

**Título: O processo de trabalho do médico na equipe da Estratégia de Saúde da Família no RN.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

**Autores: Antonio Medeiros Júnior, Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar e Maria Dalva Araújo**

**email: [amjunior@ufrnet.br](mailto:amjunior@ufrnet.br)**

## **1. Introdução**

No processo de construção do Sistema Único de Saúde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada na década de 1990 no Brasil. Trata-se de uma iniciativa que visa o fortalecimento de um novo paradigma de promoção da saúde, direcionado principalmente, para o estabelecimento de vínculos, a criação de elos mais estreitos e, sobretudo, co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, na perspectiva de melhorar o acesso e possibilitar a integralidade do atendimento às demandas de saúde.

Subjacente a tal perspectiva, a noção de integralidade mais do que uma prescrição teórica, implica em refletir sobre aspectos importantes da organização do trabalho, gestão, planejamento e principalmente da construção de novos saberes e práticas em saúde, fundamentadas nas necessidades reais de cada indivíduo, família e comunidade.

A estratégia quando prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família, traz à tona, novas e renovadas propostas tanto de produção do conhecimento, práticas profissionais mais abrangentes, como de desenvolvimento de novas formas de organização dos serviços de saúde.

Assim sendo, a questão da integralidade não deve ficar restrita a um serviço, mas dirigir-se do plano individual à rede tendo o foco da atenção primária como lugar privilegiado, construindo integralidade ampliada: “[...] *articulação em rede institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos a partir das necessidades reais das pessoas [...]*” (CECÍLIO 2001,p.119).

Neste sentido, a qualificação do cuidado a partir da interação dos vários saberes e práticas de saúde no território concreto sob a responsabilidade da equipe, é um dos grandes desafios postos na atualidade, na medida em que, a tecnologia de saúde de que necessita o usuário também pode estar em outros níveis da atenção produtores de procedimentos mais complexos, desenvolvidos em locais específicos, exigindo inovadoras conformações do modo de organização do processo de trabalho em saúde.

Portanto, estudar a relação do binômio usuários-serviços de saúde no contexto dinâmico da saúde e da doença, constitui-se uma questão de primordial importância para a efetivação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo que a integralidade almejada por todos, deve ser sua responsabilidade, enquanto sistema de saúde de todos os brasileiros, e não uma batalha individual de cada usuário.

Convém ressaltar que o processo de trabalho em saúde encontra-se fundamentado numa relação interpessoal forte, onde os conflitos estão presentes no dia a dia. Deve-se ainda considerar que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias tais como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios.

Merhy (2003) mostra que os estudos dedicados a observar e analisar como se produz saúde, indicam que esse é o lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam esses de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho.

Reitera ainda, que a produção dos serviços de saúde está associada a processos e tecnologias de trabalho, a um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados, capazes de melhorar a situação de saúde individual e coletiva.

Nessa perspectiva, Franco (2006) sugere, que o trabalho em saúde, se dá a partir de encontros entre os trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são

fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações, a partir da qual, os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo.

O trabalho do médico, desde os primórdios do exercício profissional, era autônomo por excelência, e depois com mudanças no mercado relativas à inserção e ao processo de trabalho desenvolvido, foi assumindo novas conformações sociais em virtude das necessidades humanas de saúde, bem como do avanço tecnológico alcançado.

É um trabalho muito importante na conformação da equipe da estratégia de saúde da família e na organização dos serviços de saúde de uma maneira geral. E muitos têm sido os desafios para a oferta de serviços de boa qualidade na atenção básica e em todo o sistema de saúde.

Contudo, apesar dos esforços para a superação da fragmentação do cuidado, a prática médica hegemonicamente encontrada nesses serviços têm se traduzido numa atenção ainda centrada em procedimentos, que pouco valoriza as diferentes dimensões presentes no processo de adoecimento, resultando em baixo compromisso com a qualidade do trabalho prestado ao cidadão.

A atuação dos profissionais de saúde e o modo de organização do trabalho, na busca apropriada das soluções para os problemas de saúde da população, têm sido objeto de atenção de gestores e formuladores das políticas de saúde, daí o nosso interesse em estudar, particularmente, o trabalho médico nesse contexto.

Sendo assim, este estudo se propôs a analisar alguns aspectos sobre o processo de trabalho médico da Equipe de Saúde da Família em sete Municípios-sede das regionais de saúde do Estado do Rio Grande do Norte.

### **3. Material e Método**

O estudo é do tipo transversal e exploratório, considerou o universo de médicos das equipes de saúde da família existentes nos municípios sede das Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte e foi desenvolvido nos

seguintes municípios: Natal, Mossoró, Caicó, Santa Cruz, São José de Mipibú, João Câmara e Pau dos Ferros, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em junho de 2007. Participaram do estudo, respondendo a um questionário semi estruturado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), 118 médicos voluntários, todos com atuação na Estratégia de Saúde da Família. A investigação ocorreu de julho a dezembro de 2007 e os dados coletados foram processados, analisados e interpretados a partir da bioestatística descritiva, mediante a utilização do software SPSS.

### **3. Principais Resultados**

O percentual de médicos que habitualmente busca a colaboração de outros integrantes da equipe para a realização de suas atividades no Programa (Gráfico 8) é de 83,1%. Entretanto, 15,3% deles relatam que ocasionalmente fazem isso e apenas 1,7% não atuam colaborativamente com outros integrantes da equipe.

Os resultados mostram que 81,2% dos outros membros da equipe, segundo o relato dos médicos, também habitualmente buscam a colaboração médica para o desenvolvimento das atividades do programa; 17,1% ocasionalmente fazem isso e apenas 1,7% não buscam essa colaboração, sugerindo que, tanto os médicos como os demais profissionais buscam, em sua maioria, atuar nas necessidades dos usuários a partir do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com o gráfico 9, os médicos afirmam que habitualmente atuam em colaboração com outros membros da equipe no atendimento domiciliar (82,9%), em grupo na unidade (69,6%) e nas atividades comunitárias (66,7%). Por outro lado, o percentual deles que informa não atuar em colaboração com os outros integrantes da equipe em atividades administrativas, comunitárias e consultas, é de respectivamente: 36,4%, 11,4% e 8,6%, demonstrando que há dificuldades para o trabalho colaborativo, na realização de tais atividades.

Na verdade, para que o trabalho em equipe seja viabilizado, há necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e articulação de um “campo de produção do cuidado” comum a

todos (FRANCO, MERHY, 2003). Sendo assim, no processo de construção da Estratégia de Saúde da Família é importante que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum com vistas a qualificação do cuidado e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

A participação dos médicos no atendimento em grupo nas Unidades de Saúde da Família (Gráfico 10) faz-se com maior frequência na atenção à gestante (81,6%), aos idosos (88,3%), diabéticos (93,0%) e hipertensos (93,9%). Essa participação é menor nos grupos de homens adultos (41,5%), obesos (46,5%), alcoólatras (59,4%) e portadores de transtornos mentais (59,8%).

Os resultados mostrados nos gráficos 10 e 11, provavelmente refletem a demanda advinda dos programas nacionalmente implementados pelo Ministério da Saúde, tais como: hiperdia, saúde do idoso e atenção à saúde da gestante. É também possível que o fortalecimento dos vínculos entre a Estratégia de Saúde da Família e os grupos de risco existentes nessas áreas, além do despreparo profissional para atuar com os demais grupos, também acabem influenciando a participação médica no atendimento nas Unidades de Saúde da Família. Diante disso, torna-se lícito indagar: os médicos da Estratégia de Saúde da família no RN têm assimilado em suas práticas profissionais a natureza integral que constitui o eixo de orientação do modelo assistencial? Quais as suas necessidades de capacitação para a convivência com os problemas de saúde da população?

Uma importante característica da Estratégia de Saúde da Família é o trabalho em equipe multiprofissional, com todos os desafios para que haja uma equipe integração e não equipe agrupamento (PEDUZZI, 2001). O presente estudo procurou conhecer alguns pontos definidores desta relação, como a periodicidade com que a equipe se reúne, ficando constatado que em 59,5% dos entrevistados, a reunião das equipes a que pertencem é semanal, seguida por 20,7% com reuniões mensais, havendo contudo, 2,6% de respondentes cujas equipes não se reúnem (Gráfico 12).

Merece destaque a participação dos médicos, nestas reuniões, que é habitualmente de 90,1% (Figura 13), e destes 67,8% afirmam que as reuniões da equipe têm duração média de mais de uma e até três horas (Figura 14).

Por outro lado, cerca de 39,6% dos médicos relatam que os enfermeiros sozinhos coordenam as reuniões das equipes de saúde da família nos municípios estudados e outros 30,7% deles informam que alternam a coordenação das reuniões com outros membros da equipe, tais como: enfermeiros e dentistas além do diretor da unidade, administrador e coordenador da USF. Diante desses resultados, pode-se afirmar que talvez haja desinteresse do profissional médico por este tipo de atividade, pois 14,4% deles informam que as reuniões são coordenadas por médicos (Gráfico 15)..

Há também o reconhecimento, por parte dos médicos, em cerca de 72,3%, dos entrevistados, que as reuniões muito contribuem para a maior eficiência do trabalho da equipe. Quanto ao planejamento das atividades da equipe informa-se que é construído coletivamente segundo 68,1% dos médicos, 31,9% deles relatam que a programação é realizada de forma individualizada, cada um elaborando sua parte, pela coordenação do programa ou da equipe (Gráfico 16). Apesar do reconhecimento da importância das reuniões para maior eficiência do trabalho em equipe, isso não implica na existência da responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho.

Paradoxalmente, no entanto, outros estudos científicos demonstram que o trabalho dos profissionais envolvidos na Estratégia de Saúde da Família mantém as características de compartimentalização do modelo biomédico, sem um planejamento participativo que adapte as atividades da equipe às necessidades da população, na área de abrangência (FERTONANI, 2003).

Quanto a existência de supervisão médica na realização de suas atividades, 87,8% dos entrevistados, disseram não receber nenhuma supervisão (Gráfico 17). Entre os 12,2% que afirmaram ter supervisão, 8,0% deles informam não haver periodicidade nessa ação de supervisão. Para os que são

supervisionados com periodicidade, tal periodicidade é, 2,6%, 1,2% e 0,4% mensal, semanal e quinzenal, respectivamente.

Contudo, 53% dos respondentes disseram que o programa realiza reuniões de supervisão no nível central com a equipe. Para outros 47,0%, tais reuniões de supervisão não ocorrem.

É importante registrar a importância das supervisões no apoio as equipes e na avaliação dos serviços prestados à população, que atue além dos aspectos técnicos relativos ao cumprimento dos horários e metas de produtividade, mas que amplie sua abrangência para o desenvolvimento de encontros que possibilitem a discussão dos casos priorizados pelas equipes e os encaminhamentos no sentido da construção da integralidade, isto é, uma supervisão favorecedora da auto-análise e da auto-gestão. (MATUMOTO et al , 2005).

Sobre a coordenação da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família, no momento da pesquisa, 65,2% dos médicos não exercem esta atividade e 74,3% em nenhum momento exerceram essa função.

Numa escala de 1 (menor valor) a 5 (maior valor), os médicos entrevistados, identificam como fatores necessários para a melhora dos resultados do Programa, por ordem de frequência, em maior número de pontos obtidos: Capacitação dos integrantes da equipe, indistintamente, 63,5%; seguidos pela capacitação dos integrantes da equipe, especialmente dos médicos, 62,1%; Organização do trabalho em equipe 56,9% e Sistema de referência e contra-referência 49,1%. Estes fatores podem ser identificados como obstáculos a serem enfrentados, pelos sujeitos da pesquisa, para o aperfeiçoamento da Estratégia de Saúde da Família em seus municípios.

Subjacente a tal perspectiva o presente estudo corrobora os achados de Cotta et al (2006), quando afirma que é crescente o consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a organização do trabalho, a formação e a qualificação das equipes de saúde da família são obstáculos reais para uma implantação mais adequada dessa estratégia, segundo

seus princípios norteadores, que tem o coletivo e a família como focos de atenção.

### 3. Conclusões

Nossos resultados sugerem que apesar do modelo de organização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família criar espaços para novos arranjos tecnológicos na busca de potencializar a responsabilização e o compromisso do médico neste processo, tais como: a vinculação do médico a uma equipe e a uma população; a preocupação com problemas sociais e a sua interface com o trabalho médico; a possibilidade do trabalho colaborativo na atenção aos grupos organizados e outros pacientes; as possibilidades reais para o exercício da clínica ampliada; a construção do planejamento, da programação e supervisão participativos, entre outros, ainda existem sérias limitações para agregar o uso dessas tecnologias no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família no RN.

Diante disso e considerando que elas são imprescindíveis para a integralidade do atendimento às demandas de saúde, esses fatos merecem investigações mais acuradas, particularmente no que se refere ao conhecimento aprofundado de tais dificuldades.

### Referências

ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jul. 2008.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ/ABRASCO, 2006. p 127-156.

FERTONANI, Hosana Pattrig. **O Desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde**: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de

saúde de Maringá-PR 2003. projeto de qualificação [Mestrado]- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In \_\_\_\_ PINHEIRO, Roseni.; MATOS, Ruben .Araújo de. **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro. IMS-UERJ- ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experiência do SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55–124.

MATUMOTO, Sílvia. ; FORTUNA, Cinira Magali ; MISHIMA, Silvana Martins ; PEREIRA, Maria José Bistafa ; DOMINGOS, Nélio Augusto Mesquita . Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, Botucatu - SP, v. 9, n. n.16, p. 9-24, 2005.

MERHY, Emerson. Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. IN: MERHY, Emerson Elias. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi\\_cobem\\_07.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf). Acesso em: 12 ago. 2008

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V. 15. n.3. Brasília. 2006.