986. p.469-93
12. Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. *In*: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p.117-45.
13. Wagner W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. *In*: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 1995. p.149-86.
14. Mellin AS. As representações sociais dos profissionais de saúde sobre as finalidades e práticas do Centro de Saúde Integração [doutorado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
15. L'abatte S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas [doutorado]. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1990.
16. Sader E. Quando novos personagens entram em cena. Experiências falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970 - 1980). 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.
17. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo [doutorado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1986.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 1992.
19. Anderson, LW, Burns RB. Research in classrooms: the study of teachers, teaching and instruction. New York: Pergamon Press; 1989. Capítulo 3.
20. Bakhtin M. Marxismo e filosofia da linguagem. Problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. São Paulo: Hucitec; 1981.

Recebido para publicação em 9 de abril de 2002 e aceito em 10 de março de 2003.