

um serviço público de saúde municipal'

Multi-Professional Work: representation in a municipal public service of health'

Cristiane Corsini Medeiros Otenio

Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora.

Endereço: Rua Oscavo Gonzaga Prata, 350, Apt. 602, Laranjeiras, CEP 36033-220, Juiz de Fora, MG, Brasil.

E-mail: oteniocris@hotmail.com

Luiza Nakama

Doutora em Odontologia Social e Preventiva. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Endereço completo: Rua: Pernambuco, 725, Centro, CEP 86020-120, Lodrina, PR, Brasil.

E-mail: luiza@ceddo.com.br

Ana Maria Cavalcanti Lefèvre

Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IPDSC).

Endereço completo: Av. Dr Arnaldo 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: ana@ipdsc.com.br

Fernando Lefèvre

Doutor em Saúde Pública. Professor Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

Endereço: Av. Dr Arnaldo 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: flefevre@usp.br

Este artigo foi redigido com parte dos resultados do Trabalho de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL)/Paraná.

Resumo

Este estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde no município de Bandeirantes, Paraná. Foram entrevistados 44 profissionais de saúde de nível superior, com quatro questões abertas que abordaram aspectos de interesse para o tema. Para a análise dos dados, tomou-se como base o referencial da Teoria da Representação Social. Para o processamento dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, por meio da qual se construíram os discursos-sínteses com auxílio do programa Qualiquantisoft. Nos discursos obtidos, os profissionais de saúde entrevistados consideraram seu trabalho uma rotina de atendimento programado, determinado pela demanda, desgastante, porém vocacionado. Destacaram que o trabalho multiprofissional é a integração de vários campos da área da saúde, entre profissionais de outras áreas e de outras especialidades para ter uma equipe formada para solucionar os problemas. Relataram que, para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, seria necessária maior interação entre os gestores e os profissionais; recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento; capacitação, conscientização, contratação de profissionais para o serviço; remuneração salarial e organização do serviço de saúde. Os conteúdos revelaram barreiras para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, como ausência de novas formas de gestão, flexibilização das relações de trabalho e necessidade de resolução de questões antigas, como remuneração salarial, planos de cargos e carreiras, e organização do serviço, com instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de profissionais.

Palavras-chave: Trabalho; Recursos humanos; Pesquisa qualitativa; Representações sociais.

Abstract

The present study aims to know the social representations of health professionals on the multi-professional work in the Public Service of Health in the city of Bandeirantes - Paraná - Brazil. Forty-four health professionals with a university degree were interviewed answering four open questions that approached aspects regarding the issue. For data analysis, we used the technique of the Collective Subject Discourse, by means of which the speech-synthesis were built using Qualiquantisoft program. In the speeches obtained, the interviewed health professionals considered their work as a routine of programmed care, determined by the demand that was tiresome, however vocational. They highlighted that multi-professional work is the integration of some fields in the health area, of professionals of other areas and other specialties to form a team to solve problems. They consider that for the development of the multi-professional practice, a greater interaction between the managers and the professionals is necessary; as well as having material and physical resources to improve care; provide capacity building and awareness raising, hiring professionals to perform the work with better wages and organization of the health service. The contents show barriers for the development of the multi-professional work, such as the absence of new forms of management, flexibility in work connections and the need to settle old issues, such as wage, position and career plans, and organization of the service, setting up mechanisms that can prevent high professional turnover.

Keywords: Work; Human Resources; Qualitative Research; Social Representations.

Introdução

No decorrer do século XX, a sociedade observou várias transformações de ordem econômica, social, cultural e tecnológica, com reflexos nas organizações, constituindo grandes modificações no mundo do trabalho, o que provocou mudanças nas filosofias de administração, controle e gestão da produção de bens e serviços (Alves e col., 1999).

Peduzzi (1998) caracteriza o trabalho como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. Um dado processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente. Nessa rede, ocorre o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar. Tal como ocorre no campo da saúde, em que distintas áreas profissionais, cada qual realizando um processo de trabalho próprio, encontram nas necessidades de saúde seu ponto de confluência.

Ao longo da história, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento de trabalho, a divisão do trabalho e o processo de formação profissional e de produção de conhecimentos modificaram-se, sendo influenciados pelo modo de produção hegemônico, pela cultura e pela forma de organização da produção nos setores mais dinâmicos da economia (Pires, 2000). Há uma tendência, segundo Peduzzi (2002), à maior qualificação dos trabalhadores, pois o produto depende cada vez menos das operações diretas do trabalhador individual, e cada vez mais de trabalhos coletivos articulados.

Esse novo trabalhador, no qual convergem, em graus variados, a concepção e a execução do trabalho, em um novo ambiente tecnológico e organizacional, necessita de uma qualificação que inclua múltiplos aspectos: habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica, comunicacionais; de inter-relação com clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo e para a formação mútua no próprio local de trabalho; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade; e domínio

de técnicas de planejamento e organização do trabalho (Bernardes, 1994).

A abordagem do trabalho em saúde é essencial para o aprimoramento e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Almeida e Mishima (2001) o movimento para construir o trabalho multiprofissional, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, pode levar para além de um trabalho técnico hierarquizado, um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e, maior integração dos trabalhadores.

Neste sentido é relevante avaliar se a multiprofissionalidade é fator decisivo para o desempenho do profissional na busca da atenção integral, dentro do SUS e se o trabalho multiprofissional favorece maior integração entre os profissionais de saúde e as ações que desenvolvem no Serviço Público de Saúde.

Uma ferramenta para isso é, segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa, que aprofunda o significado e a intencionalidade e que, a rigor, qualquer investigação social deveria contemplar, uma vez que traz para o interior da análise o subjetivo, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados, trabalha o caráter de antagonismo, de conflito entre os grupos sociais, permitindo aprofundar o caráter social, as dificuldades de construção do conhecimento e responde a questões muito particulares de pesquisa. Ainda segundo essa autora, a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais, as representações de determinado grupo sobre temas específicos e para a formulação de políticas públicas e sociais.

Para Lefèvre e Lefèvre (2005a), as representações sociais não são fatos dados, mas reconstruídos, que, utilizando-se procedimentos de resgate e organização apropriados, são descritas, explicitadas e apresentadas, tendo como base o material empírico dos pensamentos individuais agregados por semelhança semântica.

Segundo a escola francesa organizada em torno de Moscovici (2003) as Representações Sociais são “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”.

A Representação Social pode ser acessada de diversos modos. Segundo Herzlich, que aplicou o conceito a estudos na área da saúde:

... o mais das vezes, ela [a Representação Social] é parte de um material verbal constituído, seja através de respostas a um questionário, seja através do discurso emitido em entrevistas individuais. Isso coloca, de início, o problema da mediação da representação pela linguagem. Mas, por outro lado, a partir desses discursos específicos, dessas expressões particulares, o pesquisador tenta apreender a lógica comum subjacente, o código partilhado, portanto mais geral, que se aplica a todas essas discussões, que é o nível das representações sociais. Acredito que exista aí um nível de análise específico, correspondente ao funcionamento de configurações sociocognitivas bastante globais, graças às quais o individual e o coletivo se interpenetram. (2005, p.65)

Esta foi a opção aqui adotada, já que o material de base desta pesquisa foi constituído por depoimentos coletados individualmente de um tipo determinado de ator social: os profissionais de saúde de nível superior.

Tendo como fundamento a teoria da representação social e seus pressupostos sociológicos, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre e Lefèvre, 2005b) é uma técnica destinada a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que determinado grupo social passe a ser visto como autor e emissor de discursos compartilhados.

A opinião coletiva processada de forma discursiva, segundo esses autores, apresenta nítidas vantagens em relação à processada de forma puramente categorial: ela é semanticamente mais rica, pois é plena de conteúdos significativos, fazendo emergir os variados detalhamentos individuais de uma mesma opinião coletiva diante do tema pesquisado.

Esta pesquisa pretende conhecer as representações dos profissionais de saúde, no município de Bandeirantes (PR), sobre o trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde.

Metodologia

Campo estudado

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Bandeirantes, localizado na região Norte do Estado do Paraná, Brasil, com uma população estimada em 32.290 mil (IBGE, 2007), onde o atendimento à saúde é

prestado pelos seguintes serviços: posto central: pronto atendimento médico, pronto atendimento odontológico, atendimento médico especializado, atendimento materno-infantil, farmácia básica e de manipulação municipal e fisioterapia; unidades descentralizadas de saúde: quatro equipes de PSF/PSB. As entrevistas foram realizadas no posto central e nas unidades descentralizadas.

Participantes

Participaram da pesquisa profissionais de saúde de nível superior com vinculação à instituição, totalizando 45 profissionais de saúde do Posto Central e das Unidades Descentralizadas.

Procedimentos

Neste estudo, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefèvre e col., 2000; Lefèvre e Lefèvre, 2003) e o *software* Qualiquantisoft, como técnica e instrumento para o processamento de dados.

A técnica do DSC é um processo complexo, que resulta, ao final, num conjunto de discursos coletivos ou DSCs, subdividido em vários momentos, efetuados por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas. Para que se produzam os DSCs, são necessárias: expressões-chaves, que são trechos selecionados do material verbal de todos os depoimentos individuais que melhor descrevem seu conteúdo; ideias centrais, que são fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos semanticamente semelhantes de respostas de diferentes indivíduos. Ao final, o conteúdo das respostas de sentido semelhante é reunido em discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular (Lefèvre e Lefèvre, 2005b).

Para analisar as práticas multiprofissionais na atenção primária do Serviço Público de Saúde, foi realizada uma entrevista gravada, com base em roteiro estruturado contendo perguntas abertas, porém direcionadas a um tema específico, visando coletar depoimentos por meio da fala dos atores sociais.

Compuseram as entrevistas quatro questões abertas direcionadas: “Conte para mim como seria o seu dia típico de trabalho no serviço público de saúde.”; “Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?”; “O trabalho que você desenvolve nor-

malmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso.”; “O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?”

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um gravador (Minicassete Recorder RQ-L11), fitas cassetes de 60 minutos cada e um roteiro de entrevista contendo duas partes: a primeira, com dados cadastrais do entrevistado (sexo, data de nascimento, categoria profissional, vínculo empregatício e tempo de serviço na rede pública de saúde) e a segunda, contendo quatro perguntas sobre as representações dos profissionais de saúde no trabalho multiprofissional no Serviço Público de Saúde.

De acordo com os aspectos éticos, legais e atendendo às orientações da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (Brasil, 1996), o projeto de pesquisa deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UUEL), sob o protocolo n° 267/06, e com autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Antes de iniciar cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e a importância da gravação, assegurando o sigilo de todos os depoimentos e a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao entrevistado assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de novembro a dezembro de 2006, seguindo rigorosamente no roteiro. As entrevistas duraram em média 23 minutos, sendo que a mais curta durou cinco minutos e a mais longa, 56 minutos.

Resultados e Discussão

Características da amostra estudada

Os dados a seguir referem-se ao perfil dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa; um profissional não aceitou participar da investigação. Fizeram parte desta pesquisa as seguintes categorias profissionais: enfermeiro (6), farmacêutico (4), médico (17), nutricionista (1), fisioterapeuta (3) e odontólogo (13), totalizando 44 profissionais de saúde, como mostra a Quadro 1.

Quadro 1 - Perfil dos profissionais de saúde de nível superior, de acordo com sexo e idade, da Secretaria municipal de Bandeirantes, PR, entrevistados no período de novembro a dezembro de 2006.

		Categoria profissional						Total
		Médico	Ondontólogo	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Nutricionista	
Sexo	Feminino	4	5	6	3	3	1	22
	Masculino	13	8	-	1	-	-	22
Faixa etária (anos)	22-29	-	2	4	2	3	1	12
	30-39	3	5	1	2	-	-	11
	40-49	6	4	1	-	-	-	11
	Maior ou igual a 60	8	2	-	-	-	-	10
Vínculo empregatício	Estatutário federal	1	-	-	-	-	-	1
	Estatutário estadual	1	-	-	-	-	-	1
	Estatutário municipal	6	3	-	-	-	-	9
	Comissionado	1	3	-	3	-	-	7
	CLT	6	7	6	1	-	-	20
	RPA	2	-	-	-	3	1	6
Tempo de serviço (anos)	Menos de 1	1	-	3	1	-	1	6
	2-10	5	7	3	2	3	-	20
	11-29	7	5	-	1	-	-	13
	Menos ou igual a 30	4	1	-	-	-	-	5

Quanto ao sexo, observou-se predominância do sexo feminino entre os enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionista, compatível com outros dados encontrados, que revelaram uma tendência à feminilização das profissões no mercado de trabalho em saúde, conforme estudos de Machado (2000) e Gil (2005). Segundo o Ministério da Saúde (Bellusci, 2003), na categoria médica, há predominância do sexo masculino 115 (55,9%), estando abaixo dos dados encontrados neste estudo (76%) para esta categoria.

A faixa etária dos entrevistados indicou idades menores que dados apontados por Machado (2000), segundo os quais há predominância de idade de 30 a 39 anos (40%). Na faixa etária entre 22 a 29 anos a categoria profissional predominante foi enfermeiro (33%); entre 30 a 39 anos, odontólogo (45%), entre 40 a 59 anos e acima de 60 anos, médico, com 55% e 80% respectivamente. Ignarra (2002) relata que, como consequência do incremento de novas escolas médicas, desde o final da década de 1960, e acompanhando a tendência de rejuvenescimento da força de trabalho em saúde em geral, hoje a profissão médica é exercida

majoritariamente por profissionais com menos de 45 anos de idade. Relata ainda que a maioria dos profissionais de medicina pertence à classe média urbana e dificilmente abandonará a estrutura de equipamentos sociais e culturais disponíveis nos grandes centros para fixar-se no interior do país, o que não corresponde ao encontrado nesta pesquisa.

Quanto ao tempo de serviço na rede pública de saúde, ao analisarmos cada categoria profissional isoladamente, pode-se destacar que os médicos foram os que apresentaram o maior tempo de serviço, seguido pelos odontólogos, em contraposição aos enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e nutricionista.

O tipo de contrato predominante entre os sujeitos foi o regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), que mesmo estando em conformidade com a legislação vigente, tem descaracterizado o perfil do servidor público.

Esse predomínio de relações trabalhistas formais com contratos sem concurso público é um importante dado a ser destacado, considerando que o município não tem Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)

e, desta forma, não há oportunidade de ascensão profissional para esses trabalhadores. Segundo Farias e Vaitsman (2002), as diferentes formas de contrato podem gerar tensões, latentes ou manifestas, produzindo, não raro, uma hierarquia entre os estáveis e os contratados. A precarização dos vínculos de trabalho coloca, ainda, problemas derivados do cálculo custo/benefício envolvido no investimento em capacitação dos profissionais cuja permanência na organização é incerta ou manifestamente transitória.

Em concordância com Castro (2007), tem se tornado urgente criar iniciativas e soluções de enfrentamento do problema e repensar a forma como profissionais de saúde, de diferentes categorias ocupacionais, comprometidos com a prestação de serviços à população, têm desempenhado suas funções, expostos à instabilidade, insegurança e vulnerabilidade.

Ideias centrais do discurso do sujeito coletivo

Os resultados quali-quantitativos do DSC serão apresentados por questão, com as respectivas ideias centrais e a proporção obtida para cada uma delas. Apenas o DSC da ideia central mais frequente, portanto, a mais compartilhada, será aqui apresentado. No entanto, os comentários referem-se a todos os discursos encontrados.

Representações sobre o trabalho no serviço público de saúde

A Tabela 1 mostra o total de ideias centrais obtidas nas respostas dos depoimentos dos 44 profissionais entrevistados à questão: “Conte para mim como seria o seu dia típico de trabalho no serviço público de saúde”, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma ideia central.

Tabela 1 - Distribuição das ideias centrais referentes à questão “Conte para mim como seria o seu dia típico de trabalho no serviço público de saúde”, colhidas nas entrevistas com profissionais de saúde do Município de Bandeirantes, PR – 2006

Ideias centrais	Categoria profissional						Total*
	Médico	Odontólogo	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Nutricionista	
Atend. programado	10	7	2	0	2	1	22
Atend. à demanda	8	2	3	2	1	0	16
Trab. desgastante	6	2	2	2	0	0	12
Trab. vocacionado	1	2	0	0	0	0	3
Trab. administrativo	0	0	3	1	0	0	4

* corresponde ao número de sujeitos que participaram da composição de cada DSC, podendo ter contribuído com mais de uma ideia central.

É interessante observar que 50% dos profissionais de saúde compartilham da ideia de que um dia típico de trabalho no serviço público de saúde representa um “atendimento programado”, destes, 45% são médicos; 32%, odontólogos; 9%, enfermeiros; 9%, fisioterapeutas e 5%, nutricionistas. Trinta e seis por cento dos profissionais de saúde compartilham da ideia de que um dia típico de trabalho no serviço público de saúde representa um “atendimento a demanda”; destes, 50% são médicos; 12%, odontólogos; 19%, enfermeiros; 12%, farmacêuticos e 6%, fisioterapeutas. Dos 27% que compartilham da ideia de que um dia típico de trabalho no serviço público de saúde representa um “trabalho desgastante”, 50% são médicos; 17%, odontólogos; 17%, enfermeiros e 17%, farmacêuticos. Sete por cento que

compartilham da ideia de que um dia típico de trabalho no serviço público de saúde representa um “trabalho vocacionado”; destes, 33% são médicos e 67%, odontólogos. Nove por cento compartilham da ideia de que um dia típico de trabalho no serviço público de saúde representa um “trabalho administrativo”; destes, 75% são enfermeiros e 25%, farmacêuticos.

O mais interessante é observar que para esses profissionais a visão administrativa está presente em duas categorias, enfermeiros e farmacêuticos, ao passo que o nutricionista só aparece nas atividades programáticas. Segundo Araújo e Freitas (2006), o objeto de trabalho farmacêutico na unidade de saúde é fortemente marcado pela gestão burocrática, ou seja, garantir a disponibilidade do medicamento ao usuário.

As atividades desenvolvidas estão condicionadas às condições do local de trabalho e ao modelo de gestão.

Silva e Trad (2005) afirmam que os enfermeiros acabam mediando as relações não só entre os trabalhadores da equipe, mas também destes com a coordenação municipal, o que pode ser atribuído ao fato de que, historicamente, o profissional de enfermagem tem assumido preferencialmente funções de gerência e administração nos serviços de saúde. O enfermeiro insere-se nessa produção com fazeres técnicos (atendimentos específicos) e burocráticos (escalas, pedidos de materiais). (Fortuna e col., 2002).

DSC da ideia central A - Trabalho Programado

Chego às sete e trinta da manhã, já tem os pacientes agendados, e começo a chamá-los pela ordem de horário.

Pra atender os pacientes portadores de necessidades especiais tem uma diferenciação que é a contenção, tem o controle do programa de hiperdia, glicemia capilar e pressão arterial, orientações porque é necessário que o paciente tenha todo o acompanhamento.

Tem também, o programa do sis/pré-natal que é o Sistema de Informação a Atenção ao Pré-natal e o grupo de gestantes. As gestantes participam nove meses desse grupo e, além dos trabalhos manuais, é promovido o aleitamento materno, preparo da mama, o planejamento familiar, para promover a saúde dessas gestantes. A obstetrícia não é uma rotina porque sempre tem alguma coisa diferente a ser verificada, onde todo dia nós temos situações diferentes que vem até a incentivar o trabalho. Quando nasce esse nenê vamos trabalhar o programa de puericultura que é o acompanhamento nos primeiros dias de vida até um ano de vida e a vacinação.

O atendimento de fisioterapia, pacientes de ortopedia, cardiologia, pneumologia, ortopedia, traumatologia, pediatria, neurologia, tuberculose, hanseníase e acompanhamento nutricional são feitos conforme a necessidade e patologia do paciente: se é semanal, mensal, bimestral ou trimestral; também fazemos atendimento no asilo.

Pedimos exames radiológicos; fazemos gesso ambulatoriamente; infiltrações; exames laboratoriais

e as medicações são receitados de acordo com as medicações disponíveis no posto do SUS.

Temos também que dar conta das visitas domiciliares: isso é infalível, é obrigação do ofício, e dos curativos domiciliares para atender pacientes acamados. Os pacientes que são debilitados pedimos ajuda da ambulância para poderem fazer a fisioterapia.

Então dentro do possível, procuramos resolver a maioria dos casos, mas temos dificuldade porque dependemos de muitos exames que não dá para se fazer no momento. Basicamente é isto o trabalho típico no posto de saúde. (Suj. F2, J4, N9, R11, S12, P13, O17, R19, A21, A23, I26, C30, J31, O32, V34, P35, E36, J37, I40, N41, D43, M44.)

Esses discursos revelam que os profissionais de saúde entrevistados consideram seu dia-a-dia de trabalho no serviço público um atendimento programado, administrativo, determinado pela demanda, desgastante, porém vocacionado. Essa aparente simplicidade de um trabalho encadeado oculta as contradições do processo de trabalho, conforma a manutenção da alienação do trabalhador em relação à sua inserção nesse processo de produção (Fortuna e col., 2002).

Semelhante ao que ocorre em outras áreas da administração pública, como educação, segurança e assistência social, o processo organizativo das Unidades Básicas Saúdes (UBS) ainda é deficiente, dificultando a concretização das políticas públicas (Botti e Scochi, 2006). Contudo, segundo Silva e Trad (2005), a necessidade de responder às demandas do serviço impede, muitas vezes, de serem colocadas em prática ações programadas. Além disso, o grande número de atividades que cada profissional exerce faz com que, ao longo do tempo, a concepção de trabalho se fragmente. Então, o planejamento é realizado de forma individualizada, isto é, cada profissional de nível superior define suas ações e programa suas atividades.

Os principais problemas deveriam ser identificados na comunidade mediante estudos epidemiológicos que orientam a oferta organizada ou programada no nível local, o que implica na incorporação de planejamento em saúde no cotidiano dos profissionais. No entanto, o discurso expressa que o planejamento global, de caráter coletivo, não faz parte da realidade dos profissionais desta pesquisa.

Representações sobre o trabalho multiprofissional

A Tabela 2 mostra o total de ideias centrais obtidas nas respostas dos 44 profissionais entrevistados à questão “Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?”, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma ideia central.

Observa-se que 18% dos profissionais de saúde compartilham da ideia de que o trabalho multiprofissional em saúde no serviço público é um “trabalho desenvolvido por áreas/setores/serviços diferentes”; destes 50% são médicos; 25%, odontólogos; 12,5%, enfermeiros e 12,5%, fisioterapeutas. Sessenta e um por cento dos profissionais de saúde compartilham da ideia de que o trabalho multiprofissional em saúde no serviço público é um “trabalho desenvolvido por profissionais diferentes (equipe multiprofissional)”; destes,

37% são médicos; 26%, odontólogos; 15%, enfermeiros; 15%, farmacêuticos; 4%, fisioterapeutas e 4% nutricionista. Dos 18% que compartilham da ideia de que o trabalho multiprofissional em saúde no serviço público é um “trabalho em equipe”, 37,5% são médicos; 12,5%, odontólogos; 25%, enfermeiros; 12,5%, farmacêuticos e 12,5%, fisioterapeutas. Onze por cento compartilham da ideia de que o trabalho multiprofissional em saúde no serviço público é um “trabalho multifuncional”; destes, 20% são médicos; 60%, odontólogos e 20%, enfermeiros. Vinte por cento compartilham da ideia de que o trabalho multiprofissional em saúde no serviço público é um “trabalho humanizado”; destes, 56% são odontólogos; 22%, enfermeiros; 11%, farmacêuticos e 11%, fisioterapeutas. Dois por cento não responderam à questão.

Tabela 2 - Distribuição das ideias centrais referentes à questão “Como você definiria trabalho multiprofissional em saúde no serviço público?”, colhidas nas entrevistas com profissionais de saúde do Município de Bandeirantes, PR – 2006

Ideias centrais	Categoria profissional						Total*
	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Nutricionista	Odontólogo	
Trabalho desenvolvido por áreas/setores/serviços diferentes	1	0	1	4	0	2	8
Trabalho desenvolvido por profissionais diferentes (equipe multiprofissional)	4	4	1	10	1	7	27
Trabalho em equipe	2	1	1	3	0	1	8
Trabalho multifuncional	1	0	0	1	0	3	5
Trabalho humanizado	2	1	1	0	0	5	9
Sem resposta	0	0	0	1	0	0	1

* corresponde ao número de sujeitos que participaram da composição de cada DSC, podendo ter contribuído com mais de uma ideia central.

DSC da ideia central B – Trabalho desenvolvido por profissionais diferentes (equipe multiprofissional)

O trabalho multiprofissional é a integração, o envolvimento de vários profissionais de formação e especialidades diferentes como médico, dentista, farmacêutico, fonoaudiologista, fisioterapeuta, psicóloga, enfermeira padrão, nutricionista, assistente social, auxiliares e técnicos de enfermagem, moça da limpeza, o atendente do balcão e agentes comunitários para que se tenha uma equipe formada, para poder assim solucionar os problemas necessários que há de surgir no dia-a-dia do atendimento do posto de saúde.

Tem que ter certa harmonia, respeitar a inter-relação com as outras disciplinas da odontologia e médica, uma concatenação, todos falando a mesma língua, um dando respostas pra necessidades do outro, para gerar uma totalidade, um resultado eficiente que seria o atendimento global. (Suj. F2; T3; J4; P6; S7; N9; R11; M12; A14; F16; O17; A23; A24; I26; E29; L30; J31; O32; S33; J37; V38; M42; D43; M44; M22; N28; N41.)

Os discursos expressam uma divergência ao destacar as concepções quanto ao trabalho multiprofissional. Observa-se que predomina a concepção de equipe do senso comum, em que a equipe é representada como

o conjunto de profissionais em situações comuns de trabalho. Se assim fosse, todo conjunto de trabalhadores configuraria equipe e todo trabalho seria trabalho em equipe (Peduzzi, 2001).

Sendo assim, é importante diferenciar trabalho multiprofissional de trabalho em equipe. No trabalho multiprofissional, existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. O trabalho em equipe é fundamental e implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração, que pode (e deve) acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto, não implica necessariamente construção de um novo saber ou de uma nova prática. O que cria a possibilidade do novo é a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades (Feuerwerker e Sena-Chompré, 1999).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio dessa relação dialética entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários do serviço (Peduzzi, 1998).

A multiprofissionalidade, conforme Sena-Chompré e Egry (1998), diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, ou seja, à organização do processo de trabalho que se realiza por diferentes profissionais. Multidisciplinar refere-se ao campo da organização do conhecimento e do pensar. O trabalho em equipe requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, que toma à saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, a prevenção e reabilitação, trazendo a intersectorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

Para que haja um trabalho multiprofissional não basta apenas ter uma equipe formada. Para caminhar em direção ao trabalho multiprofissional e o sujeito decidir mudar ou incorporar novos valores à sua prática e conceitos, é necessário o contato com os des-

confortos experimentados no cotidiano do trabalho e a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto tem que ser intensamente admitido, vivido e percebido. A reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir mudanças na prática.

A articulação das ações ou dos trabalhos requer, da parte de cada agente, um dado conhecimento acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde, ou seja, a própria articulação das ações requer, ao menos, certa modalidade de relação entre os agentes, em que, ao menos algumas informações sejam trocadas, mesmo que não se estabeleça um agir comunicativo como interação (Schraiber e col., 1999).

Representações sobre a prática do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde

A Tabela 3 mostra o total de ideias centrais obtidas nas respostas dos 44 profissionais à questão “O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso.”, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma ideia central.

Quarenta e oito por cento dos profissionais de saúde responderam “sim, porque conta com profissionais de várias especialidades”; destes, 43% são médicos; 14%, odontólogos; 14%, enfermeiros, 14%, farmacêuticos, 10%, fisioterapeutas e 5%, nutricionista. Dois por cento responderam “sim, porque integra áreas e setores diferentes”; destes, 100% são odontólogos. Dos 14% que responderam “sim, porque é um trabalho que integra vários profissionais com especialidades e várias áreas/setores”, 33,3% são médicos; 33,3%, odontólogos e 33,3%, farmacêuticos. Quatro por cento responderam “sim, porque é um trabalho humanizado”, destes, 50% são enfermeiros e 50% fisioterapeutas. Nove por cento responderam “sim porque é um trabalho multifuncional”; destes, 75% são médicos e 25% enfermeiros. Vinte e sete por cento responderam “não, porque não há interação entre os profissionais”; destes, 42% são médicos, 8%, enfermeiros, 33%, odontólogos e 17%, fisioterapeutas. Quatro por cento responderam “Não, porque atualmente não há o trabalho multifuncional”; destes, 100% são odontólogos.

Tabela 3 - Distribuição das ideias centrais referentes à questão “O trabalho que você desenvolve normalmente no serviço público de saúde é ou tem alguma coisa de trabalho multiprofissional? Fale um pouco sobre isso”, colhidas nas entrevistas com profissionais de saúde do município de Bandeirantes, PR – 2006

Ideias centrais	Categoria profissional						Total*
	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Nutricionista	Odontólogo	
Sim, porque conta com profissionais de várias especialidades	3	3	2	9	1	3	21
Sim, porque integra as áreas e setores diferentes	0	0	0	0	0	1	1
Sim, porque é um trabalho que integra vários profissionais com especialidades e várias áreas/setores	0	2	0	2	0	2	6
Sim, porque é um trabalho humanizado	1	0	1	0	0	0	2
Sim, porque é um trabalho multifuncional	1	0	0	3	0	0	4
Não, porque não há integração entre os profissionais	1	0	2	5	0	4	12
Não, porque atualmente não há trabalho multiprofissional	0	0	0	0	0	2	2

* corresponde ao número de sujeitos que participaram da composição de cada DSC, podendo ter contribuído com mais de uma ideia central.

DSC da ideia central A - Sim, porque conta com profissionais de várias especialidades

Sim, o trabalho que desenvolvo é multiprofissional porque a assistência farmacêutica tem que estar integrada com todos os outros profissionais, na seleção dos medicamentos tem a participação do médico, enfermeiro e do dentista com o objetivo de ter uma seleção racional visando o menor custo e maior qualidade. Também tem a participação do enfermeiro, do agente comunitário de saúde e dos auxiliares de enfermagem na fiscalização quanto ao uso dos medicamentos pelos pacientes, para que consiga uma boa assistência e um bom trabalho na secretaria. Na assistência a gestantes tem o envolvimento das enfermeiras, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas e outras áreas para o bem-estar das gestantes e futuros bebê com instruções e orientações. Quanto à assistência nutricional, os médicos que encaminham à nutricionista, e esta passa as informações para o médico de como está o paciente dele.

Ao lado da minha sala existe o serviço de odontologia, então, quase sempre peço a presença do dentista para reforçar o atendimento, ela vem e reforça. As outras especialidades (fonoaudiologia, otorrino, fisioterapia respiratória) por ficar em outro lugar e o médico também não ficar em um lugar específico não tem contato um pessoal, uma comunicação muito assídua, de comunicar a outro profissional o que aconteceu com o paciente.

No Programa Saúde da Família, os profissionais trabalham mais ou menos em equipe porque atendemos as consultas, fazemos as visitas necessárias, temos os agentes de saúde que fazem o trabalho de campo e que procuram aqueles pacientes que tenham a maior necessidade, a maior carência para ser chamado; quando chega à ocasião é feita uma colocação daqueles que tem uma urgência um pouco antes. Quando [há] alguma coisa que não anda correto, encaminho ao médico para o médico encaminhar para “fono”, nutrição, neurologista, de certa forma todos os profissionais integram um trabalho

multiprofissional, principalmente os especialistas. Então não sou eu que acompanho esse paciente, sempre peço ao superior [médico] para encaminhar ao especialista e para outros centros para que seja tratado da maneira correta, porque na minha realidade não tem como trabalhar um profissional sozinho e tenho mais facilidade de contatos com os médicos para obter resolutividade e agilidade do atendimento respeitando, claro, a hierarquia [médico] que existe. E também em determinadas situações, no caso de gestante, paciente especial, hipertenso, diabético paciente com uma deficiência renal tenho que fazer um pequeno contato ou encaminhá-lo ao médico que vai encaminhá-lo.

Então no dia-a-dia consigo fazer algumas coisas; sem dúvida, não tem como atuar sozinho muitas vezes nem sei como atuar por falta de preparação, então necessito de todos os profissionais trabalhando juntos dentro da limitação que existe no SUS. (Suj. F2; T3; N8; N9; M12; P13; L18; R19; A24; A27; N28; J31; O32; V34; P35; E36; J37; V38; M42; M44; J4.)

Esses depoimentos vêm de encontro ao que relatam Fortuna e colaboradores (2002) quanto ao fato de que parcelamento pode continuar se reproduzindo mesmo quando contamos com trabalhadores de outras especialidades como fonoaudiologia, psicologia e serviço social, cada um fazendo uma parte, mas perdendo a dimensão do todo. De fato, nesse parcelamento os trabalhadores vão se fazendo responsáveis por partes, por parcelas, ao mesmo tempo em que se reproduzem enquanto homens fragmentados. Assim, perde-se a finalidade do trabalho e o próprio sentido de existência da unidade dentro do sistema local de saúde.

O processo de trabalho é estruturado e comandado pelos saberes e atos do médico; o discurso mostra que os profissionais não-médicos não têm autonomia para o trabalho assistencial nem mesmo para exercer o que lhes é facultado como competência profissional.

Ainda quanto à comunicação, observa-se que é mínima, restringindo-se quase sempre a um conteúdo técnico sendo que a unidade odontológica não é considerada parte integrante da equipe de PSF, o que é imprescindível para o prosseguimento ou encadeamento das ações.

O rompimento deste paradigma depende essencialmente de condutas administrativas centrais ou locais. Os modelos mostram têm se revelado ultrapassados e desgastados.

A busca de coerência com a realidade, em que o termômetro é a insatisfação do profissional, a ineficiência do atendimento e a negação dos princípios e diretrizes do SUS, é a única maneira de se encontrar uma saída para a modernização e a atualização do sistema.

Para Pires (1999), o trabalho é compartimentalizado, cada categoria profissional organiza-se e presta parte da assistência de saúde separada dos demais, muitas vezes duplicando esforços e tomando atitudes contraditórias. O médico é o elemento central do processo assistencial institucional em saúde; os demais profissionais que participam da assistência estão subordinados às decisões médicas, ou seja, executam as atividades delegadas. As pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a se defender da concorrência alheia. É comum o profissional construir identidade e segurança apegando-se à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a abertura para a interação inevitável em espaços interdisciplinares (Campos e Domitti, 2007).

Representações da participação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional

A Tabela 4 mostra o total de ideias centrais obtidas nas respostas dos 44 profissionais à questão “O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?”, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma ideia central.

Observa-se que 27% dos profissionais de saúde compartilham da ideia de que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde é necessário “interação entre os setores/profissionais de saúde”; destes, 34% são médicos; 33%, odontólogos; 8%, enfermeiros, 17%, fisioterapeutas e 8%, nutricionista. Trinta e seis por cento dos profissionais de saúde compartilham da ideia de que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde é necessário “recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento”; destes, 31% são médicos; 37%, odontólogos; 19%, enfermeiros, 27%, farmacêuti-

Tabela 4 - Distribuição das ideias centrais referentes à questão “O que você acha que poderia ser feito aqui em Bandeirantes para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde?”, colhidas nas entrevistas com profissionais de saúde do Município de Bandeirantes, PR – 2006

Ideias centrais	Categoria profissional						Total*
	Enfermeiro	Farmacêutico	Fisioterapeuta	Médico	Nutricionista	Odontólogo	
Integração entre setores/profissionais de saúde	1	0	2	4	1	4	12
Recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento	3	0	2	5	0	6	16
Capacitação/conscientização dos profissionais de saúde	2	3	1	3	0	2	11
Educação em saúde	0	0	1	4	0	3	8
Contratação de profissionais para o serviço público de saúde	1	0	0	2	0	0	3
Fiscalização/coordenação dos serviços de saúde	0	1	1	3	0	0	5
Remuneração salarial dos profissionais de saúde	1	0	0	2	0	2	5
Não falta nada	0	0	0	1	0	0	1

* corresponde ao número de sujeitos que participaram da composição de cada DSC, podendo ter contribuído com mais de uma ideia central.

cos e 9%, fisioterapeutas. Dos 25% que compartilham da ideia de que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde é necessário “capacitação/conscientização dos profissionais de saúde”, 27% são médicos; 18%, odontólogos, 18%, enfermeiros, 27%, farmacêuticos e 9%, fisioterapeutas. Dezoito por cento que compartilham da ideia de que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde é necessário “educação em saúde”; destes, 50% são médicos, 37,5%, odontólogos e 12,5%, fisioterapeutas. Sete por cento que compartilham da ideia de que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde é necessário “contratação de profissionais para o serviço público de saúde”; destes, 67% são médicos e 33%, enfermeiros. Onze por cento que compartilham da ideia de que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde é necessário “fiscalização/coordenação do serviço de saúde”; destes, 60% são médicos, 20%, farmacêuticos e 20%, fisioterapeutas. Onze por cento que compartilham da ideia de que para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço público de saúde é necessário “remuneração salarial dos profissionais de

saúde”; destes, 40% são médicos, 40%, odontólogos e 20%, enfermeiros. Dois por cento relataram que “não falta nada”.

DSC ideia central B - Recursos materiais e físicos para a melhoria do atendimento

O hospital pelas dificuldades está sem condições de dar aquele atendimento, e as verbas transferidas, quando não atrasa, vêm diminuída. O atendimento para mulher, principalmente as gestantes, por exemplo, quando chega na hora do parto é o médico plantonista que atende, seria muito melhor se ela tivesse do lado dela o médico que fez o pré-natal e este a acompanhasse no puerpério, mas o que falta é a verba, é o medicamento e é o instrumental. Quando você precisa de um medicamento, que você confiaria, para resolver o problema, o paciente não pode comprar e a farmácia pública não tem o medicamento, então você procura economizar e resolver com o medicamento que poderia classificá-los em até não-confiáveis.

O número de consultas que existe no posto de saúde deveria diminuir para cada médico poder dar uma avaliação melhor em cada paciente, para poder en-

caminhar adequadamente para cada setor ou então poder realizar um diagnóstico, porque não tem tempo de avaliar adequadamente o paciente, são muitas consultas no dia-a-dia de cada médico neste posto.

Apesar da reforma no SUS, onde as salas ficaram mais distribuídas, mais adequadas para o tratamento, falta um investimento maior na saúde, precisa de mais aparelhos, equipamentos, materiais, todos os atendimentos deveriam ser informatizados. Deveria ser feito um aumento na estrutura para que os profissionais possam se encontrar e discutir os casos com uma junta de profissionais de interesse para aquele paciente; assim seria mais fácil ter informações e melhoraria o atendimento, pois o paciente tem que ter o direito a uma dignidade maior.

Tem muita coisa que tem que ser melhorada, não resta dúvida, apesar de terem investido um pouco, falta verba. Teria que ter mais investimentos de outras áreas, das outras esferas porque só o município não tem condições e toda vez que a paciente precisa de um atendimento especializado, tem que deslocar para cidade vizinha, isso dificulta o atendimento. Mas porque não se resolve aqui? Porque não tem estrutura adequada, sendo que podia ser resolvido aqui se tivesse o serviço montado de especialidades como: raio X; oftalmologista; ortopedia; psiquiatria; CEO (Centro de Especializações Odontológicas) que teria a área de periodontia, de endodontia, de prótese e de ortodontia; Programa Sorridente; um centro de prevenção infantil separado da pediatria, da ginecologia e da obstetrícia; neurologia; um atendimento hospitalar para as pessoas carentes com igualdade e que tivessem condições de atender todos que fossem encaminhados.

As nossas gestantes [com] sobrepeso, por exemplo, tem que ser encaminhadas imediatamente ao atendimento com a nutricionista, mas não consegue porque não tem vaga, ela sozinha não dá conta, são nove meses. Então se a nutricionista e a psicóloga rodassem mais nas unidades, poderíamos dividir esses pacientes e não ficaríamos com aquelas agendas que dura aí de dois a três meses. É necessário dar melhores condições de trabalho, seria o ideal para melhorar o atendimento nosso e ir tocando. (Suj. F2; J4; E10; R11; F16; E20; A21; I26; N28; E29; L30; J37; I40; N41; C5; P35.)

Esse discurso expressa a dificuldade estrutural de comunicação entre os profissionais de saúde e o anseio por melhores condições de trabalho no desenvolvimento de ações e programas de saúde. Para isso, as criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais e de projetos comuns, dependem ainda de uma ampla reformulação da mentalidade dos profissionais e gestores e da legislação do sistema de saúde.

Em concordância com Farias e Vaitsman (2002), afirmamos que a necessidade de mudanças orientadas para o alcance de maior eficiência e qualidade implicam compreensão dos ambientes interno e externo, nos quais as organizações efetivamente operam, ou seja, das representações, valores e práticas instituídas na organização específica e na sociedade em que se insere.

Na área da saúde, a construção de unidades de gestão obedece à lógica corporativa e das profissões, que a organiza em departamentos, diretorias ou coordenações, recortadas segundo profissão ou especialidade médica, como está organizado o sistema de saúde do município estudado.

Esse tipo de estrutura contribui para diluir a responsabilidade sanitária sobre os casos acompanhados, devido à dupla fragmentação, do processo de trabalho e da unidade de gestão, que dificulta a identificação clara do responsável clínico, bem como torna impossível uma integração comunicativa das abordagens diagnósticas e terapêuticas.

Esse fenômeno está sendo denominado, por Campos e Domitti (2007), de obstáculo estrutural à prática de uma clínica ampliada, bem como do trabalho interdisciplinar.

Apesar de o discurso apontar para necessidades de materiais e equipamentos para o atendimento integral, inovações no processo de trabalho podem contribuir para um atendimento eficiente. Para Franco e colaboradores (2006), as unidades da rede básica poderiam contar com outras equipes de apoio, nos casos opcionais, na dependência sempre do diagnóstico situacional. Referem-se às equipes de saúde mental, reabilitação, cirurgia ambulatorial, bem como de outras especialidades consideradas importantes, por sua contribuição para a elevação da capacidade de o nível local resolver autonomamente problemas de saúde.

Considerações finais

Esta pesquisa permitiu entender como o trabalhador da área da saúde pensa e age na realização de suas atividades e como compreende seu trabalho. Consequentemente, permitiu vislumbrar os passos para a tomada de decisões no sentido de promover melhorias nas condições de trabalho e de fatores associados intervenientes. Com a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo foi possível conhecer o conjunto de representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no serviço público de saúde municipal, configurando uma determinada cadeia significativa e argumentativa.

No que diz respeito especificamente ao conteúdo destas representações que enfocam o tema do trabalho multiprofissional nas práticas dos profissionais de atenção primária do Serviço Público de Saúde, nota-se claramente a fragmentação do trabalho assistencial entre as categorias de profissionais. Desvela-se o relacionamento interno dos profissionais e a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade das ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras, farmacêuticos, fisioterapeutas, odontólogos e nutricionistas.

Suas ações são isoladas, sendo que cada profissional ou grupo profissional se organiza e presta parte da assistência à saúde separadamente dos demais. São perceptíveis os indícios dessa prática isolada em contextos como o da estrutura dos serviços de saúde e campanhas educativas, que reforçam a divisão do trabalho, em detrimento da possibilidade de interação entre os profissionais das diferentes áreas.

Os depoimentos expressam a convivência de características do trabalho parcelado: inexistência de práticas interdisciplinares no processo assistencial em saúde, de modo que a especialização do conhecimento, em vez de possibilitar avanço, gera fragmentação e alienação. Ocorre, ainda, a inexistência de coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais de saúde, bem como de instâncias de planejamento coletivo e de espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada.

O trabalho em saúde mantém fortes características da lógica taylorista, permeado por ideias preconizadas pela gerência clássica, ou seja, a divisão do trabalho nos moldes tradicionais: chefias intermediárias por categoria profissional definem o trabalho a ser realizado pelos menos qualificados.

Os discursos explicitam a existência de barreiras para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, como a ausência de novas formas de gestão, a flexibilização das relações de trabalho e a necessidade de resolução de questões antigas, como remuneração salarial, planos de cargos e carreiras, e organização do serviço com instalação de mecanismos que possam evitar a intensa rotatividade de profissionais. O profissional de saúde não se vê como parte do coletivo organizado para a produção de ações, falta a ele uma reflexão de suas próprias representações sobre o trabalho multiprofissional.

A prática (exercício) profissional dos atores entrevistados necessita de novos posicionamentos e relações interpessoais, substanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da construção do objeto de conhecimento e de autonomia para utilizar estratégias de intervenção, que devem primeiro atuar no âmago deles, pois estão quase sempre desestimulados e atuando sob pressão e transferindo para o vocacionado a insistência em continuar atuando como profissional de saúde.

Sabemos que as mudanças demandam tempo; que as organizações de saúde são espaços sociais por natureza conflituosos, nos quais a solidariedade e a coesão apresentam as mesmas fragilidades encontradas em outros ambientes de interação social; que diferentes grupos e indivíduos possuem expectativas e objetivos distintos, e as estratégias mobilizadas para alcançá-los produzem, não raro, situações de conflito. O primeiro passo na direção de conhecer as representações, os valores e as práticas instituídas pelos profissionais no serviço de saúde do município foi dado.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirante (PR), por permitir a realização do trabalho, com seus funcionários, e pelo apoio financeiro na compra do programa Qualiquantisoft.

Referências

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Marília*, v. 9, p. 150-153, ago. 2001.
- ALVES, M.; CARVALHO, H.; AMARAL, M. A. Fundação de assistência integral à saúde/hospital Sofia Feldman: uma experiência de administração flexível? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 5-11, out. 1999.
- ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 137-146, jan./mar. 2006.
- BELLUSCI, D. G. P. *Programa de Saúde da Família: manual de implantação para gestores municipais, médicos e equipes*. São Paulo: Lawbook, 2003.
- BERNARDES, R. Trabalho: a centralidade de uma categoria analítica. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 33-41, jan./mar. 1994.
- BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, jan./abr. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 28 jul. 2006.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CASTRO, J. L. *Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal: Observatório RH, 2007.
- FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, set./out. 2002.
- FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe: sinônimos?: como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1999.
- FORTUNA, C. M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set./dez. 2002.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; BUENO, W. S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o cão de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 37-54.
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.
- HERZLICH C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005. Suplemento.
- IBGE - INSTITUO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em julho de 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/PR.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2007.
- IGNARRA, R. M. *Medicina: representações de estudantes sobre a profissão*. 2002. Tese - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O pensamento coletivo como soma qualitativa*. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/qualisaude/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2007.
- LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educus, 2005a.

- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília, DF: Líber Livro, 2005b.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. T. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EducS, 2000.
- MACHADO, M. H. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Relatório final.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.
- PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. (Org.). *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 25-48.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.
- SENA-CHOMPRÉ, R. R.; EGRY, E. Y. *A enfermagem no projeto UNI: um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Marília, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev. 2005.

Recebido em: 25/09/2007

Reapresentado em: 12/08/2008

Aprovado em: 16/10/2008