

Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde*

ALTERNATIVE EXPERIENCES RESCUING KNOWLEDGE FOR WORKING PROCESSES IN HEALTH

EXPERIENCIAS ALTERNATIVAS RESCATANDO SABERES PARA LOS PROCESOS DE TRABAJO EN SALUD

Ana Karla Sousa de Oliveira¹, Italla Maria Pinheiro Bezerra², Cesar Cavalcanti da Silva³, Eufrásio de Andrade Lima Neto⁴, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva⁵

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que objetivou compreender o processo de trabalho de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de João Pessoa-PB, e identificar as estratégias e táticas alternativas desenvolvidas. O material foi analisado por meio da técnica de análise de discurso. Evidenciou-se a desarticulação entre os elementos do processo de trabalho aliada à possibilidade de transformação pela superação da invisibilidade dos sujeitos e seus saberes nos serviços de saúde. Concluiu-se que as estratégias e táticas alternativas visualizadas constituem embrião para transformação dos processos de trabalho e superação dos modelos de atenção à saúde hegemônicos, demandando problematização contínua de concepções e práticas.

DESCRIPTORIOS

Saúde da família
Atenção Primária à Saúde
Pessoal de saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

This descriptive study was performed using a qualitative approach, with the objective to understand the working process of nurses and physicians of the Family Health Strategy (FHS) in João Pessoa-PB, and identify the alternative strategies and procedures they developed. The material was analyzed according to the discourse analysis technique. It was shown that the elements of the working process were disconnected, allied with a possibility of change by overcoming the invisibility of the subjects and their knowledge in healthcare services. In conclusion, the identified alternative strategies and procedures are in the embryonic stage in terms of the transformation of working processes and overcoming of hegemonic healthcare models, therefore demanding a continuous problematization of concepts and practices.

DESCRIPTORS

Family health
Primary Health Care
Health personnel
Public health nursing

RESUMEN

Estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, que objetivó comprender el proceso de trabajo de enfermeros y médicos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) del municipio de João Pessoa-PB e identificar las estrategias y tácticas alternativas desarrolladas. El material fue analizado mediante la técnica de análisis de discurso. Se evidenció la desarticulación entre los elementos del proceso de trabajo, sumada a la posibilidad de transformación por la superación de la no percepción de los sujetos y sus saberes en los servicios de salud. Se concluyó en que las estrategias y tácticas alternativas visualizadas se constituyen en un embrión para la transformación de los procesos de trabajo y superación de los modelos de atención de salud hegemónicos, demandando problematización continua de concepciones y prácticas.

DESCRIPTORIOS

Salud de la familia
Atención Primaria de Salud
Personal de salud
Enfermería en salud pública

* Extraído da dissertação "Estratégias e táticas alternativas na modelagem dos serviços de saúde: introduzindo novos saberes nos processos de produção da saúde", Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2011. ¹ Enfermeira. Psicóloga. Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Picos, PI, Brasil. anakarla@ufpi.edu.br ² Enfermeira. Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri e Faculdade de Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte, CE, Brasil. itallamaria@hotmail.com ³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professor do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. profccs@yahoo.com.br ⁴ Estatístico. Doutor em Ciências da Computação pela Universidade Federal de Pernambuco. Professor do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. eufrasio@de.ufpb.br ⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. anattmc8@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, historicamente marcado por um modelo de atenção curativista, hospitalocêntrico e centrado na consulta médica, carecia de mudanças profundas que se efetivaram com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS promoveu uma ruptura importante com o padrão político anterior, firmando um compromisso de proteção social abrangente, justa e democrática, por meio do qual o Estado tem o dever de promover a atenção à saúde mediante políticas sociais e econômicas, que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao reafirmar os princípios do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. As evidências atuais apontam um desenvolvimento satisfatório da estratégia especialmente quando comparada às atividades de unidades tradicionais, pela incorporação de novas práticas voltadas à família e comunidade, territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas com o objetivo de influenciar os determinantes sociais do processo saúde/doença⁽¹⁾.

Não obstante, os avanços alcançados não implicaram em mudanças significativas no modelo de atenção à saúde, notadamente no que se refere aos processos de trabalho, que, mantendo a mesma lógica de atenção, com foco na doença e consequente estabelecimento de relações precárias com a realidade de vida e saúde dos usuários, determinam o desenvolvimento insuficiente dos atributos e possibilidades desse nível de atenção e do sistema como um todo⁽²⁾.

A constatação dessas limitações estimulou e ainda estimula discussões e análises, que se desenvolvem na busca por compreender onde residem os potenciais de superação das dificuldades. Para alguns autores⁽³⁻⁵⁾ é na realidade das instituições de saúde que se vivenciam os limites e dificuldades à efetivação do SUS e onde os modos de atenção à saúde são constantemente interrogados e superados, proporcionando experiências fundamentais para transformação e construção de novas realidades em saúde e de novas possibilidades de cuidar e aprender a cuidar.

Diante desse panorama é possível afirmar que a efetivação do SUS, por meio do desenvolvimento de ações que repercutam positivamente sobre a qualidade de vida da população, dependeria da capacidade de formulação de propostas alternativas para a compreensão da saúde e sua prática⁽⁶⁾.

Nessa direção, diversas experiências alternativas à lógica hegemônica vem sendo introduzidas no cotidiano dos serviços de saúde, apontando para a possibilidade de desenvolvimento e incorporação de diferentes campos de saberes e práticas nas ações de saúde, configurando novas formas de organização da assistência, pela via contra-hegemônica. A produção da saúde por meio de ações diferenciadas possibilita, ainda, que sejam operadas tecnologias de trabalho voltadas à produção do cuidado, favorecendo o estabelecimento de novas relações entre trabalhadores e usuários. Uma vez delineadas nessa perspectiva, essas ações constituem contraponto à crise de eficácia e eficiência vivenciada pela saúde, indicando um novo caminho a ser percorrido para sua superação⁽⁷⁾.

Fica, pois, evidente a necessidade de se conceber e experimentar propostas mais integrais do que aquelas ancoradas nos modelos de atenção à saúde em vigência, assim como de elucidar a existência dessas experiências alternativas gestadas na prática profissional e empiricamente utilizadas durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde. A elucidação dessas experiências permitiria a apreensão do que vem sendo desenvolvido no cotidiano dos serviços bem como os potenciais e limitações dessas práticas para a transformação dos processos de trabalho em saúde.

O presente estudo é resultado de um trabalho de dissertação de mestrado que teve como objetivo geral compreender o processo de trabalho desenvolvido por enfermeiros e médicos que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família e identificar as estratégias e táticas alternativas desenvolvidas neste processo. Com base nesse objetivo, buscou-se mapear os atos de saúde no interior do processo de trabalho dos profissionais, enfermeiros e médicos vinculados às equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa/PB, revelando as bases do cuidado produzido a partir das estratégias e táticas alternativas ao modelo hegemônico identificadas.

A importância do estudo reside na possibilidade de problematização do processo de trabalho de enfermeiros e médicos das equipes vinculadas à estratégia de Saúde da Família, visando a elucidação de racionalidades assistenciais alternativas, o que possibilitará a troca de informações sobre experiências exitosas e a construção de novos pactos de convivência entre profissionais e equipes de saúde e destes com a população.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, desenvolvido no município de João Pessoa/PB, mais precisamente nos

...diversas experiências alternativas à lógica hegemônica vem sendo introduzidas no cotidiano dos serviços de saúde, apontando para a possibilidade de desenvolvimento e incorporação de diferentes campos de saberes e práticas nas ações de saúde, configurando novas formas de organização da assistência, pela via contra-hegemônica.

Distritos Sanitários III, IV e V. O suporte teórico-metodológico do presente estudo tem a orientação da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, que se apóia no Materialismo Histórico Dialético, tendo em vista a concretude dinâmica das transformações sociais⁽⁸⁾.

Visando identificar estratégias e táticas alternativas, no âmbito do processo de trabalho de enfermeiros e médicos, foram aplicados questionários, cuja análise das respostas evidenciou um número significativo de profissionais que afirmavam desenvolver algum tipo de racionalidade alternativa através de seus atos de saúde. De acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos na pesquisa, apenas cinco profissionais (quatro enfermeiras e um médico) foram categorizados como executores de atos de saúde considerados alternativos no seu cotidiano laboral.

Para a análise do material empírico foi realizada a leitura dos textos obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas, a fim de proceder o recorte dos elementos do processo de trabalho (Objeto, Finalidade e Instrumentos). Para tanto, os textos foram agrupados conforme cada um desses elementos a fim de que fossem analisados à luz das categorias de análise eleitas para o estudo (Processo de Trabalho e Modelos Assistenciais). Através dessa análise foi possível relacionar as posições identificadas nos textos, em termos de acordo e desacordo com a literatura, conforme a orientação para a análise de discurso⁽⁹⁾.

Essa orientação metodológica de análise e a visualização da posição dos profissionais enfermeiros e médico frente a seus processos de trabalho e modelos assistenciais tornaram possível a identificação do tema *Estratégias e Táticas Alternativas configurando novos modos de atenção a saúde* como categoria empírica do estudo.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS/UFPB cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado sob o Parecer nº 0148.

RESULTADOS

Estratégias e táticas alternativas configurando novos modos de Atenção à Saúde

A inserção na realidade dos serviços de saúde em estudo revelou diferentes formas de atuação dos profissionais frente às demandas que se colocavam em seu cotidiano. Nesse contexto, os enfrentamentos muitas vezes têm se materializado em práticas insuficientes para o restabelecimento da saúde dos indivíduos levando os profissionais a buscar estratégias alternativas que possibilitem a superação das dificuldades encontradas e o atendimento às verdadeiras necessidades de saúde da população. O depoimento a seguir comprova a afirmação:

Os resultados finais, ou seja, a resolatividade das queixas é insatisfatória. Elas se perpetuam e o paciente roda de especialista em especialista e nada resolve. Então eu fui buscar práticas alternativas, estudar práticas alternativas (...) (INF01).

Ainda nessa direção, o profissional segue relatando a conduta de prescrição medicamentosa indiscriminada em caso de dores tensionais, comum nesse contexto, e que busca superar através da implementação da massagem.

Existe uma prática perniciosa da *superfarmácia*. Da intervenção medicamentosa, o paciente intoxicado por remédio e vai com um problema e dá-se outro remédio pra tirar o problema do outro remédio (INF01).

Esse panorama do processo de trabalho dos profissionais de saúde nos convida a uma reflexão sobre o cuidado à saúde, que deve acontecer na perspectiva do encontro entre profissionais de saúde e usuários, e pressupõe o deslocamento do foco da intervenção das práticas de saúde da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos⁽¹⁰⁾.

Contrapondo-se à perspectiva apontada nos depoimentos anteriores, os depoimentos abaixo indicam a possibilidade de superar o enfoque curativista das ações de saúde por meio do fortalecimento de ações educativas iniciadas através da alfabetização de adultos da comunidade.

(...) começou pela inquietação da nossa médica. Porque muitas vezes eles precisam assinar no livro e lá iam botar o dedo e era muito constrangedor pra usuária colocar o dedão em pleno século XXI. Então ela propôs um trabalho de alfabetização dos usuários e a equipe topou (INF04).

Assim eles se sentem incluídos. Ele pode até ser considerado um analfabeto formal, mas ele não é analfabeto social. Então pra gente isso é muito importante, isso reflete em saúde (INF04).

Outra consequência importante da visão reducionista da saúde, nos moldes da perspectiva biomédica, diz respeito à compreensão do saber médico-científico como o único autorizado a estabelecer *a verdade* sobre a doença, o doente e o tratamento⁽¹¹⁾.

Na contramão desse entendimento, um dos profissionais entrevistados mostrou-se aberto à inserção de outras formas de atuação, conforme é possível verificar no depoimento a seguir:

(...) a gente abriu um espaço para aquelas pessoas que são rezadeiras, seja ela de que religião for, elas serão acolhidas (...) São líderes comunitários e rezadeiras da comunidade (...) queremos que elas resgatem seu espaço aqui dentro também (INF02).

Observa-se, portanto, que, paralelamente à produção e reprodução do modelo biomédico, as práticas baseadas no saber popular se mantêm vivas no cotidiano da população, sendo realizadas com o objetivo de manter ou alcançar o bem-estar. O depoimento que se segue reforça esse entendimento.

(...) é mais um espaço que ela tem na comunidade, que na verdade tá ratificando o que já existe. Nós não estamos criando nada. Nós estamos dando espaço e fala a quem já na própria comunidade tem (INF02).

A participação popular com a valorização das vozes da comunidade e o reconhecimento de sua importância para a consecução das práticas de saúde foi a estratégia utilizada por um dos profissionais entrevistados:

Quando eu trabalhei no PSF do G., lá a gente tinha o conselho local (...) eleito com votos da própria comunidade e os participantes a gente começou a chamar de colaborador comunitário (INF03).

(...) a gente sabe que não trabalha só e a participação popular é muito importante, a população fala alto, entendeu? E o poder que a população tem é muito grande. E a gente tem que se unir com essa população, com quem já temos um vínculo muito forte (INF03).

A necessidade de reconhecer e reafirmar a importância da população bem como seus direitos e deveres constitucionalmente estabelecidos, revela que o lugar dos usuários nos serviços de saúde ainda permanece negado, muito provavelmente em função de uma atenção centrada em procedimentos, com excessiva normatização das ações e que tem na doença seu principal foco de atuação, sempre em detrimento dos sujeitos.

Diante disso, a Participação Popular parece ser colocada como finalidade do processo de trabalho pelos profissionais entrevistados, ainda que impulsionada, em um primeiro momento, por um imperativo normativo. Outra finalidade destacada diz respeito à Promoção da Saúde, que orienta os esforços para a operacionalização das ações.

A gente tá saindo daqui, tá trabalhando, tá fazendo ação, tá fazendo promoção da saúde, está no ambiente deles, na escola (...) (INF05).

(...) começou devido à necessidade da gente atender a um dos princípios do SUS que é a participação popular. E aí a gente buscava uma estratégia de como trabalharia isso (INF03).

Então a gente tá resgatando os espaços da promoção da saúde, porque isso é promoção da saúde (INF02).

Através da inserção das rezadeiras, os saberes populares referentes à compreensão e enfrentamento do processo-saúde e doença, passam a se constituir meios ou instrumentos do processo de trabalho do profissional entrevistado o que aponta para a possibilidade de integração do saber popular e do saber técnico-científico para o atendimento efetivo das necessidades de saúde dos usuários. O informante relata ainda que, embora ofereça essa alternativa não perde de vista sua origem e coerência de utilização.

O processo não é descendente, é ascendente. Ela nasce da demanda da comunidade, ela sabe perfeitamente aquilo que precisa de reza e aquilo que não precisa de reza, entendeu? (INF02).

Diante dessa possibilidade, torna-se importante compreender que a cada saber específico (seja ele cientificamente fundamentado ou resultado de experiências e práticas populares historicamente produzidas), corresponde possibilidades e limitações que devem ser reconhecidas, sob pena de inserir dentro do processo de trabalho instrumentos inadequados para atuar sobre um determinado objeto com vistas a uma finalidade específica. No depoimento que se segue essa limitação é reconhecida, o que leva o profissional a buscar em outros saberes e práticas meios mais adequados, porque mais resolutivos e menos nocivos, à natureza do problema de saúde identificado.

Isso me despertou a curiosidade de pesquisar a fisiopatologia da dor. E cheguei à seguinte conclusão: a resposta física ao estímulo doloroso, sempre o organismo responde da mesma maneira, com o encurtamento de fibras musculares e liberação de mediadores químicos. E grande parte deles não são excretados ou anulados com os antiinflamatórios não-esteróides comuns na nossa prática diária (Massagem).

Uma vez reconhecida essa limitação, a massagem surge como um recurso importante que, na experiência em questão, tem contribuído sobremaneira para dar resolução a dores tensionais em jovens, adultos e crianças, no âmbito da atenção básica, sem que seja preciso recorrer a encaminhamentos ou prescrição de medicamentos, em grande parte desnecessários e ineficientes.

DISCUSSÃO

A análise dos depoimentos revelou que ao buscarem estratégias alternativas os profissionais denunciam a insuficiência de algumas ações desenvolvidas para responder adequadamente às necessidades de saúde dos usuários. Uma vez centradas na doença, essas ações homogeneizam necessidades e possibilidades de tratamento, desconsiderando as particularidades de cada usuário bem como a natureza social do processo saúde-doença.

Nessa direção, a motivação para promover experiências alternativas às práticas regulares dos serviços emerge em momentos de cuidado muito particulares, quando os profissionais exercitam um olhar que enxerga além do que lhes é apresentado explicitamente como demanda por cuidados de saúde. Nos depoimentos esse olhar se revela em diferentes momentos, seja na identificação do constrangimento gerado pela impossibilidade de assinar o nome nos formulários de atendimento, que se materializa em uma experiência de alfabetização de adultos e idosos; seja na compreensão de que é possível e necessário disponibilizar a estrutura física dos serviços para as práticas populares das rezadeiras; seja pela afirmação explícita da insuficiência dos dispositivos e práticas clínicas da atenção básica para compreender e atender adequada e efetivamente às necessidades de saúde dos sujeitos, e que levou o profissional a buscar na massagem uma forma de resolver a dor, superando a prescrição medicamentosa indiscriminada.

Diante dessa perspectiva, os resultados do presente estudo reforçam a compreensão de que a despeito da força com que o modelo curativista se produz e reproduz no cotidiano dos serviços, o encontro entre profissional e usuário pode se constituir em um momento importante para apreensão de necessidades que não se reduzem à prevenção e controle de doenças.

Considerando que a proposta da atenção básica à saúde tem como foco a aproximação dos serviços e profissionais de saúde da realidade de vida da população, teríamos como resultado mais imediato o estabelecimento de uma relação cotidiana dos profissionais com os aspectos sociais, culturais e subjetivos de sujeitos e coletividades. Não obstante, essa aproximação vem se dando de forma incipiente, com uma frágil percepção do processo de adoecimento e das necessidades de saúde dos sujeitos e coletividades, determinando, como consequência, intervenções inadequadas e ineficientes⁽¹²⁾ conforme relatado em alguns depoimentos.

Do ponto de vista dos elementos do processo de trabalho, tem-se com *objeto* os modos de atenção à saúde no contexto da prática clínica da atenção básica que, estando centrados na doença e na medicalização das necessidades de saúde, se mostram insuficientes para responder adequadamente às necessidades de saúde dos usuários.

A manutenção da centralidade da doença apresenta implicações éticas importantes, uma vez que resulta em práticas que se realizam por meio de potentes mecanismos de exclusão, historicamente produzidos e reproduzidos no cotidiano das ações e serviços de saúde, embora sejam continuamente afirmadas em sua potencialidade de produzir saúde por garantirem o acesso a bens e serviços. A qualidade da atenção à saúde, contudo, não se reduz à possibilidade de consumo de bens e serviços de saúde, mas pressupõe a garantia do acesso a ações que tenham potência de responder efetivamente às necessidades da população⁽¹³⁾. Diante dessa perspectiva, a construção de novas formas de conceber e enfrentar os problemas e necessidades de saúde passa necessariamente pela negação a qualquer tipo de reducionismo, favorecendo o cuidado integral.

A saúde entendida em sua integralidade, como produção social de determinação múltipla e complexa, demanda a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores) na apreciação, formulação e implementação de políticas, diretrizes e ações que visem à melhoria da qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Nessa direção, os profissionais destacam outros aspectos importantes, e que se referem à *finalidade* do processo de trabalho identificada nos conceitos de Promoção da Saúde e Participação Popular. Assim, observa-se que a finalidade definida nesses dois conceitos gira em torno da

possibilidade de resgatar o protagonismo dos usuários nas ações de saúde, ampliando sua participação e exercitando um olhar que busca enxergar de fato suas necessidades.

A Participação Popular enquanto finalidade do processo de trabalho em saúde parece resultar da afirmação de um novo paradigma de gestão na saúde, ancorado em dois pressupostos fundamentais: a necessária participação popular na gestão das políticas, incorporando diversos atores da sociedade civil e, a valorização local, com base no princípio de que no âmbito local as questões podem ser resolvidas de forma mais satisfatória, desde que sejam consideradas as vozes da comunidade⁽¹⁵⁾.

O paradigma da Promoção da Saúde traz em suas bases potenciais de abordagem dos problemas de saúde, incidindo sobre os modos de pensar e agir dos atores sociais implicados com a produção da saúde. Ao adotar o conceito ampliado de saúde, pressupõe que a resolução dos problemas e resposta às necessidades reside no potencial de agregação e mobilização dos sujeitos sociais e comunidades⁽¹⁶⁾. Assim orientadas, as ações em saúde favorecem o estabelecimento de uma rede de compromissos e corresponsabilizações, tendo em vista a criação conjunta e articulada de estratégias necessária à manutenção da vida.

Alerta-se, contudo, que embora os discursos oficiais reconheçam que o desenvolvimento de um projeto coletivo e democrático de saúde passe, necessariamente, pela valorização do diálogo e da troca de experiências entre diferentes saberes no sentido de promover saúde e inserir sujeitos e coletividades na discussão e tomada de decisão no setor, as práticas de saúde muitas vezes não conseguem dar concretude a esses discursos⁽¹⁷⁾.

Os saberes populares que promovem uma dada compreensão e intervenção sobre o processo saúde-doença e aqueles relativos às práticas integrativas e complementares, tradicionalmente ancorados na racionalidade oriental emergem como *instrumentos* do processo de trabalho em saúde na realidade em estudo. Tradicionalmente marginalizados nesse contexto, uma vez que nem sempre atendem aos preceitos de racionalidade e cientificidade, são buscados como meio de dar resolubilidade aos problemas de saúde identificados.

Com efeito, a natureza mesma do trabalho em saúde exige dos trabalhadores atos e ações que não se fundamentem apenas nos saberes, métodos e técnicas relacionados à sua formação profissional, sendo necessário também que a estes se articulem valores e saberes produzidos e compartilhados pelos trabalhadores entre si e destes com os usuários no cotidiano das práticas de saúde⁽¹⁸⁾. Não obstante, também foi possível constatar que, uma articulação entre esses saberes (das rezadeiras e dos profissionais de saúde) ainda se constitui uma utopia, pois, embora convivam pouco dialogam e apenas se respeitam.

Acrescenta-se que no processo de trabalho em saúde é imperativo o conhecimento de instrumentos que articu-

lem e ao mesmo tempo intervenham sobre objetos para consecução das finalidades. Observa-se que no trabalho da Estratégia Saúde da Família, as unidades de saúde e as equipes recorrem a diferentes instrumentos, sem, contudo, saber se conseguem reconhecer as necessidades de saúde e se permitem enfrentá-las⁽¹⁹⁾.

Assim, para superar o “fosso” que separa os saberes e práticas técnico-científicos da dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, é preciso que os sistemas de saúde aprendam a pensar os indivíduos doentes ou susceptíveis ao adoecimento em suas relações, contextos e representações, constituindo um modo radicalmente diverso de conceber a saúde e a doença, bem como de organizar os serviços para intervir sobre seus determinantes⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A análise do processo de trabalho dos profissionais revelou uma frágil articulação entre os diferentes elementos que o compõem, indicando que a forma como os profissionais organizam seu trabalho no cotidiano dos serviços, ainda que orientada para a transformação dos modos de atenção à saúde, encontra resistências importantes em virtude da capacidade de produção e reprodução de saberes e práticas de modelos de atenção à saúde tradicionais, essencialmente ineficientes, ineficazes e excludentes.

Não obstante, desde a identificação de uma necessidade específica, passando pela delimitação dos objetos

de trabalho conforme a finalidade de atender a essa necessidade, até a seleção dos instrumentos e meios concebidos como necessários e suficientes para o alcance dessa finalidade, os profissionais parecem informar que é possível transformar a realidade imposta pelos modelos hegemônicos, pela via da superação da invisibilidade dos sujeitos nos serviços de saúde e, sobretudo, por meio da assimilação, articulação e legitimação de saberes historicamente negados, porém, igualmente efetivos para a garantia de qualidade das ações.

Diante do exposto, conclui-se que a existência de estratégias e táticas alternativas no interior do processo de trabalho de enfermeiros e médicos na equipe de saúde da família, ainda que implementadas por apenas cinco profissionais de saúde, pode se constituir um embrião a ser desenvolvido para transformação dos processos de trabalho e superação dos modelos de atenção à saúde que se mantêm na contramão da reforma que se pretende para o setor, no sentido de uma atenção integral, humanizada e de qualidade. Para tanto, destaca-se o necessário reconhecimento e envolvimento da gestão frente a essas iniciativas, especialmente através de dispositivos que viabilizem a problematização contínua das concepções e práticas vigentes, no cotidiano do trabalho de cada equipe, desafiando profissionais e instituições a incorporar novos saberes e fazeres para adequação das ações à realidade de vida e saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Supl 1:7-16.
2. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(6):1187-93.
3. Pinheiro R. As práticas do cuidado na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2006. p. 65-112.
4. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 15-35.
5. Teixeira CF. A mudança do modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira, CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção vigilância e saúde da família*. Salvador: Ed.UFBA; 2006. p. 19-58.
6. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(8):489-506.
7. Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
8. Egrý EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.
9. Fiorin JL. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto; 2008.
10. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 1:1497-508.
11. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(1):68-73.

12. Favoreto CAO. A narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
13. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface Comum Saúde Educ.* 2009;13 Supl 1:S771-80.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
15. Fontes B, Lima R, Lima J. Promoção de saúde e participação social: o modelo de Atenção Básica do Sistema de Saúde Brasileiro. *Ciênc Soc Unisinos.* 2010;46(1):65-79.
16. Rabello LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.
17. Marteleto RM, Stotz EM, organizadores. Informação, saúde e Redes Sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
18. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2009. p. 29-40.
19. Egry EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrrientos DMS, Fonseca RMGS, et al. Reviewing health needs assessment approaches in the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2009 [cited 2010 May 15];43(n.esp 2):1181-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a06v43s2.pdf
20. Stotz E. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. *Interface Comun Saúde Educ.* 2011;5(8):132-34.