



**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE – FANESE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO - ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
ESTRATÉGICA DE PESSOAS III**

**CLAUDIA ALMEIDA OLIVEIRA
PETRUSKA PASSOS MENEZES**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
relações interpessoais e comunicação entre e intra equipes em
unidades do município de Aracaju**

**CLAUDIA ALMEIDA OLIVEIRA
PETRUSKA PASSOS MENEZES**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: relações interpessoais e
comunicação entre e intra equipes em unidades do município de
Aracaju**

**Trabalho, em forma de Monografia,
apresentado à Coordenação de Pós-
graduação da FANESE, como requisito
para avaliação de conclusão do curso de
especialização em Gestão Estratégica de
Pessoas.**

**Coordenador: Prof. MSc. Sérgio Luiz Elias
de Araújo**

Orientador: Prof.MSc. Alcides Araújo Filho

**Coordenadora Pedagógica: Profª. MSc.
Jussara Maria Viana Silveira**

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Claudia Almeida

Programa de saúde da família: relações interpessoais e comunicação entre e intra equipes em unidades do município de Aracaju / Claudia Oliveira Almeida; Petruska Passos Menezes. – 2007.

63f.: il.

Monografia (Pós-graduação) – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, 2007.

Orientação: MSc. Alcides Araújo Filho

1. Relações interpessoais 2. Comunicação I. Menezes, Petruska Passos II. Título

CDU 658.3(813.7)

**CLAUDIA ALMEIDA OLIVEIRA
PETRUSKA PASSOS MENEZES**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: relações interpessoais e
comunicação entre e intra equipes em unidades do município de
Aracaju**

**Trabalho, em forma de Monografia, apresentado à Coordenação de Pós-
graduação da FANESE, como requisito para avaliação de conclusão do curso de
especialização em Gestão Estratégica de Pessoas**

Aracaju (SE), 16 de novembro de 2009.

Orientador

Prof. MSc. Alcides Araújo Filho

Coordenador

Assinatura dos alunos:

Claudio Almeida Oliveira
Petruska Passos Menezes

Aprovadas com nota: _____

AGRADECIMENTO

Tudo começa pelo olhar. Observamos, avaliamos, criamos expectativas sobre o que vemos. Todo primeiro contato é um pouco emocionante e um pouco receoso. É através do olhar que tudo começa. E foi assim com esse nosso grande mestre. Entre mundos e cadeias de pensamentos dentro de um pequeno espaço que mal dava para nos esticar, conhecemos um grande homem. Não grande no tamanho, mas na alma. Uma alma tão grande que nela cabe vários mundos. Com um olhar que conquista de primeira. Um olhar puro que chega a ser inocente. Um olhar de se dar pelo outro. De abrir mão de si para criar grandes homens. Que não mede esforços para que os outros alcancem a glória. Uma pessoa que tem como lema de vida se doar em essência. Transferir tudo o que sabe para quem está ao seu redor. Uma pessoa que transforma meninos em homens, sonhadores em realizadores e faz a vida acontecer.

Não foi diferente conosco. Tivemos a honra de tê-lo como colega e mestre. De poder discutir e trocar informações com ele. Através do olhar, nos encontramos. Através do olhar, descobrimos que temos grandes sonhos em comum. Descobrimos que buscamos eternamente o saber. Buscamos o conhecimento a todo custo, leve o tempo que for, mesmo que esse tempo seja uma vida. Com ele compartilhamos saberes e aprendemos muito, mas muito mesmo. Aprendemos lições de técnica e de vida. E jamais poderíamos deixar de poder olhar para ele e agradecer o tanto que usufruímos do seu conhecimento, o tanto que bebemos de seu saber e que não nos foi negado em nenhum momento, pois ele nasceu para servir, para transformar o mundo em algo melhor. Nosso grande amigo nasceu com a missão de resgatar almas aflitas e orientá-las para o caminho da consciência, do conhecimento, da fé e do amor.

Eduardo Ubirajara, mais um projeto nosso só existe por seu incentivo e apoio. Queremos olhar sempre no seu olho e dizer que é de coração que agradecemos pela conclusão dessa monografia. Somente a você! Obrigada!

Claudia e Petruska

Ser flexível não é ser frágil, mas estar atento a tudo, a tudo resolvendo ou contornando. A flexibilidade é um ato de amadurecimento, de percepção e de consciência. Afinal, ser versátil não é para todos, mas para aqueles que sabem o que querem, para onde querem ir e o que precisa ser feito. (LALUCCI, 2005, p. 87)

RESUMO

O trabalho traz um estudo do Programa de Saúde da Família no município de Aracaju, analisando a comunicação e as relações interpessoais, como pontos que influenciam no desempenho do trabalho. É utilizada a observação sistemática, empírica, qualitativa, exploratório-descritiva e explicativa com o olhar da teoria psicanalítica para avaliar o resultado da pesquisa, na qual, foi encontrada - como fator agravante dos problemas de comunicação e relações interpessoais -, a necessidade de superação do estereótipo do servidor público e a necessidade de continuidade de ações e políticas públicas. O universo da pesquisa foi constituído pelas equipes do PSF em Aracaju. O tipo de amostragem da pesquisa foi não probabilística intencional, sendo a amostra representada por uma das coordenações do Programa Saúde da Família do município de Aracaju, indicada por afinidade. O trabalho procura mostrar, e conclui, que o incentivo e observação das diversas formas de comunicação podem auxiliar nas relações entre os profissionais, usuários e gestores públicos, melhorando a qualidade de vida e serviços para todos.

Palavras - chave: Comunicação, Relações Interpessoais e Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This research brings some information's about the Family Health Program on Aracaju city, analysing the interpersonal relationship communication as points that goes into job fulfilment. It has been used the systemic observation, described exploration and explaining as a view of the psychoanalytic theory to evaluating the research results, on which was found – as an aggravating factor of interpersonal relationship communication -, the necessity of to overcome the civil servant stereotype and the necessity of to continuity the public's politics actions. The research universe was building up for the Aracaju FHP's group. The sample was not intentional probabilistic but was a sample represented by one of the Aracaju FHP's Coordinators pointed by affinity. This paper tries to show and it goes to a conclusion that the different modes of communication can help on professionals' relationship, users and publics' authority, increasing the life quality and the service offered.

KeyWords: Communication, Interpersonal relationship and Family Health Program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.3 JUSTIFICATIVAS.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 O SERVIÇO PÚBLICO.....	13
2.1.1 O ESTEREÓTIPO DO SERVIDOR PÚBLICO.....	14
2.2 A ATENÇÃO BÁSICA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
2.2.1 O IMPACTO DO SUS E DO PSF NA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	18
2.2.2 A EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO SUS/PSF EM ARACAJU.....	22
2.3 SOBRE O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	24
3 UM OLHAR PSICANALÍTICO	28
3.1 TABUS: A SOCIEDADE E O PASSADO.....	28
3.2 O FUNCIONAMENTO DE GRUPO: A SOCIEDADE E A ATUALIDADE.....	33
3.2.1 O MODELO GRUPAL DE UM OLHAR EXTERNO (SOCIAL).....	33
3.2.2 O MODELO GRUPAL DE UM OLHAR INTERNO.....	36
3.3 O FUTURO DA HUMANIDADE E DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE.....	39
4 METODOLOGIA.....	48
5 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE.....	60
ANEXOS.....	61

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é elemento fundamental à sobrevivência humana. A história registra que os povos antigos comunicavam-se por meio de signos e símbolos e, à medida que o conhecimento humano foi se desenvolvendo e as relações sociais se tornando mais complexas e maiores, tornou-se necessário re-elaborar a comunicação, seja através da escrita ou da expressão verbal. A comunicação, assim, precisava tornar-se mais eficaz para alcançar seus objetivos. A partir do desenvolvimento humano e das diversas formas de comunicação, houve mudanças significativas na forma de viver e conviver dos povos de diferentes nações.

Se por um lado, a comunicação foi primordial ao desenvolvimento das relações sócio-econômicas, por outro, observa-se que esta vem se tornando um problema em diversos setores sociais, haja vista que a emissão das mensagens aos receptores não tem sido compreensível, dificultando as relações interpessoais.

1.1 Situação-problema

Atualmente, o serviço público é alvo de duras críticas provindas dos seus usuários. Isto ocorre devido à baixa qualidade no atendimento ao público. Partindo-se da observação e de várias pesquisas, no sentido de identificar as causas deste problema aparente, descobriu-se que a comunicação é um impasse nas relações interpessoais das equipes inter e multiprofissionais do sistema de saúde pública, assim como nos demais setores da sociedade. Este fato fez nascer a ideia do tema: Programa de Saúde da Família: relações interpessoais e comunicação entre e intra equipes em unidades do município de Aracaju.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o Programa de Saúde da Família no município de Aracaju.

1.2.2 Objetivos específicos

- Verificar, junto aos profissionais integrantes do PSF em Aracaju/SE, os fatores

que emperram a comunicação e as relações interpessoais;

- Correlacionar as quatro funções da comunicação nas equipes de PSF em Aracaju, Sergipe;
- Identificar formas alternativas e eficazes de comunicação que facilitem o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar;
- Propor sugestões que melhorem a qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família em Aracaju.

1.3 Justificativas

No desenvolvimento deste estudo, verificaram-se, na atualidade, importantes mudanças nas políticas públicas de saúde no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades. Uma nova forma de trabalho apresenta-se através de equipes multi e interprofissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), que viabilizam a assistência médica aos cidadãos dos municípios da federação. Entretanto, o programa possui situações-problema enfrentadas no dia-a-dia e que são encontradas na maior parte dos estados brasileiros.

Ampliando a perspectiva de observação, em conversa com o Dr. Ives Talbot, da Universidade de Toronto, no Canadá, um dos médicos que implantaram e fazem consultoria do PSF no Brasil, conclui-se, por meio da observação empírica, que a dificuldade de relacionamento entre os diferentes profissionais do PSF é um importante problema em várias partes do mundo onde ele foi implantado.

Tal observação, através do trabalho desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, no ano de 2006, do qual participou uma das autoras da presente monografia, despertou o interesse em descobrir o que ocorre na comunicação e nas relações pessoais dos diferentes membros da equipe de saúde da família, a ponto de dificultar uma maior integração e um melhor desenvolvimento do trabalho das equipes nas comunidades assistidas. Assim, surgiu a seguinte questão: Como a falta de comunicação entre os profissionais do PSF, e destes com a Secretaria de Saúde, tem afetado o melhor desempenho dos trabalhos em relação aos seus usuários/clientes?

Desta forma, inicialmente, foram analisadas, teoricamente, as variáveis comunicação, relações interpessoais, Serviço Público e o PSF. Após entrevista com a coordenadora do Programa, relatam-se os resultados obtidos e as sugestões para a melhoria da qualidade no atendimento nas Unidades de Saúde da Família em Aracaju. Foram utilizados

ainda, dados primários, obtidos a partir de uma pesquisa, organizada por Mauro Brandão Carneiro¹, planejada em março de 2002, e tendo por amostra, à época, 234.554 médicos com inscrição primária no Conselho Federal de Medicina. Este número compreendeu o universo populacional, concentrado, principalmente, na região Sudeste: São Paulo (69.697), Rio de Janeiro (40.956) e Minas Gerais (23.814).

Descobrir novas formas de comunicação que viabilizem, de maneira eficiente e eficaz, o trabalho das equipes de PSF no município, integrando e promovendo uma melhoria das relações interpessoais e interprofissionais, faz-se necessário para melhorar a qualidade de atendimento em saúde de uma forma geral. Assim, uma observação inicial sobre o programa de saúde da família, mais especificamente do município de Aracaju, pode dar uma visão das falhas do programa e, assim, desenvolver, futuramente, estratégias de melhoria por parte dos gestores da saúde.

A presente pesquisa delimitou como área de abrangência o município de Aracaju, visto que este possui um maior desenvolvimento do PSF no Estado, com uma maior independência do programa da Secretaria de Estado da Saúde. Também optou-se por Aracaju por ser a capital do Estado e pela limitação do tempo e recursos disponíveis para o estudo. Entretanto, pelo objetivo do programa, de possuir uma equipe para cada 4500 pessoas ou 1600 famílias, acredita-se que devam existir no município cerca de 100 (cem) equipes.

Não se pretende, através do diagnóstico, fechar questões pertinentes à comunicação e às relações pessoais, visto que se entende que a cultura regional pode interferir no programa. Mas, percebendo que existem características comuns nos países que implantaram o PSF, um estudo inicial, nessa perspectiva, é um importante desencadeador de uma nova visão de trabalho e servirá como incentivo no desenvolvimento de estudos que visem a renovar o processo de atendimento à saúde e à qualidade de vida do cidadão.

¹ - Ver Referências Bibliográficas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Pela estimativa, busca-se trabalhar com a observação sistemática do trabalho da equipe *in locu* e entrevista à coordenação municipal do programa. Após, fez-se um estudo em relação às dificuldades encontradas, comparando-o com os estudos teóricos dos temas: comunicação e relações interpessoais, como se observará nos tópicos seguintes.

2.1 O Serviço Público

O serviço público, enquanto promotor de igualdade social, através da função distributiva do Estado, tem como objetivo último promover o atendimento às necessidades dos cidadãos, quer a empresa gere lucro ou não, fato que destaca uma peculiaridade a mais para observar:

Note-se que, diferentemente do que ocorre com uma empresa que atua em determinado mercado, onde o cliente que *consome* o bem ou serviço é, em geral, o mesmo agente econômico que *paga* por ele, o produto da ação estatal tem como *financiador* e como *destinatário*, em geral, pessoas ou segmentos sociais distintos.

No setor público, em face dessa peculiaridade, a par da prestação de serviços públicos de qualidade em respeito aos seus *destinatários* efetivos, o *contribuinte* precisa ser convencido de que os recursos públicos advindos de sua contribuição, e que não atendam à demanda específica sua, serão bem-aplicados em benefício de segmentos carentes; e essa atenção às necessidades específicas de outrem deve, em larga medida, estar associada à minimização de potencial prejuízo à sociedade como um todo (onde se inclui o contribuinte). (BERGUE, 2005, p. 19)

Observa-se que, no setor público, o usuário é também o mantenedor de seus serviços e, tendo o usuário consciência de seus papéis, poderá exigir eficácia das pessoas que, no serviço público, são conhecidas como agentes públicos e possuem três tipos de vínculo: servidores estatutários (possuem um estatuto que os regulamenta), empregados públicos (o agente possui o vínculo pela CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas), e os servidores temporários (não possuem vínculo, nem de cargos, nem de emprego, tendo um contrato com prazo para o fim de suas atividades), de acordo com Bergue (2005).

Existe outro tipo de vínculo utilizado pelo serviço público que é a prestação de serviços, no qual se contrata uma empresa especializada em determinadas atividades, estabelecida pela lei, para exercê-la nas instituições públicas. Os funcionários dessas empresas, embora trabalhem no serviço público, possuem vínculo com a empresa especializada e, quando esta encerra seu período de contrato, seus funcionários deixam de exercer as atividades no setor público.

Tantas formas diferentes de vínculo levam a uma maior dificuldade da Gestão de Pessoas no Setor Público: a de lidar e promover o trabalho e a qualificação dos colaboradores atuantes nas instituições públicas em face dos trâmites da lei, promovendo a satisfação do usuário e minimizando os desconfortos de um atendimento ineficaz. Além disso, Bergue (2005) expõe que:

Pode-se afirmar com segurança que o empirismo tem constituído um traço geral característico da gestão de pessoas no setor público. Não são raras as situações em que as administrações públicas, e com especial incidência em municípios de menor porte populacional, apresentam déficits de formação e de atuação especializada nessa área do conhecimento. (BERGUE, 2005, p. 35)

Dentro do serviço público, a área da saúde é uma das que são mais comprometidas quando os processos de comunicação e relações interpessoais não vão bem. A doença não espera; não se pode deixar pessoas morrendo até que se implementem processos para um melhor funcionamento da máquina pública. Assim, a saúde pública busca programas, sistemas, processos e projetos que viabilizem o melhor atendimento ao cidadão, de forma particular e própria aos serviços de prevenção, urgência e tratamento, objetivo último de uma política única de saúde federal.

2.1.1 O estereótipo do servidor público

Parece ao cidadão comum que o servidor público é um ‘ser’ dotado da misteriosa propriedade de tornar difícil o que seria fácil, de criar dificuldades ao invés de resolver problemas; um carimbo, uma assinatura, adquire surpreendentemente o dom de se transformar em uma epopéia interminável. (CODO, 2007, p.297)

Não é de agora que o servidor público tem a fama de ser preguiçoso, relapso e não-pontual. Esse estereótipo do servidor público traz uma má impressão para quem utiliza os serviços do governo e, junto com ela, qualquer atividade que não seja, no mínimo, impecável, cai sobre esse estereótipo. Codo (2007) traz uma visão diferenciada sobre os servidores públicos. Ele acredita que se está enquadrando o funcionário público no mito do “trabalhador vagabundo taylorista”.

Nessa concepção acredita-se que

Fazer é trabalho; não fazer é negar o trabalho. Fazer exige competência, conhecimento, habilidade, vontade; não fazer é produto, portanto, da incompetência, ignorância, inabilidade, preguiça. Fazer exige esforço: não fazer poupa esforço. Fazer é um modo de crescer; não fazer é um modo de estagnar. Fazer é um modo de integrar-se a um modo de trabalho, a um

grupo, uma equipe é cooperar; não fazer é parasitar, é privilegiar o sujeito ao invés do grupo, é usufruir do esforço do coletivo em benefício próprio. (CODO, 2007, p. 298-299)

Entretanto, Codo (2007) afirma que, nesse contexto, é muito mais difícil o não-fazer. O não-fazer público exige estratégia, tática e astúcia. Ele ocorre em virtude da desvalorização que o servidor sente no exercício da atividade laboral. Codo exemplifica: “Então não faça! Será a única forma de lembrarem-se de você. Pode ser duro. Pode ser triste. Mas o pior é que é verdade”. (Codo, 2007, p.300)

O não-fazer é diferente da falta de ação, da atitude passiva cotidiana. Ao contrário, o não-fazer exige uma postura e capacidade de avaliação de quando fazer e quando não-fazer. Veja:

Eis que chegamos a um primeiro resultado em nossas reflexões: o não fazer do serviço público não se iguala ao não fazer do nosso cotidiano. Não pode ser confundido com a *não ação*, ao contrário, é ativo, implica em *ação* e *ação* mais complexa, mais onerosa, mais próxima de trabalho do que de não trabalho. Quando alguém de algum protocolo não encaminha um documento até a próxima seção, não está sendo relapso como quando um de nós deixa de ir ao supermercado para acostar-se um pouco mais em uma manhã chuvosa. Ele está sendo um funcionário dedicado, experiente, sofisticado, empenhando a melhor de suas energias em seu trabalho, habilidade que está longe do trivial. Mas, de qualquer forma, não está cumprindo com o seu trabalho, aquele para o qual foi contratado. (CODO, 2007:301)

E por que o servidor utiliza essa forma de conduta para o seu trabalho? Codo (2007) explica que a principal atividade de um órgão público é a política. A função meio e a função fim não podem ser divididas, fragmentadas como o pensamento taylorista sugere, mas de fato acaba sendo. Acaba exigindo que o servidor aprenda e se utilize dessa política para poder sobreviver ao seu trabalho diário. Visto que ele não pode exercer ou participar das políticas existentes nos gabinetes, diretorias e coordenadorias cabendo a ele criar a sua própria política para ser valorizado. Ele inventa e reinventa formas de mostrar que ele está ali. Está presente, pronto para trabalhar e ser valorizado pelo seu trabalho.

Somente assim, emperrando o serviço, organizando e manipulando informações e produções, o servidor consegue chamar a atenção da diretoria para o seu trabalho. Quando tudo anda bem, ele passa despercebido, mas quando falta algo que lhe compete, logo os gestores procuram sabem o que está ocorrendo e onde o processo emperrou. Assim, o servidor é chamado ao gabinete e o gestor lhe chama pelo nome. Somente assim ele pode ser valorizado. Somente utilizando toda a sua astúcia e inteligência é que o servidor mostra que ali existe alguém e que pode trabalhar.

Suas emoções e seus sentimentos, até então despercebidos, começam a ser vistos, já que o gestor precisa do produto de seu trabalho. Somente na falta, o gestor descobre que o

servidor é necessário, deve ser respeitado para que a máquina governamental possa funcionar.

2.2 A Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família

A rigidez é um acúmulo de energia, tanto no corpo quanto na mente. Essa energia produz a resistência, impedindo que a pessoa tenha flexibilidade, 'jogo de cintura', e mesmo uma maior tranquilidade em momentos mais instáveis. [...] A inflexibilidade é responsável por atitudes rígidas, ríspidas e compactadas, que geram o acúmulo de energia: uma energia que deveria, pela sua própria característica, fluir naturalmente. [...] A rigidez na mente se configura com pensamentos estereotipados e atitudes congeladas, levando, quase sempre, à intransigência. (LALUCCI, 2005, p. 85)

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado pelo Ministério da Saúde para promoção de saúde na atenção básica. O programa é parte de um projeto internacional de melhoria da saúde pública, através de ações de prevenção e cuidados à saúde primária. A idéia inicial surgiu na Conferência Internacional de Saúde em Atenção Primária, em 1978, na União Soviética, através de um acordo internacional que recebeu o nome de Declaração de Alma-Ata.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Alma-Ata (Kazajstán, Unión Soviética), definió y otorgó el reconocimiento internacional al concepto de APS como principal estrategia para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000. Esta visión sobre la APS quedó expresada en los principios y recomendaciones contenidos en la Declaración de Alma-Ata, que marcaron el inicio de un nuevo paradigma para mejorar la salud colectiva y el establecimiento de una nueva plataforma de política sanitaria internacional. (MACINKO, et al., 2007).

O programa de Saúde na Família é um dos prioritários do Sistema Único de Saúde (SUS) e surgiu na década de 1990. Ele buscava, à época, uma mudança fundamental na forma de trabalhar com saúde pública e política sanitária, priorizando os princípios básicos do SUS.

o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução. Na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS caminhou *pari passu* à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a habilitação”. (SCOREL et al., 2007, p.164-165)

A atenção primária focou o PSF como forma de centralizar as ações, buscando promover a integralidade da saúde, com o uso de verbas federais vinculadas diretamente aos municípios, de acordo com sua demanda e promovendo a saúde fora dos hospitais.

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (*per capita*). (ESCOREL et al., 2007, p.164-165)

Observa-se que o PSF retoma o modelo médico em que existia um médico para a família, em vez de vários especialistas, que olham a saúde e o corpo humano de forma fragmentada e descontextualizada do meio. Essa idéia do médico da família é ampliada e busca-se ter um trabalho multi e interprofissional, promovendo assistência à comunidade.

A equipe de PSF é composta, prioritariamente, pelo médico generalista, por um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes da comunidade. Em um olhar mais abrangente também podem ser incluídos outros profissionais da área de saúde, como o assistente social, o psicólogo, entre outros, de acordo com a demanda e viabilidades locais; atendendo ao seu objetivo principal que é dar o suporte inicial às famílias, diagnosticando possíveis problemas de saúde e comportamentos que levam ao adoecer (situações de risco da comunidade). Com este foco e visão, Escorel et al. (2007) esclarece que:

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. [...] Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1 000 famílias (2 400 a 4 500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existente na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (ESCOREL et al., 2007, p.164-165)

Como se pode observar, o sucesso do Programa de Saúde da Família depende, basicamente, da integração indispensável à equipe inter e multidisciplinar. A comunicação entre as equipes que chegam às comunidades e que fazem as visitas *in loco* com a equipe que atende nas unidades do Programa é o segredo do sucesso deste e a garantia da satisfação do

usuário, uma vez que a viabilidade do programa reside no fato de as equipes, internas ou externas, desenvolverem um relacionamento harmônico e de confiança entre si e com os usuários, objetivo maior da promoção da cidadania.

2.2.1 O impacto do SUS e do PSF na saúde da população brasileira²

A iniciativa é um elemento fundamental para que um trabalho seja feito ou um problema resolvido. Sem a iniciativa, o problema fica insolúvel, em aberto. Ter iniciativa é tomar frente da situação e buscar por si mesmo resolver o que precisa ser resolvido. O único senão é a forma como se toma a iniciativa, já que se não se tem uma direção definida ou um suporte adequado, a boa intenção pode piorar a situação. (LALUCCI, 2005, p. 84)

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado na Constituição de 1988, mediante a Reforma Sanitária, tinha por objetivo atender as necessidades de saúde da população. Segundo Trindade e Andrade (2003), a assistência à saúde pública teve muitas transformações no Brasil, nas últimas décadas. Na década de 70, por exemplo, “[...] o modelo de assistência à saúde era excludente, ao contemplar apenas os trabalhadores de ‘carteira assinada’”. (LUZ, 1991 apud TRINDADE; ANDRADE, 2003, p. 78).

Já na década de 80 “surge um movimento pela democratização da saúde no Brasil – o Movimento de Reforma Sanitária –, que constrói um projeto de mudança para o setor Saúde, articulando diferentes segmentos da população como movimentos sindicais e populares, parlamentares e profissionais.” (Trindade e Andrade, 2003: p. 79). Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde Pública, em 1986, que se iniciou a discussão da Saúde como direito de todos e dever do Estado e que resultou em sua adoção pela constituição de 1988 criando e definindo as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988 apud Trindade e Andrade, 2003, p. 79).

Trindade e Andrade ainda acrescentam os princípios doutrinários do SUS e os princípios de organização:

Trata-se de uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, tendo como princípios doutrinários: **Universalidade** – todo o brasileiro tem direito aos serviços, **Equidade** – na medida de suas necessidades e **Integralidade** – em dois sentidos, tanto de que o homem deve ser entendido como um ser integral biopsicosocial (*erro do livro*) quanto que a atenção a ele deve integrar as dimensões de promoção, prevenção e recuperação” (BRASIL, 1990 apud Trindade e Andrade, 2003, p.79)

² Os dados percentuais deste capítulo foram retirados da Pesquisa, organizada por Mauro Brandão Carneiro, e as tabelas citadas estão no Anexo.

O SUS deve observar, ainda, os seguintes princípios de organização: **Resolutividade** – todo serviço deve estar capacitado para resolver os problemas até o nível de sua competência, **Participação dos cidadãos** – garantia de que a população participará do processo de formulação e controle da execução das políticas de saúde e **Descentralização** – distribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo. Este princípio foi aprofundado na IX Conferência Nacional de Saúde que apontou para a municipalização dos serviços” (Dimitrov, 1995 apud Trindade e Andrade, 2003, p.79)

Buscando acabar com a supremacia do hospital, como recurso de assistência curativa e “visando uma reversão no modelo de assistência e inspirado nos modelos Cubanos e Canadense, o Ministério da Saúde vem preconizando a criação do **Programa de Saúde da Família – PSF**, que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”, começando a ser implantado em 1997. (Trindade e Andrade, 2003, p.80).

Quando se fala em saúde, Mezzomo (2003, p. 21), utilizando-se da definição da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), dispõe que esta é completa quando definida como: “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e ESPIRITUAL”. O autor complementa ainda que “é absolutamente certo que a 'paz de espírito' é condição para um estado de 'completo' bem-estar”.

Mauro Carneiro, ao organizar sua pesquisa, tinha por objetivo, conhecer a opinião dos médicos sobre o impacto do SUS e do PSF, tanto nas condições de saúde da população brasileira, como em relação ao trabalho médico na saúde pública. Ao avaliar os dados da pesquisa, Carneiro afirma que:

o Programa de Saúde da Família (PSF) era apenas um projeto que começava a ser posto em prática em regiões específicas do Brasil [...]. Hoje em dia, estas duas estratégias (*SUS e PSF*)³ para a promoção de saúde pública estão bastante difundidas no país, sendo que a primeira cobre todo o território nacional e a segunda, de acordo com os dados apresentados na Tabela 5.1, é identificada por 84,2% dos médicos como estando presente na cidade e/ou região em que atuam. Portanto, parece bastante pertinente conhecer, a partir da perspectiva dos médicos, o impacto que estas políticas públicas têm tido sobre as condições de saúde da população, sobre o seu contexto laboral e que fatores poderiam tornar mais eficazes as suas implantações. (2004, p. 105)

Na verdade, com esta avaliação, pode-se alcançar não apenas a eficácia da implantação do SUS e do PSF, mas a humanização da prestação do serviço, tanto para os profissionais que trabalham no sistema, quanto para os usuários. Para tanto, Carneiro (2004), em relação ao SUS, relata seis aspectos observados na avaliação dos médicos, ou seja:

...cobertura da assistência, emprego médico, qualidade dos serviços, organização dos serviços, rendimentos médicos e condições de trabalho

³ - Grifo das autoras.

(Tabela 5.4). No geral, a avaliação do processo de implementação do SUS foi considerada inadequada, pois dos seis fatores considerados em quatro deles os médicos indicaram majoritariamente diminuiu/piorou, a saber (em ordem decrescente): condições de trabalho (52,6), rendimentos médicos (52,4%), qualidade dos serviços (47,4%) e organização dos serviços (40,7%); em dois deles aumentou/melhorou: cobertura da assistência (50,7%) e emprego médico (44,8%). Considerando-se as condições de trabalho e os rendimentos como principais componentes do trabalho médico, podemos concluir que a repercussão da implantação dos SUS sobre o trabalho médico acarretou antes a sua deterioração do que sua melhora. (CARNEIRO, 2004, p. 105)

Todavia, levando-se em conta o aumento das oportunidades de emprego, não apenas para os médicos, mas para a equipe que compõe o SUS e o PSF, e o aumento da cobertura da assistência médica para os usuários, observa-se que, no geral, embora algumas ações necessitem ser implementadas, o SUS e o PSF permitiram melhorias, sem as quais, hoje, a população sentir-se-ia prejudicada. Neste sentido, Carneiro avalia o impacto da implantação do PSF que é retratado na Tabela 5.5:

Como se pode observar, consideram-se fatores e alternativas de respostas semelhantes ao que antes se descreveu para o SUS. No geral, comparando com a percepção expressada em relação a este sistema de saúde, pode-se dizer que os médicos indicaram que não se alteraram a qualidade dos serviços, a organização dos serviços, os rendimentos médicos e as condições de trabalho. Apenas quanto a este último fator foram mais frequentes os que relataram ter havido uma piora (26,3%); em média, cerca de 39% dos médicos informaram um aumento/melhora da qualidade dos serviços, da organização dos serviços e dos rendimentos médicos. (CARNEIRO, 2004, p. 106)

Ao considerar estas informações, Carneiro admite que parece razoável avaliar que os médicos têm uma percepção positiva do PSF e conhecer o que estes profissionais pensam a respeito do SUS e do PSF, de acordo com o autor, permitirá amplo debate entre a categoria, a população e os responsáveis pela saúde pública; até para que os usuários e profissionais possam expor suas necessidades e expectativas quanto à melhoria da saúde pública.

Já no caso do PSF, cuja cobertura ainda não é de 100% do território nacional, Carneiro relata que há algumas discussões entre os profissionais da Medicina sobre os benefícios advindos deste programa; e, sendo assim, considerou úteis as opiniões médicas sobre a prioridade de implementação de fatores que gerariam eficácia na promoção de saúde pública e garantiria melhores condições de trabalho e de assistência à população, conforme se pode observar nos dados da tabela 5.6:

... consideraram-se oito fatores frente aos quais os médicos deveriam indicar sua prioridade de implementação, utilizando uma escala de respostas com cinco pontos, indo de 1 = Nada prioritário a 5 = Totalmente prioritário. Para facilitar a comunicação dos resultados, decidiu-se agrupar as respostas extremas em *não prioritário* (nada prioritário e pouco prioritário) e

prioritário (muito prioritário e totalmente prioritário).

Este último nível da escala concentrou a maioria das respostas; especificamente, observaram-se, em ordem decrescente, as seguintes prioridades: condições de trabalho (93%), remuneração (92%), infraestrutura (91,3%), plano de carreira (84,1%), critérios de seleção para acesso (82,4%), vínculo trabalhista (79,6%), estabilidade no emprego (76,4%) e hierarquia na equipe (71%). (CARNEIRO, 2004, p. 106-107)

Considerando as prioridades supracitadas, observa-se que, ao primar por melhores condições de trabalho e infra-estrutura, a categoria não seria a única a ser beneficiada, mas os usuários também seriam contemplados com a melhoria no atendimento. É verdade que se o trabalho médico tem uma boa remuneração, a satisfação profissional, provavelmente, acarretaria na melhoria do atendimento, produzindo um impacto positivo do SUS e do PSF no país. Entretanto, Carneiro observa nos dados da pesquisa, uma visão negativa dos médicos em relação à saúde pública em função do Estado onde exercem sua profissão:

Especificamente, o SUS acarretou **diminuição** da remuneração principalmente na percepção dos médicos do Rio Grande do Sul (60,5%), Minas Gerais (59,8%) e Paraná (59,6%); este sistema também levou majoritariamente a uma **piora** das condições de trabalho na opinião dos médicos de Minas Gerais (61,3%), Distrito Federal (59,9%) e Rio de Janeiro (59,3%). No caso do PSF, mesmo avaliando que sua implantação representou um impacto menos negativo, segundo os médicos, ainda assim considerou-se que teve um efeito adverso, **diminuindo** a remuneração na opinião dos médicos de Santa Catarina (31,8%), Tocantins (29,7%) e Rio Grande do Sul (28,8%), e também as condições de trabalho, para aqueles do Tocantins (40%), Ceará (39,8%) e Minas Gerais (37,6%). (CARNEIRO, 2004, p. 107)

Percebe-se que a insatisfação médica é generalizada onde o SUS e o PSF estão implantados. E, diante dessa insatisfação, questiona-se até que ponto a má remuneração e as péssimas condições de trabalho têm afetado o atendimento ao usuário da saúde pública; como profissionais insatisfeitos podem promover a humanização da prestação de um serviço primordial à sociedade? Acreditamos que a comunicação e a melhoria nas relações interpessoais são a saída – a longo prazo –, para uma questão que há muito vem se arrastando no serviço público. Para Mezzomo (2004, p. 43),

A atenção e a melhoria nesses setores é condição indispensável para haver assistência humanizada no hospital (**saúde**)⁴. Qualquer falha, em qualquer dessas áreas, prejudica as relações de afabilidade e deixa de ser relação humanizada.

Os servidores da saúde de todos os níveis, independentemente de sua função, jamais podem esquecer que o paciente está fragilizado em seu físico e na dimensão psíquica.

Nessa condição, deve ser concedido até o direito ao mau humor, a um maior nível de exigências, que é uma forma de compensação. Ele sente necessidade de atenção especial.

⁴ - Grifo das autoras.

Entretanto, observa-se que a insatisfação do profissional tem pesado sobre as necessidades do usuário, que, na maioria das vezes, tem sua dor menosprezada, fato que acarreta grandes tensões entre profissionais e usuário. Destarte, faz-se necessário implementar o processo de comunicação, assim como sistematizar as relações interpessoais, que também se apresentou como um problema no período de implantação do PSF em Aracaju, como se verá a seguir.

2.2.2 A experiência da implantação do SUS/PSF em Aracaju

Para se entender o alcance e desempenho do SUS em Aracaju, faz-se necessário compreender o contexto em que o mesmo foi implantado. Ao assumir a Secretaria Municipal de Saúde em 2001, o secretário Rogério Carvalho descreve Aracaju como:

[...] capital do estado de Sergipe, ocupa área de 181,80 km², delimitada pelos municípios de São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas e Barra dos Coqueiros. É banhada pelas bacias hidrográficas dos rios Sergipe e Vaza Barris; é de tipo climático megatérmico úmido e subúmido e de temperatura média anual de 26 graus centígrados e tem como período chuvoso os meses de março a agosto.

Apresenta, segundo o IBGE (Censo Demográfico, 2000), uma população estimada de 479.767 habitantes [...]. observa-se que, do total dessa população, 27,7% constituem-se de menores de quinze anos de idade e 7,0% de maiores de 65 anos. (SANTOS, 2006, p.38)

Geograficamente e em número de habitantes, Aracaju é uma cidade pequena com uma população jovem, o que provavelmente seria uma vantagem para o bom desempenho do sistema de saúde. Entretanto, Rogério apresenta um fato importante para a análise do desempenho da saúde no Estado e no município:

[...] A essas características de capital de estado acima apontadas, soma-se o fato de o estado de Sergipe apresentar a peculiaridade de ter uma única cidade – Aracaju – que funciona como pólo comercial, educacional e como pólo médico e de saúde. Nesse sentido, é possível reafirmar que Aracaju é uma cidade que, embora pequena, traz em si a complexidade de uma cidade de grande porte.

O estado de Sergipe conforma uma população de aproximadamente 1.900.000 habitantes. Trata-se de um estado que tem uma malha viária que interliga todos os seus municípios por rodovias pavimentadas, [...] todos os municípios estão interligados à capital na área da saúde, por rede (internet); ou seja: consegue-se fazer comunicação diária o tempo todo. É um estado que guarda a complexidade institucional de uma unidade federativa, porém, em pequena escala, facilita por este prisma o desenvolvimento de planos de desenvolvimento. (SANTOS, 2006, p. 43 e 44)

Neste sentido, observa-se que o que parecia de fácil implantação, tornou-se um desafio à administração municipal, tendo em vista que, apesar de se tratar da saúde do

município, as características de atendimento estendem-se para além do Estado, já que em Aracaju, presta-se atendimento às demandas de alguns municípios Baianos e Alagoanos, devido à proximidade da capital sergipana e à facilidade de locomoção pelo Estado.

Até 2001, o atendimento à saúde pública municipal utilizava-se do modelo de Gestão Plena de Atenção Básica, no qual, assistia-se, plenamente, apenas aos que estavam cadastrados em programas e, parcialmente, os que estavam adscritos⁵. (SANTOS, 2006, p.44) relata que “*o sistema era composto por 39 unidades básicas de saúde, sendo 22 com programa de saúde da família e dezessete sem este programa*”, além disso, os equipamentos estavam sucateados e havia profissionais em número insuficiente, o que acarretava a sobrecarga e comprometimento do sistema. O autor afirma ainda que:

Com relação aos recursos humanos, observava-se a inexistência de motivação pessoal por grande parte dos trabalhadores, além de ausência total de qualquer programa de educação permanente. Existia um acordo de produtividade segundo o qual cada médico, por exemplo, tinha de produzir um determinado número de consultas, sem vínculo e/ou responsabilização com o usuário. Esses profissionais não estavam incluídos no projeto da secretaria e cumpriam papel assistencial pouco relevante do ponto de vista sanitário. Desempenhavam papel protocolar suficiente para receber seus vencimentos no final de cada mês; estavam, pois, abandonados. (SANTOS, 2006, p. 45)

É possível visualizar a repercussão desta forma de atender às demandas de saúde na comunidade. Mascarado de Atendimento Básico à população, o sistema sacrificava profissionais e usuários. Entretanto, era o usuário o grande prejudicado nesta experiência primária com a saúde familiar, na qual grande parte da população não tinha acesso, inclusive em situações de urgência, afirma o autor.

A partir de 2001 – com a entrada do novo governo –, foi possível visualizar algumas mudanças no modelo de gestão do Programa de Saúde da Família, por exemplo:

... adscrição da clientela; exposição destes trabalhadores à capacitação introdutória do PSF, com foco voltado para programas de controle de usuários portadores de patologias crônicas; implantação de programas de controle e acompanhamento de usuários hipertensos, diabéticos, de crianças de zero a seis anos, de mulheres tendo em vista a prevenção de câncer de útero, de mama, de acompanhamento a gestantes e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, o que supomos ter implicado maior responsabilização desses profissionais. Acrescentamos ainda a melhor

⁵ - Adscrição da clientela" significa responsabilizar a equipe da unidade de saúde (US) pelos sujeitos que vivem na área geográfica definida para essa US, no processo de territorialização, permitindo o efetivo acesso e vínculo dessa população ao serviço, princípios de atenção à saúde.

A partir desse conceito de responsabilização, deve-se adscriver uma população a uma equipe de saúde, uma unidade ou um serviço, numa lógica numérica que permita que a oferta de serviço seja adequada às necessidades da população.

Informação retirada da Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_faq.php?lang=pt&menuId=8&filterId=122&search=\(%\)%20and%20\(__\(filter\)\)&id=178](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_faq.php?lang=pt&menuId=8&filterId=122&search=(%)%20and%20(__(filter))&id=178). Acessado em 16 de abril de 2009.

remuneração e jornada integral, “em tese” de quarenta horas, mas que na prática não passava de 32 horas semanais. Esses fatos novos deram maior capacidade de gestão ao gestor na interação com os trabalhadores do PSF, em decorrência da explicitação de competências e responsabilidades no âmbito do cuidado. (SANTOS, 2006, p. 45)

Entretanto, tais mudanças não significam o alcance da plenitude no atendimento, pois, o novo modelo de gestão se deparou com o velho problema relativo à cultura organizacional do funcionalismo público, isto é, à forma histórica que se davam as relações e execução do trabalho público. Como era de se esperar, a mudança não ocorreria instantaneamente. Foram observadas questões importantes como:

A comunicação entre o governo e a comunidade e desta com os profissionais era ineficiente e com baixa capacidade de mediação e resolução de conflitos locais. Observava-se a ausência de interlocutores que representassem o governo e assumissem compromissos e contratos com trabalhadores e usuários.

Em janeiro de 2001, quando assumimos, aproximadamente 60% dos profissionais médicos encontravam-se em férias, indicativo da ausência de comprometimento, como se o serviço pudesse parar no período de dezembro, janeiro e fevereiro. (SANTOS, 2006, p. 48-9)

Naquele momento, observou-se que tais questões precisavam ser superadas, a saúde tratada como uma política pública de garantia da cidadania, diz o autor. Era preciso superar o fato de “que a atividade principal do estado de Sergipe é o próprio estado, é a política. Este é um fator que invade tudo que se faz, porque envolve questões relativas à sobrevivência, à sobrevivência das famílias”. A saúde tinha que deixar de ser conduzida como um espaço de poder do governante para ser tratada como um lugar de exercício da cidadania, de igualdade e de universalidade de direitos. Para começar, era necessário e urgente tratar o grande problema da comunicação existente.

2.3 Sobre o Processo de Comunicação e as Relações Interpessoais

O respeito ao limite faz nascer tanto a lealdade, quanto a dignidade. Quando os espaços são respeitados e as partes têm idênticos direitos, as relações assumem proporções ideais. [...] Se o indivíduo não pretende doar nada de si para uma relação, o melhor que tem a fazer é não se relacionar. (LALUCCI, 2005, p. 78-79)

A comunicação é fator fundamental de interação entre pessoas e é essencial para a eficácia de qualquer organização ou grupo.

As pesquisas indicam que as falhas de comunicação são as fontes mais frequentemente citadas de conflitos interpessoais. Como as pessoas passam cerca de 70% de suas horas de vigília se comunicando – escrevendo, lendo, falando, escutando -, parece razoável afirmar que uma das principais forças

que podem impedir o bom desempenho de um grupo é a falta de uma comunicação eficaz. (ROBBINS, 2002, p. 275-276)

Nestes termos, observa-se que a comunicação deve incluir a transferência e a compreensão de mensagem para que atinja as suas funções ou objetivos com eficácia, ou seja, alcançando as quatro funções que lhe são inerentes: controle, motivação, expressão emocional e informação. Para isso, tem-se que evitar, ao máximo, os ruídos ou barreiras que surgem no processo. Neste foco, a escolha do canal e o tipo de mensagem são fundamentais para que o processo atinja seu maior objetivo: a comunicação eficaz, conforme Robbins (2002).

Atualmente, existe uma variedade de formas de se comunicar. Mas o que se vê é uma dificuldade crescente dos grupos de desenvolverem suas atividades por problemas de comunicação. Acredita-se que estas questões transpassam também as relações interpessoais. Assim, observa-se que grupos com dificuldades de relacionamento têm problemas de comunicação e vice-versa. De acordo com Lalucci (2005, p. 29-30),

Quando se analisa uma personalidade em dificuldades, verificamos que o mal está no fato de o indivíduo não conseguir fazer uma observação. Por causa dessa falha, ele não percebe o que sente nem o que os outros sentem, nem o que os outros desejam, nem o que ele mesmo deseja. [...] As dificuldades começam a surgir quando há falta de interesse ou mesmo falta de clareza e discernimento no momento de observar.

Neste sentido, buscar-se-á elementos que fundamentem a relação comunicação e trabalho, ou seja, aliando à observação a atenção e a percepção, com o intuito de obter uma melhor compreensão dos fenômenos que ocorrem nas organizações e que podem gerar pontos de tensão.

Segundo Silva (2003), as configurações que assumem as relações de poder num determinado momento histórico estabelecem dialética com o contexto referido, ou seja, ao mesmo tempo em que o poder é produzido pelo meio, o meio o produz.

A organização exerce um papel duplo na vida do indivíduo: se, por um lado, tem o papel de lhe complementar a identidade, por outro, cobra-lhe um valor alto por esse “complemento” de identidade, através dos processos de adaptação (ajustamento) com a socialização organizacional, levando-o, em última instância, ao consentimento e à alienação, necessárias como incubadoras do jogo de poder. Dessa forma, as organizações empresariais modernas, onde estão incluídas as empresas capitalistas de orientação mercantil, colocam-se como único espaço onde o sujeito irá buscar a *“realização de seus projetos e desejos”*, de tal forma que os “indivíduos tendem a ver como impossível sua vida psicológica e social sem a inserção nas organizações”. E assim, *“desde muito cedo, o indivíduo luta pela identidade e pelo reconhecimento nas instituições, como se cumprisse uma espécie de destino...”*. Portanto, os integrantes da organização acatam o poder, através do consentimento, ajustamento e da alienação, buscando encobrir *“o grande medo da desintegração e as fantasias destrutivas que podem ocorrer”* (MOTA, 1991, p. 8), aqui entendidas como demissão.

(SILVA, 2003)

Quando se aborda a comunicação e as relações interpessoais no trabalho tem-se que levar em conta as questões de poder e hierarquia existentes. Poder é um fator que interfere nas emoções e, portanto, na comunicação. Nem sempre as pessoas trabalham no que querem e nem sempre os gestores possuem habilidade de lidar com as diferentes personalidades de seus subordinados. Portanto, o poder é um agravante no processo de comunicação e nas relações pessoais dentro das instituições.

As relações interpessoais constituem o outro lado da questão. A raiva e o medo são emoções que fazem o cenário da vida no trabalho. São sentimentos frequentemente experimentados em todos os seus disfarces e máscaras e resultam do desacerto como os erros são tratados, da desatenção às perguntas e pedidos de esclarecimento, do tratamento áspero e competitivo entre colegas, da falta de sinceridade nas relações e do abuso de poder por parte das lideranças, formais ou informais. (BOM SUCESSO, 2002, 35)

Desta forma, infere-se que as relações pessoais, em conjunto com as formas de comunicação no trabalho e com as relações de poder impostas pela organização, são fatores importantes para o sucesso e desempenho eficaz dos seus integrantes na realização de suas atividades. A comunicação e as relações existentes entre as pessoas não podem ser vistas isoladamente, haja vista que não existe comunicação sem que haja alguma forma de interação entre o emissor e o receptor de uma mensagem. Ou seja, quanto maior a integração entre as pessoas, melhor a comunicação, uma vez que conceitos e formas de abordar os assuntos estão mais sincronizados, sendo mais bem compreendidos. Além disso, as emoções e sentimentos interferem na comunicação a partir do momento que deixam as pessoas mais receptivas ou não ao que está ao redor.

O fato é que as regras e as leis que regem as organizações e sua cultura são fonte de melhoria ou retrocesso negativo dos processos de trabalho. O objetivo e a missão de cada instituição interferem na forma de relacionamento dos seus colaboradores. Dessa forma, observam-se, por exemplo, características próprias de comportamentos culturais no serviço público e no serviço privado. Contudo, o alvo deste estudo é a interferência da cultura organizacional do setor de saúde pública nas formas de comunicação e relações interpessoais, especificamente, nos serviços de saúde prestados pelo PSF no município de Aracaju.

No que diz respeito às relações interpessoais, Mezzomo procura sistematizá-las, dividindo-as em quatro grupos: “sintonizar, responder, responsabilizar e orientar. O núcleo dessa abordagem é a relação de causa-e-efeito – cada palavra, gesto e movimento do profissional causam efeitos sobre o cliente (e vice-versa)” (2003, p. 73).

A sintonia está diretamente ligada à disponibilidade e interesse do profissional

pelo usuário e, segundo Mezzomo, é preciso desenvolver cinco habilidades para se entrar em sintonia com o outro, a saber: preparar o ambiente, acolher, assumir posturas físicas, observar e escutar. O *cuidado pelo ambiente* demonstra zelo pelo paciente, mesmo antes de o profissional contatá-lo. Mezzomo (2003, p. 74) afirma que “o ambiente físico nunca é neutro – ele emite, o tempo todo, mensagens para o paciente. Essas mensagens tanto podem ser de cuidado e interesse como de extremo descuido e desinteresse”. Ou seja, um ambiente sujo, sombrio, desconfortável, impessoal, certamente causará mal-estar ao usuário, que terá um impacto negativo já na chegada, comprometendo o *acolhimento*, que poderia ser caloroso e de entrega, caso o ambiente favorecesse.

A *postura física* da equipe de profissionais na saúde, também é de suma importância. A aparência de cansaço, o desleixo com a aparência, um rosto sisudo, emperram o contato com o paciente. Ao se aproximar do usuário, o profissional, iniciando o processo de comunicação, passará a mensagem de receptividade, de interesse, de calor humano, mas se este mesmo profissional já olha para o usuário com a fisionomia de cansaço, olha o relógio, demonstra interesse por outras coisas que não o usuário, este último entenderá que haverá má vontade no atendimento, tendo em vista que o profissional já não se encontra emocionalmente disponível para o atendimento. Infelizmente, esta é uma prática comum em muitos serviços públicos. No final do expediente, o profissional adota uma postura de entrega ao cansaço e já não se dispõe ao acolhimento.

Finalmente Mezzomo reforça a importância da observação, pois, assim como o profissional está, constantemente, sendo observado, também deve observar. Para o autor,

[...] como em algumas situações as mensagens não-verbais são mais verdadeiras do que as verbais, é essencial que o profissional observe muito bem o paciente. A razão para ele ter vindo à consulta e sua história verdadeira podem estar muito mais naquilo que não é falado, naquilo que é expresso apenas corporalmente (MEZZOMO, 2003, p. 75).

É a partir da observação que a equipe fará a leitura da disposição do paciente para o atendimento e como o relacionamento deverá ser direcionado no intuito de que seja criado um grau de sintonia suficiente para que haja compreensão no processo de comunicação, levando o profissional a dar respostas adequadas ao comportamento, às mensagens e aos sentimentos do paciente.

3 UM OLHAR PSICANALÍTICO

A Psicanálise vem demonstrando que é possível olhar o homem sobre outro prisma até então não enfatizado. O inconsciente está presente todo o tempo, em todo ser humano e ele influencia as suas atitudes. Poder pensar um trabalho público com o olhar psicanalítico talvez proporcione a quebra de inúmeras resistências e promova a integração e comunicação das diversas áreas de trabalho.

O olhar psicanalítico sobre como surgiu a sociedade, como ela funciona hoje e o que esperar dela no futuro orienta sobre como proceder diante de problemas de dimensões sociais. É o olhar psicanalítico frente à sociedade criada e mantida pelos homens.

3.1 Tabus: a sociedade e o passado

O homem primitivo, visando se proteger do meio ambiente extremamente agressivo e de animais maiores, mais fortes ou invasivos, se reuniu em grupos. Esses grupos, inicialmente, com atividades indistintas foram crescendo muito, fato que exigiu do grupo que cada homem se especializasse em determinadas atividades. Quanto maior e mais complexo o grupo, mas especialistas se tornavam seus componentes.

Para manter esse grupo complexo coeso, tornou-se necessária uma crença comum que mantivesse os seres humanos unidos. De forma consciente, têm-se as leis e a seleção natural das ações diante das adversidades e, de forma inconsciente, pode-se dizer que existem os totens e os tabus.

O totem é *“em primeiro lugar, (...) o antepassado comum do clã; ao mesmo tempo, é o seu espírito guardião e auxiliar, que lhe envia oráculos, e embora perigoso para os outros, reconhece e poupa os seus próprios filhos.”* (FREUD, 1996b, p. 22). E sobre o tabu têm-se as seguintes definições:

Propriamente falando, o tabu abrange apenas (a) o caráter sagrado (ou impuro) de pessoas ou coisas, (b) a espécie de proibição que resulta desse caráter, e (c) a santidade (ou impureza) que resulta de uma violação da proibição. (FREUD, 1996b, p. 38)

O tabu pode ser sagrado ou impuro ou ainda sagrado e impuro ao mesmo tempo. Ele surge como uma forma de proteção social contra algum perigo que possa ocorrer dentro da sociedade. Freud (1996b) enfatiza os tabus como proteção às pessoas importantes, à salvaguarda dos fracos, a comportamentos e precauções contra perigo recorrente, à guarda dos principais atos da vida, dentre outros.

O surgimento de um tabu remete a fatos que trouxeram ou poderão trazer ameaça à vida social ou de indivíduos e, diante disso, a sociedade encontra formas conscientes de lidar com essas questões inconscientes que ameaçam.

A palavra 'tabu' denota tudo — seja uma pessoa, um lugar, uma coisa ou uma condição transitória — que é o veículo ou fonte desse misterioso atributo. Também denota as proibições advindas do mesmo atributo. E, finalmente, possui uma conotação que abrange igualmente 'sagrado' e 'acima do comum', bem como 'perigoso', 'impuro' e 'misterioso'. (FREUD, 1996b, p. 40)

Visto que o tabu busca manter a vida, sua violação coloca em perigo aquele que a violou. Cabe a sociedade promover essa punição, funcionando como um sistema penal primitivo e em parte inconsciente, pois dentro da crença do tabu, o próprio tabu se vinga de quem o violou. Então a pessoa que rompe o tabu, torna-se ela própria o tabu.

Por trás de todas essas proibições parece haver algo como uma teoria de que elas são necessárias porque certas pessoas e coisas estão carregadas de um poder perigoso que pode ser transferido através do contato com elas, quase como uma infecção. A quantidade desse atributo perigoso também desempenha seu papel. Algumas pessoas ou coisas o têm mais do que outras e o perigo é na realidade proporcional à diferença de potencial das cargas. O fato mais estranho parece ser que qualquer um que tenha transgredido uma dessas proibições adquire, ele mesmo, a característica de ser proibido — como se toda a carga perigosa tivesse sido transferida para ele. Esse poder está ligado a todos os indivíduos especiais, como reis, sacerdotes, ou recém-nascidos, a todos os estados excepcionais, como os estados físicos da menstruação, puberdade ou nascimento, e a todas as coisas misteriosas, como a doença e a morte o que está associado a elas através do seu poder de infecção ou contágio. (FREUD, CD-ROM)

Tendo o inconsciente como um construtor, o tabu pode ter uma finalidade evidente ou ser incompreensível.

A finalidade de algumas das proibições é de imediato evidente. Outras, pelo contrário, nos surpreendem por serem incompreensíveis, destituídas de sentido e tolas, sendo as proibições desta última espécie descritas como 'cerimoniais'. (FREUD, CD-ROM)

São incompreensíveis porque estão sujeitas a mecanismos psíquicos, chamados de deslocamentos. O deslocamento é a retirada de um investimento psíquico, como por exemplo, uma emoção, de um pensamento ou idéia, para outra, fazendo com que o segundo pensamento passe a mobilizar sensações e emoções como se fosse o primeiro. É semelhante ao que ocorre em proibições obsessivas, conforme é citado a seguir.

As proibições obsessivas estão extremamente sujeitas ao deslocamento. Estendem-se de um objeto a outro por quaisquer caminhos que o contexto possa proporcionar e esse novo objeto então se torna, para empregar a expressão apropriada de uma de minhas pacientes: 'impossível' — até que finalmente o mundo inteiro jaz sob um embargo de 'impossibilidade'. (FREUD, CD-ROM)

A pessoa vai deslocando seus medos e angústias para situações inusitadas, acreditando que assim está evitando correr perigo. O medo da morte é deslocado para o tabu que passa a ser um elo regulador para a segurança do indivíduo. Freud enfatiza:

Devemos esclarecer de antemão, contudo, que muitas das proibições tabus que chegam ao nosso conhecimento são de natureza secundária, deslocada e distorcida, e que devemos ficar satisfeitos se pudermos lançar apenas um pouco de luz sobre os tabus mais fundamentais e significativos. (FREUD, CD-ROM)

Um tabu traz em si, a ambivalência de sentimentos. A vontade de fazer e o medo da proibição. Freud ainda explicita quais os principais e mais antigos tabus:

As mais antigas e importantes proibições ligadas aos tabus são as duas leis básicas do totemismo: não matar o animal totêmico e evitar relações sexuais com membros do clã totêmico do sexo oposto. (FREUD, CD-ROM)

Os tabus lutam contra desejos antigos e poderosos e que, se concretizados, podem promover um colapso social. Assim, não matar o animal totêmico é como não matar o representante em comum da sociedade ou grupo que ele representa. Uma situação semelhante para os nossos tempos seria queimar a bandeira de um país ou mesmo de um time de futebol diante de sua torcida.

Outra proibição antiga é o incesto. O incesto acaba por criar gerações de pessoas menos resistentes ao meio ambiente e isso de alguma forma foi absorvido inconscientemente, criando o incesto protetor e salvaguarda da vida.

Estas proibições só existem porque há desejos. Se não houve a vontade, não haveria a necessidade da proibição. Concorde-se com Freud quando ele afirma: “Estes devem ser, então, os mais antigos e poderosos dos desejos humanos”. (FREUD, CD-ROM). Se a ameaça a vida não é contida e quem rompe o tabu não é punido, acaba por estimular os desejos dos demais.

Para estabelecer a ordem, uma vez rompido o tabu, o transgressor precisa reparar o mal que foi feito. Assim o perigo é afastado, o mal não recai sobre ninguém e a sociedade permanece unida contra os desejos individuais.

Se a violação de um tabu pode ser corrigida por reparação ou expiação, que envolvem a renúncia a algum bem ou alguma liberdade, isso prova que a obediência à injunção do tabu significava em si mesma a renúncia a algo desejável. A emancipação de uma renúncia é compensada pela imposição de outra alhures. Isto nos leva a concluir que a expiação é um fator mais fundamental que a purificação no cerimonial do tabu. (FREUD, CD-ROM)

Freud traz um resumo sobre o tabu quando preconiza:

Resumirei agora os aspectos da natureza do tabu que foram esclarecidos através da comparação deste com as proibições obsessivas dos neuróticos. O tabu é uma proibição primeva forçadamente imposta (por alguma autoridade) de fora, e dirigida contra os anseios mais poderosos a que estão

sujeitos os seres humanos. O desejo de violá-lo persiste no inconsciente; aqueles que obedecem ao tabu têm uma atitude ambivalente quanto ao que o tabu proíbe. O poder mágico atribuído ao tabu baseia-se na capacidade de provocar a tentação e atua como um contágio porque os exemplos são contagiosos e porque o desejo proibido no inconsciente desloca-se de uma coisa para outra. O fato de a violação de um tabu poder ser expiada por uma renúncia mostra que esta renúncia se acha na base da obediência ao tabu. (FREUD, CD-ROM)

Até agora, pode estar parecendo confuso sobre o que o tabu tem a ver com o trabalho dos agentes do programa de saúde da família. Mas o principal tem-se a seguir. O tabu é importante porque influencia as relações entre chefe e subordinado. Um chefe ao mesmo tempo em que deve ser protegido, pode ameaçar seus subordinados. Cabe aos tabus criarem a possibilidade de convivência sem ameaças. As cerimônias são formas de instituir mudanças de direitos e deveres sociais de modo que todos possam respeitar a hierarquia. Comparativamente, observem o que Freud enfatiza sobre reis e governantes:

A atitude dos povos primitivos para com seus chefes, reis e sacerdotes rege-se por dois princípios básicos que parecem ser antes complementares do que contraditórios. Um governante 'não deve apenas ser protegido, mas também se deve proteger-se contra ele'. (Frazer, 1911b, 132.) Ambos os fins são assegurados por inúmeras observâncias de tabus. Já sabemos por que se deve proteger-se dos governantes. Isso se deve ao fato de constituírem veículos do poder mágico misterioso e perigoso que se transmite por contato, como uma carga elétrica, e que causa a morte e a ruína a quem quer que não esteja protegido por uma carga semelhante. Qualquer contato imediato ou indireto com essa entidade sagrada e perigosa é assim evitado e, se não puder sê-lo, certa cerimônias são imaginadas para impedir as conseqüências temíveis. ((b) O Tabu Relativo aos Governantes) (FREUD, CD-ROM)

O desejo de ser o chefe e a raiva por não sê-lo estão intrínsecas em todos os membros da sociedade e esses desejos, junto com outros, geram ambivalência de sentimentos. Veja-se o que Freud declara sobre essa ambivalência de sentimentos:

Ela aparece onde quer que, além de um sentimento predominante de afeição, exista também uma corrente de hostilidade contrária, mas inconsciente — estado de coisas que representa um exemplo típico de uma atitude emocional ambivalente. A hostilidade é então feita calar no grito, por assim dizer, por uma intensificação excessiva da afeição, que se expressa em solicitude e se torna compulsiva, porque de outro modo seria inadequada para desempenhar a missão de manter sob repressão a corrente de sentimento contrária e inconsciente. (...) compreenderemos que juntamente com a veneração e, na verdade, idolatrização sentidas por elas, existe no inconsciente uma corrente oposta de hostilidade intensa; que, na realidade, como esperávamos, defrontamo-nos com uma situação de ambivalência emocional. A desconfiança que fornece um dos elementos inequívocos dos tabus reais seria então outra expressão, mais direta, da mesma hostilidade inconsciente. (FREUD, CD-ROM)

Essa contradição aparece porque sempre se utiliza um outro mecanismo psíquico chamado projeção. Coloca-se no outro, pensamentos e sentimentos que se traz.

Mas a projeção não foi criada com o propósito de defesa; ela também ocorre onde não há conflito. A projeção de percepções internas para fora é um mecanismo primitivo, ao qual, por exemplo, estão sujeitas nossas percepções sensoriais, e que, assim, normalmente desempenha um papel muito grande na determinação da forma que toma nosso mundo exterior. Sob condições cuja natureza não foi ainda suficientemente estabelecida, as percepções internas de processos emocionais e de pensamento podem ser projetadas para o exterior da mesma maneira que as percepções sensoriais. São assim empregadas para construir o mundo externo, embora devam, por direito, permanecer sendo parte do mundo interno. Isto pode ter alguma vinculação genética com o fato de que a função da atenção dirigia-se originalmente não no sentido do mundo interno, mas no dos estímulos que afluem do mundo externo e que as únicas informações dessa função sobre os processos endopsíquicos era recebida a partir de sentimentos de prazer e desprazer. Foi somente após uma linguagem de pensamento abstrato ter sido desenvolvida, ou seja, somente após os resíduos sensoriais das apresentações verbais terem sido ligados aos processos internos, que os últimos pouco a pouco foram se tornando capazes de serem percebidos. (FREUD, CD-ROM)

Assim, toda instituição é regida por sentimentos projetados e por tabus culturais criados para fazer com que sua cultura seja preservada e nada seja alterado. A crença de que o tabu é necessário, mesmo que inconsciente, é importante, pois reforça as resistências contra as mudanças, impedindo uma fluidez nos processos e nas relações e permitindo que o instituído se preserve. Essa preservação busca manter o prazer e evitar o desprazer. Trazendo para o mundo laboral, está aí o ponto primordial do que vai gerar o prazer e o desprazer no exercício do trabalho. Junto à busca do prazer e do desprazer, e em conjunto com ela, tem-se a tentativa de resgate do pai da infância.

Na verdade, Freud diz que o homem se tornou social, tentando exorcizar seu desamparo em busca de um pai ou de um deus. Os totens e tabus tomaram esse lugar, temporariamente, mas quanto menos humana se tornou a natureza, visto que os deuses deixaram de estar no vento, nas plantas ou em outros lugares, mais o desamparo aumentou, pois agora não existe alguém que proteja a humanidade da natureza, da morte e da vida civilizada. Veja como Freud explica isso:

No decorrer do tempo, fizeram-se as primeiras observações de regularidade e conformidade à lei nos fenômenos naturais, e, com isso, as forças da natureza perderam seus traços humanos. O desamparo do homem, porém, permanece e, junto com ele, seu anseio pelo pai e pelos deuses. Estes mantêm sua tríplice missão: exorcizar os terrores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do Destino, particularmente a que é demonstrada na morte, e compensá-los pelos sofrimentos e privações que uma vida civilizada em comum lhes impôs. (FREUD, 1988a, p.26)

Portanto, o trabalho dos tabus sociais foi manter a sociedade unida através de uma crença em comum. Os totens e tabus continuam existindo na sociedade atual. Apresentam-se

de forma mais amena e mais conciliatória com a realidade, mas ainda muito presente na sociedade atual.

O PSF enfrenta como primeira barreira para a sua implantação e sedimentação juntamente essas crenças, que são trazidas culturalmente e mantidas sem questionamentos conscientes. Como exemplo de que quando se vai ao médico, ele sempre inventa uma doença que não existiria se a pessoa não fosse. Crenças e tabus de que doenças são castigos de Deus aparecem constantemente e como uma espécie de carma, a pessoa deve assumir a doença como uma provação ou redenção dos pecados.

Como dito anteriormente, quanto mais complexa e maior a sociedade, mas esta vai exigir uma parte da liberdade do indivíduo para promover a sua segurança. Abaixo será visto como funcionam os movimentos dos grupos nessa nossa sociedade segundo a perspectiva freudiana.

3.2 O funcionamento de grupo: a sociedade e a atualidade

Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social. (FREUD, 1996a, p.81)

Freud, em seus diversos artigos, abordou, de vários ângulos, o homem em sociedade. Em alguns artigos, observou o homem através de um modelo antropológico, histórico, e que aqui, chamar-se-á de olhar externo. Mas também buscou, especificamente no artigo “Psicologia de grupo e Análise do Ego”, estudar o fenômeno dos grupos de um ponto de vista de dentro do grupo, que aqui é chamado de interno.

3.2.1 O modelo grupal de um olhar externo (social)

Através dos hábitos e costumes difundidos entre os diversos grupos que habitam uma mesma região, vai se formando uma civilização que traz em seu conceito um meio mais complexo de funcionamento que eleva o homem acima da condição animal. Freud (1988a) não distingue cultura de civilização e a conceitua como:

Por um lado, inclui todo o conhecimento e capacidade que o homem adquiriu com o fim de controlar as forças da natureza e extrair a riqueza desta para a satisfação das necessidades humanas; por outro, inclui todos os regulamentos necessários para ajustar as relações dos homens uns com os

outros e, especialmente, a distribuição da riqueza disponível. (FREUD, 1988a, p.15)

Afirma ainda que tanto o domínio da natureza quanto os regulamentos que ajustam as relações dos homens são independentes e estas são influenciadas pela satisfação instintual que a riqueza pode tornar possível. Essa riqueza pode ser, inclusive, um outro homem ou a sua força de trabalho. Riqueza é observada como algo de valor para o indivíduo. Mas existe outra coisa que Freud chama a atenção. Os homens sentem a civilização como um fardo pesado e suas exigências geram sacrifícios, pois ele precisa abrir mão de alguns de seus desejos para poder conviver em sociedade. Assim, a civilização, enquanto estrutura, é agredida regularmente no sentido de buscar a riqueza de forma individual, e, muitas vezes, busca proporcionar um benefício a si em contraponto a um todo.

A civilização, portanto, tem de ser defendida contra o indivíduo, e seus regulamentos, instituições e ordens dirigem-se a essa tarefa. Visam não apenas a efetuar uma certa distribuição da riqueza, mas também a manter essa distribuição; na verdade, têm de proteger contra os impulsos hostis dos homens tudo o que contribui para a conquista da natureza e a produção de riqueza. As criações humanas são facilmente destruídas, e a ciência e a tecnologia, que as construíram, também podem ser utilizadas para sua aniquilação. (FREUD, 1988a, p.16)

Além disso, todo homem traz em si uma quantidade determinada de pulsão destrutiva que gera tendências anti-sociais e anticulturais. (FREUD, 1988a, p.17). Assim, para conter esses impulsos, que tendem a regredir o indivíduo de forma a levá-lo a buscar seus desejos e vontades, cabe alguém que lhes inspire e assuma o lugar de líder. Um líder mobiliza nos homens duas características que permitem a vida social:

Expressando-o de modo sucinto, existem duas características humanas muito difundidas, responsáveis pelo fato de os regulamentos da civilização só poderem ser mantidos através de certo grau de coerção, a saber, que os homens não são espontaneamente amantes do trabalho e que os argumentos não têm valia alguma contra suas paixões. (FREUD, 1988a, p.18)

Através das paixões e amores e do trabalho produtivo e gratificante um líder é capaz de promover a boa convivência e relações entre os homens. Um líder deve dosar as riquezas que cada pessoa pode ou tem direito a possuir. Mas, se não existe um ganho considerado maior do que os desejos que o homem tem que abrir mão, essa sociedade passa a ter pessoas oprimidas e que podem apresentar essa insatisfação de várias formas.

Se, porém, uma cultura não foi além do ponto em que a satisfação de uma parte e de seus participantes depende da opressão da outra parte, parte esta talvez maior - e este é o caso em todas as culturas atuais -, é compreensível que as pessoas assim oprimidas desenvolvam uma intensa hostilidade para com uma cultura cuja existência elas tornam possível pelo seu trabalho, mas de cuja riqueza não possuem mais do que uma quota mínima. (FREUD, 1988a, p.22)

Aquilo que cada um almeja é de cunho narcísico e baseado em um ideal construído parte por seus sonhos, parte pelo que a sociedade oferece. É comum que muitas pessoas tenham idealizações semelhantes, formando uma unidade idealista e é esse ideal que as pessoas passam a buscar dentro da sociedade.

As pessoas sempre estarão prontamente inclinadas a incluir entre os predicados psíquicos de uma cultura os seus ideais, ou seja, suas estimativas a respeito de que realizações são mais elevadas e em relação às quais se devem fazer esforços por atingir. Parece, a princípio, que esses ideais determinam as realizações da unidade cultural; contudo, o curso real dos acontecimentos parece indicar que os ideais se baseiam nas primeiras realizações que foram tornadas possíveis por uma combinação entre os dotes internos da cultura e as circunstâncias externas, e que essas primeiras realizações são então erigidas pelo ideal como algo a ser levado avante. A satisfação que o ideal oferece aos participantes da cultura é, portanto, de natureza narcísica; repousa em seu orgulho pelo que já foi alcançado com êxito. (FREUD, 1988a, p.22)

Por exemplo, ser médico. Ser médico traz a idéia que o indivíduo é um ser que possui mais respeito que os demais profissionais, que possui uma renda financeira satisfatória com direito a alguns luxos, como viagens e que é capaz de salvar vidas. Se esse indivíduo que tem na figura do médico a idéia de uma pessoa bem sucedida não tem condições de entrar em uma faculdade de medicina, quer seja por questões financeiras, quer seja por qualquer outra questão, traz para si uma frustração da não realização de uma paixão e do desenvolvimento de uma atividade laboral. De alguma forma, esse indivíduo vai desenvolver uma hostilidade contra toda a classe médica ou estender sua insatisfação para toda a sociedade por não prover seus ideais. A partir disso, ele pode expressar essa agressividade através de atos destrutivos, tanto fisicamente, como através da depreciação de tudo o que possa trazer melhoria para si ou para aqueles que o cercam.

Ainda há uma outra questão. Mesmo não conseguindo aquilo que foi almejado, o indivíduo mantém uma identificação com o seu líder, no exemplo, poderia ser um médico bem sucedido e de renome. Ele pode manter o vínculo com esse citado profissional pela hostilidade, através de um mecanismo chamado de identificação.

Freud cita, em relação ao que se exemplifica como classes oprimidas e classes dominantes:

Essa identificação das classes oprimidas com a classe que as domina e explora é, contudo, apenas uma parte de um todo maior. Isso porque, por outro lado, as classes oprimidas podem estar emocionalmente ligadas a seus senhores; apesar de sua hostilidade para com eles, podem ver neles os seus ideais. (FREUD, 1988a, p.23)

Ainda sobre a sociedade atual, ele destaca que “numa expressão mais correta, originalmente o ego inclui tudo; posteriormente, separa, de si mesmo, um mundo externo”.

(FREUD, 1988b, p.77) Assim, aquilo que se busca é visto como um desejo interno colocado para a realidade que o transforma e nos dá aquilo que é real.

Cabe ainda lembrar que Freud afirma que “todos os tempos da evolução da mente humana encontram-se presentes na constituição atual”. (FREUD, 1988b, p.78) e portanto, a mente primitiva convive e interage todo o tempo com a razão e sentimentos atuais, ora se sobrepondo, ora se esquivando no funcionamento mental.

3.2.2 O modelo grupal de um olhar interno

...o instinto social talvez não seja um instinto primitivo, insuscetível de dissociação, e que seja possível descobrir os primórdios de sua evolução num círculo mais estreito, tal como o da família. (FREUD, 1996a, p. 82)

Buscando analisar o homem em suas interações com os demais, Freud observou, nos estudos de Le Bon e McDougall, vários comportamentos humanos característicos da integração grupal. São comportamentos que não existem se o indivíduo não estiver se relacionando com os outros à sua volta.

Freud cita Le Bon para dizer que existe uma mente coletiva que “os faz sentir, pensar e agir de maneira muito diferente daquela pela qual cada membro dele, tomado individualmente, sentiria, pensaria e agiria, caso se encontrasse em estado de isolamento”. (FREUD, 1996a, p.84). Além disso, os indivíduos nos grupo possuem três características: um sentimento de poder invencível, o contágio e a sugestionabilidade. (FREUD, 1996a, p.84-87).

Em um grupo, os indivíduos possuem uma diminuição de responsabilidade e de consciência e se comportam como, se unidos, nada os pudesse atingir. Têm-se como exemplo atual as torcidas organizadas de times de futebol. Um integrante de uma torcida organizada, quando devidamente fardado ou/e em grupo, é capaz de provocar outros torcedores de times adversários por acreditar que se alguém o agredir, estará agredindo todo o seu grupo e, como consequência, seu grupo irá lhe defender.

O contágio ocorre quando o indivíduo abre mão de seus interesses pessoais em detrimento ao interesse do grupo. Na sugestionabilidade também o indivíduo é induzido a seguir a decisão da maioria. A diferença entre os dois é que o contágio acontece de indivíduo para indivíduo, enquanto que a sugestionabilidade é de um líder temporário, ou não, para todos.

Um exemplo de contágio no PSF é a comunicação informal sobre gestão das equipes. Um profissional que toma conhecimento das atividades e comportamentos de um

outro grupo de PSF e leva essa informação para o seu, de forma a persuadir o seu grupo a exigir ou trabalhar da mesma forma. Esse exemplo seria por contágio se ele conversasse individualmente com cada membro do grupo no decorrer de um tempo de trabalho e a sugestionabilidade pode ocorrer em uma reunião do grupo quando ele expõe a informação para todos e sugere a adesão do grupo nesse modelo de comportamento.

Essas características ocorrem porque, no grupo, o inconsciente predomina no lugar da consciência que passa a ser exercida por um objeto (ou seja, outra pessoa) externa ao indivíduo. Freud expõe:

Vemos então que o desaparecimento da personalidade consciente, a predominância da personalidade inconsciente, a modificação por meio da sugestão e do contágio de sentimentos e idéias numa direção idêntica, a tendência a transformar imediatamente as idéias sugeridas em atos, estas, vemos, são as características principais do indivíduo que faz parte de um grupo. Ele não é mais ele mesmo, mas transformou-se num autômato que deixou de ser dirigido pela sua vontade.' (Ibid., 35.[trad.,1920, 35]) (FREUD, 1996a, p.87).

Outras características que foram identificadas em grupos são citadas por Le Bon e enfatizadas por Freud. Segundo Le Bon (apud Freud, 1996), um grupo pensa por imagens através de associações, respeita a força e é muito pouco influenciado pela bondade. Precisa de um líder e buscar preservar a tradição e os hábitos. Um grupo nunca busca a verdade. Ele necessita de ilusões e não vive sem elas. Os líderes normalmente são notados pela sua própria crença em suas idéias. É o prestígio do líder que se busca e que fascina os integrantes. (FREUD, 1996a, p.87-92).

Quando uma informação chega ao grupo ou à unidade de saúde, trazida por um de seus membros que está funcionando como um líder informal ou temporário, o grupo passa a acreditar piamente no que ele afirma, muitas vezes não averiguando se a informação é real. Um movimento desse tipo pode ser exemplificado com os murmúrios de que haverá corte de pessoal ou redistribuição por conta de adequação do orçamento. Muitas vezes, a pessoa que traz essa informação, o faz em forma de boatos, e quando se observa, está uma equipe de PSF extremamente aflita com sua possível situação futura e a ansiedade só diminui quando é feita uma reunião na qual o gestor da unidade ou alguém mais elevado na hierarquia esclarece o boato.

Todo esse processo é guiado por uma força de ligação que Freud atribui às emoções. As pessoas são ligadas afetivamente.

Antes que os membros de uma multidão ocasional de pessoas possam constituir algo semelhante a um grupo no sentido psicológico, uma condição tem de ser satisfeita: esses indivíduos devem ter algo em comum uns com os outros, um interesse comum num objeto, uma inclinação emocional

semelhante numa situação ou noutra e ('conseqüentemente', gostaria eu de interpolar) 'certo grau de influência recíproca' (ibid., 23). Quanto mais alto o grau dessa 'homogeneidade mental', mais prontamente os indivíduos constituem um grupo psicológico e mais notáveis são as manifestações da mente grupal. (FREUD, 1996a, p.94-95).

Freud continua enfatizando as ligações afetivas, afirmando que:

O resultado mais notável e também o mais importante da formação de um grupo é a 'exaltação ou intensificação de emoção' produzida em cada membro dele (ibid. [McDougall, 1920a], 24). Segundo McDougall, num grupo as emoções dos homens são excitadas até um grau que elas raramente ou nunca atingem sob outras condições, e constitui experiência agradável para os interessados entregar-se tão irrestritamente às suas paixões, e assim fundirem-se no grupo e perderem o senso dos limites de sua individualidade. (FREUD, 1996a, p.95).

Além da afetividade, Freud (1996a, p.96-97), esclarecendo as características que podem elevar a vida mental de um grupo, utilizando-se de McDougall, diz que são necessárias cinco condições: continuidade de existência do grupo formal (posições fixas como cargos) ou material (persistência por certo tempo dos mesmos indivíduos); cada membro ter uma idéia definida do grupo para que possa desenvolver uma relação emocional com o grupo como um todo; o grupo deve estar em interação com outros grupos semelhantes e que difiram em alguns aspectos; o grupo deve possuir uma cultura que determine a relação entre seus membros; e o grupo deve ter uma estrutura definida com diferenciação de funções dentro do grupo.

No PSF, a diferenciação de funções já existe através das profissões que o compõe e os integrantes desenvolvem vínculos com os outros membros. É possível observar que quando os integrantes admitem que gostam de trabalhar uns com os outros, o trabalho possui um maior índice de qualidade e satisfação, tanto dos prestadores de serviço, como dos usuários.

A força ou poder que une o grupo é a libido. Outra característica é a identificação.

O que aprendemos dessas três fontes pode ser assim resumido: primeiro, a identificação constitui a forma original de laço emocional com um objeto; segundo, de maneira regressiva, ela se torna sucedâneo para uma vinculação de objeto libidinal, por assim dizer, por meio de introjeção do objeto no ego; e, terceiro, pode surgir com qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com alguma outra pessoa que não é objeto de instinto sexual. Quanto mais importante essa qualidade comum é, mais bem-sucedida pode tornar-se essa identificação parcial, podendo representar assim o início de um novo laço. (FREUD, 1996a, p.117).

A identificação é algo que faz parte do desenvolvimento do indivíduo e está presente todo o tempo. Mas algumas pessoas podem, devido a seus mecanismos de funcionamento mental, fazer uma idealização ao invés da identificação. Freud explica que "*quando o objeto é colocado no lugar do ideal do ego dizemos que a pessoa está idealizando*"

(FREUD, 1996a, p.123). Ou seja, quando uma pessoa é olhada somente em suas virtudes e esquecendo ou ignorando os seus defeitos, esta pessoa está sendo idealizada. Esse tipo de comportamento não condiz com a realidade e cria expectativas impossíveis de serem atingidas.

É importante poder distinguir quando um membro do grupo se identifica com seu líder e quando ele idealiza esse líder. A idealização normalmente se desfaz e os vínculos que uniam o grupo podem ser desfeitos no momento que se rompe com o objeto idealizado.

Além dessas características grupais, Freud cita Trotter que afirma que os homens possuem, junto com os outros instintos primários, como fome, sede e sexo, o instinto gregário (FREUD, 1996a.). Assim como o homem tem necessidade de comer, beber e fazer sexo, ele também tem a necessidade de estar em grupo por mais difícil que isso pareça para seu ego narcísico.

Discutir que futuro tem uma sociedade com desejos extremamente ambivalentes é o tópico seguinte do trabalho.

3.3 O futuro da humanidade e da humanização da saúde

(...) o presente tem de se tornar o passado para que possa produzir pontos de observação a partir dos quais elas julguem o futuro. (FREUD, 1988a, p.15)

No desenvolvimento humano, parte-se da condição animal para a civilização. A civilização é o desenvolvimento da vida em grupo através da utilização de regras comuns aos integrantes para a sobrevivência do grupo. Observe a conceituação de Freud:

Mais uma vez, portanto, nos contentaremos em dizer que a palavra 'civilização' descreve a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados animais, e que servem a dois intuitos, a saber: o de proteger os homens contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos. (FREUD, 1988b, p.96)

Na escala evolutiva do homem, ele cede uma parte de sua liberdade em benefício de sua segurança e sobrevivência. Assim, em uma comunidade ou civilização têm-se dois tipos de força: a força e desejos do indivíduo e as regras impostas para a boa convivência dos homens e que vai de encontro aos desejos e vontades desse indivíduo. Somente com a aceitação e substituição de uma parcela do poder do indivíduo pelo poder da comunidade é que se está diante de uma civilização. Acerca desta questão Freud dispõe que:

O poder dessa comunidade é então estabelecido como 'direito', em oposição ao poder do indivíduo, condenado como 'força bruta'. A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização. Sua essência reside no fato de os membros da comunidade se restringirem em suas possibilidades de satisfação, ao passo que o indivíduo desconhece tais restrições. A primeira exigência da civilização, portanto, é a da justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo. Isso não acarreta nada quanto ao valor ético de tal lei. (FREUD, 1988b, p.101-102)

Diante da convivência em grupos e das imposições da realidade, Freud acredita que a vida é tida como muito árdua para o ser humano e traz sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis de serem realizadas. Seguindo o pensamento de Theodor Fontane (FREUD, 1988b, p.83) ele acredita que existem três formas para lidar com a vida, três medidas paliativas: a construção de derivativos poderosos para transformar a intempérie em algo suportável, as satisfações substitutas que diminuem o sofrimento e as substâncias tóxicas que tornam os homens insensíveis a realidade da vida.

A construção de derivados para transformar o mundo em algo suportável deve-se, entre muitas coisas, ao fato de desviar sua atenção e interesse para produções humanas que podem ocorrer via artística, literária ou mesmo durante a produção laboral, se esta for algo interessante e que gere prazer para aquele que a produz.

Já as outras medidas paliativas acabam comprometendo as políticas de saúde por desencadearem possíveis problemas na qualidade de vida dos homens. Como um grande exemplo das satisfações substitutas, tem-se a alimentação excessiva. Pessoas que comem em situações de estresse e angústia tentando substituir esses sentimentos e insatisfações através do alimento. Esse funcionamento psíquico pode acarretar problemas como obesidade, hipertensão, diabetes dentre outros.

E a terceira medida paliativa é a mais agressiva ao corpo, pois as substâncias tóxicas, desde álcool e drogas ilícitas, até medicamentos de uso controlado são formas de tentar diminuir essa angústia e dificuldades que a vida coloca através de uma espécie de analgesia. Só que essa "analgesia" aumenta a debilidade do corpo por serem invasivas e agressivas.

Construir formas alternativas de olhar e se conduzir diante do mundo facilita o processo de adequação à vida. As satisfações substitutivas trazem o prazer que não se pode obter, muitas vezes, com aquilo que se almeja e as substâncias tóxicas amenizam os sofrimentos físicos e mentais quando os demais recursos se tornam insuficientes para a mente.

As fontes desse sofrimento provêm também de três pontos, como Freud relata abaixo:

Já demos a resposta, pela indicação das três fontes de que nosso sofrimento provém: o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade. (FREUD, 1988b, p.93)

Segundo Freud, o homem busca o princípio do prazer e como a realidade se impõe e, muitas vezes, não oferece aquilo que se deseja, tem-se mais facilidade para a infelicidade do que para a felicidade. Ele acredita que o sofrimento vem de três direções:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. Tendemos a encará-lo como uma espécie de acréscimo gratuito, embora ele não possa ser menos fatidicamente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes. (FREUD, 1988b, p.85)

Lidar com a natureza é extremamente difícil e, para suportá-la e sobreviver, o homem precisa unir-se em grupos que lhe restringem a liberdade em prol de uma segurança contra as ameaças naturais. Uma das melhores descobertas para lidar com os desejos frente às adversidades da natureza é através da sublimação dos instintos, visto que é a função mais flexível do psiquismo humano. (FREUD, 1988b, p.87). A sublimação cria, descobre e permite inventar e mudar como se vê o meio.

Uma excelente sublimação é quando o homem volta-se para o trabalho ou atividade laboral, como enfatizado anteriormente na teoria de Theodor Fontaine. O ato de construir e criar dentro da sociedade através do trabalho reassegura sua inclusão social e o torna útil. Mas, embora sublimatório, o fato de ter a atividade laboral de forma obrigatória pode desvirtuar a satisfação e o prazer, assim como a impossibilidade de escolha dessa atividade. Veja o que Freud aponta:

Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. (...) A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade, e essa natural aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis. (FREUD, 1988b, p.87-88 – nota de rodapé)

Para Freud (FREUD, 1988b, p.89), a arte de viver consiste em se tornar independente do destino, buscando a satisfação em processos mentais internos. Ao invés de buscar a

satisfação no externo, procurá-la interiormente. Isso que dizer que o indivíduo deve utilizar a realidade a seu favor, mantendo relações afetivas com seus objetos, “minimizar” o desprazer encontrado e buscar no amor a força de suporte para a vida através do “amar e ser amado”.

Sobre o amor, Freud ainda acrescenta o seguinte:

Apesar de tudo, uma pequena minoria de pessoas acha-se capacitada, por sua constituição, a encontrar felicidade no caminho do amor. Fazem-se necessárias, porém, alterações mentais de grande alcance na função do amor antes que isso possa acontecer. Essas pessoas se tornam independentes da aquiescência de seu objeto, deslocando o que mais valorizam do ser amado para o amar; protegem-se contra a perda do objeto, voltando seu amor, não para objetos isolados, mas para todos os homens, e, do mesmo modo, evitam as incertezas e as decepções do amor genital, desviando-se de seus objetivos sexuais e transformando o instinto num impulso com uma finalidade inibida. Ocasionalmente, nelas mesmas, um estado de sentimento imparcialmente suspenso, constante e afetuoso, que tem pouca semelhança externa com as tempestuosas agitações do amor genital, do qual, não obstante, se deriva. (FREUD, 1988b, p.107)

Assim, o amar simplesmente possibilita o homem manter relações com vários objetos⁶ e na ausência de um, podê-lo substituir por outro, diminuindo as conseqüências de sua perda e do luto. Isso permite uma expansão nas relações sociais e na sublimação dos instintos. Além disso, Freud (1988b, p.100) chama a atenção que, na construção de um processo civilizatório que permita o homem conviver com seus similares, três pontos são considerados mesmo que não estejam instituídos. São a beleza, a limpeza e a ordem. Visto que “a civilização é construída sobre uma renúncia ao instinto” (FREUD, 1988b, p.104), a beleza, a limpeza e a ordem se colocam como pontes que satisfazem esse instinto renunciado, uma espécie de substituição dele.

Por isso, é interessante para a melhoria de qualidade de vida dos profissionais da saúde e dos usuários que exista um ambiente saudável, que nesse sentido seria limpo, bonito e organizado. A impressão de beleza, limpeza e organização traz a sensação de que a substituição da vida selvagem pela segurança da civilização é satisfatória, valendo à pena abrir mão de desejos e vontades em prol de uma maior qualidade de saúde.

Ora, se existem regras na civilização, essas regras servem para frear os impulsos e desejos do homem em fazer algo para si ao invés de para todos. Por exemplo, se um homem deseja comer um determinado alimento, um sanduíche, e não tem recursos para comprá-lo, ele simplesmente poderia pegá-lo, ou seja, roubá-lo de outra pessoa. É contra esse instinto de posse pela necessidade de se alimentar, nesse exemplo, que as regras proíbem-no de roubá-lo.

⁶ Objeto é o termo psicanalítico para tudo que não seja o ego (EU) e no qual o Ego se relaciona, podendo ser uma coisa, uma pessoa, um animal, qualquer coisa que o ego mantenha um vínculo.

Se ele não tivesse o impulso de roubá-lo não serviria como regra a sua proibição. Freud expõe o seguinte:

A civilização tem de utilizar esforços supremos a fim de estabelecer limites para os instintos agressivos do homem e manter suas manifestações sob controle por formações psíquicas reativas. Daí, portanto, o emprego de métodos destinados a incitar as pessoas a identificações e relacionamentos amorosos inibidos em sua finalidade, daí a restrição à vida sexual e daí, também, o mandamento ideal de amar ao próximo como a si mesmo, mandamento que é realmente justificado pelo fato de nada mais ir tão fortemente contra a natureza original do homem. (FREUD, 1988b, p.117)

Um exemplo comum que representa a dificuldade de manter-se em sociedade é quando um familiar dá entrada em um hospital e não existe a atenção mínima necessária para aplacar seu desespero e medo de perder quem se ama. Nessa ameaça à vida, o homem pode perder a noção de civilização e partir para a agressão verbal e física. É comum assistir-se em noticiários a pessoas dando depoimentos agressivos por dificuldade de atendimento em unidades de saúde.

Acontece que as condições que mantêm as regras sociais são interpretadas como ausentes e para que a pessoa suporte o aumento da angústia, devido à ameaça de morte projetada em um ente querido, deve existir um acolhimento por parte de quem atende para dar conta não só da doença física como de todas essas questões psíquicas aqui relacionadas e que, na verdade, estão e são uma coisa só. Corpo e mente devem sempre ser vistos como algo unido, interligado, onde não existe separação.

Mas, sobre isso, Freud acrescenta ainda:

Se a civilização impõe sacrifícios tão grandes, não apenas à sexualidade do homem, mas também à sua agressividade, podemos compreender melhor porque lhe é difícil ser feliz nessa civilização. Na realidade, o homem primitivo se achava em situação melhor, sem conhecer restrições de instinto. Em contrapartida, suas perspectivas de desfrutar dessa felicidade, por qualquer período de tempo, eram muito tênues. O homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança. (FREUD, 1988b, p.119)

Pode-se especular se esses sintomas de depressão, fobia e síndrome do pânico, tão constantes e presentes nos dias de hoje, não ocorrem por uma dificuldade em substituir, ou sublimar, as necessidades e impulsos instintivos e orgânicos de forma a se adaptar e viver melhor na sociedade atual.

Em contrapartida ao pensamento anterior, pode-se pensar também se esses transtornos mentais ocorrem justamente pela ausência de pessoas que possam transmitir esses ensinamentos emocionais aos seus descendentes, visto que o trabalho se tornou a atividade essencial à sobrevivência e o cuidado pessoal com os descendentes, secundário mediante a necessidade de se colocar comida à mesa e necessidades prioritárias à vida.

Freud, observando-se o texto a seguir, enfatizou que são a fome e o amor que movem o mundo, e parece que se está buscando extinguir a fome e se esquece que o amor é fundamental para a existência da civilização.

No que constituía, a princípio, minha completa perplexidade, tomei como ponto de partida uma expressão do poeta-filósofo Schiller: 'são a fome e o amor que movem o mundo'. A fome podia ser vista como representando os instintos que visam a preservar o indivíduo, ao passo que o amor se esforça na busca de objetos, e sua principal função, favorecida de todos os modos pela natureza, é a preservação da espécie. Assim, de início, os instintos do ego e os instintos objetais se confrontavam mutuamente. (FREUD, 1988b, p.121)

Somente o amor pode suportar um outro mecanismo psíquico descoberto por Freud em 1920: a pulsão de morte. Freud acredita que, do mesmo jeito que existe uma força que impulsiona para a vida (a pulsão de vida), existe uma força que procura manter o estado de vida em uma situação de tensão zero. Essa ausência de tensão só existe quando o indivíduo morre. É uma pulsão voltada para diminuir os desprazeres e as dificuldades de se viver. Essa pulsão de morte existe desde o primeiro instante em que se nasce e convive com a nossa pulsão de vida por toda a vida. Quando a pulsão de morte se alia à agressividade pela vida, tem-se o instinto destrutivo e todas as suas conseqüências.

Meu passo seguinte foi dado em *Mais Além do Princípio do Prazer* (1920g), quando, pela primeira vez, a compulsão para repetir e o caráter conservador da vida instintiva atraíram minha atenção. Partindo de especulações sobre o começo da vida e de paralelos biológicos, concluí que, ao lado do instinto para preservar a substância viva e para reuni-la em unidades cada vez maiores, deveria haver outro instinto, contrário àquele, buscando dissolver essas unidades e conduzi-las de volta a seu estado primevo e inorgânico. Isso equivalia a dizer que, assim como Eros, existia também um instinto de morte. (FREUD, 1988b, p.122)

O instinto destrutivo pode levar o indivíduo à autodestruição ou a destruição do outro. Somente controlado ele pode ser benéfico. Freud expõe que “o instinto de destruição, moderado e domado, e, por assim dizer, inibido em sua finalidade, deve, quando dirigido para objetos, proporcionar ao ego a satisfação de suas necessidades vitais e o controle sobre a natureza”. (FREUD, 1988b, p.125)

A pulsão de morte se faz presente na saúde todo o tempo. Sempre se está lidando com alguma possibilidade de perda ou de morte mesmo que essa morte seja uma pressuposição mental. O que muitas vezes ocorre é que o profissional da saúde estabelece uma barreira para não ter que entrar em contato e lidar todo o tempo com ela, ao invés de utilizá-la a seu favor através de atitudes sublimatórias.

A pulsão de morte também é benéfica à vida quando bem utilizada. A agressividade sublimada impulsiona o ser humano na produção de construção de si e de sua sociedade.

A agressividade introjetada, internalizada, ou seja, voltada para a sua origem (o Ego) vai funcionar para impulsionar uma instância que se chama de superego e passa a ser responsável pelas atividades do Ego (Eu). Assim, o desejo que se tem com os outros, volta-se contra o homem através de um sentimento conhecido por todos: o sentimento de culpa. A culpa serve para proteger o ego de possíveis agressões que ele venha a sofrer mediante atitudes agressivas praticadas como algo. Temerário que aconteça o que se faz com o outro, a consciência de culpa alerta para possíveis ameaças à vida. Observe a explicação de Freud:

Sua agressividade é introjetada, internalizada; ela é, na realidade, enviada de volta para o lugar de onde proveio, isto é, dirigida no sentido de seu próprio ego. Aí, é assumida por uma parte do ego, que se coloca contra o resto do ego, como superego, e que então, sob a forma de 'consciência', está pronta para pôr em ação contra o ego a mesma agressividade rude que o ego teria gostado de satisfazer sobre outros indivíduos, a ele estranhos. A tensão entre o severo superego e o ego, que a ele se acha sujeito, é por nós chamada de sentimento de culpa; expressa-se como uma necessidade de punição. A civilização, portanto, consegue dominar o perigoso desejo de agressão do indivíduo, enfraquecendo-o, desarmando-o e estabelecendo no seu interior um agente para cuidar dele, como uma guarnição numa cidade conquistada. (FREUD, 1988b, p.127)

Esse sentimento de culpa pode ser dividido em dois: um interno (o superego) e o outro externo (o medo da autoridade). Através das construções das relações com os outros, o indivíduo vai construindo uma imagem de uma pessoa que deve ser respeitada para que a ordem permaneça. Portanto, uma parte dessa pulsão é projetada em pessoas que possuam algum tipo de autoridade como se elas fossem um espelho do seu superego. Tem-se assim uma cobrança por segurança através da renúncia aos instintos internos e externos. Freud esclarece:

Conhecemos, assim, duas origens do sentimento de culpa: uma que surge do medo de uma autoridade, e outra, posterior, que surge do medo do superego. A primeira insiste numa renúncia às satisfações instintivas; a segunda, ao mesmo tempo em que faz isso exige punição, de uma vez que a continuação dos desejos proibidos não pode ser escondida do superego. Aprendemos também o modo como a severidade do superego — as exigências da consciência — deve ser entendida. Trata-se simplesmente de uma continuação da severidade da autoridade externa, à qual sucedeu e que, em parte, substituiu. Percebemos agora em que relação a renúncia ao instinto se acha com o sentimento de culpa. Originalmente, renúncia ao instinto constituía o resultado do medo de uma autoridade externa: renunciava-se à própria satisfação para não se perder o amor da autoridade. Se se efetuava essa renúncia, ficava-se, por assim dizer, quite com a autoridade e nenhum sentimento de culpa permaneceria. Quanto ao medo do superego, porém, o

caso é diferente. Aqui, a renúncia instintiva não basta, pois o desejo persiste e não pode ser escondido do superego. (FREUD, 1988b, p.130-131)

Ele ainda enfatiza que “se isso é correto, podemos verdadeiramente afirmar que, de início, a consciência surge através da repressão de um impulso agressivo, sendo subsequente reforçada por novas repressões do mesmo tipo”. (FREUD, 1988b. [1930], p.133)

Um outro ponto observado nos serviços de saúde é que, muitas vezes, o profissional sente-se culpado por não ter obtido o êxito esperado diante de um paciente doente. Como ele acredita que poderia ter sido com ele, alguém deveria tê-lo salvado e a culpa se torna outro sentimento que perpassa os profissionais que trabalham com a saúde e sua negativa também, ou seja, acreditar que ele não tem culpa nenhuma. Para não sofrer com a culpa, o profissional pode simplesmente negar esse sentimento o que o ajuda a se tornar insensível.

Essa culpa, quando corretamente elaborada, permite que o profissional busque melhorar o seu trabalho, sem com isso se agredir, buscando a união e a parceria com outras pessoas.

Freud continua seu pensamento, enfatizando que a sociedade permanece unida através da culpa:

Visto que a civilização obedece a um impulso erótico interno que leva os seres humanos a se unirem num grupo estreitamente ligado, ela só pode alcançar seu objetivo através de um crescente fortalecimento do sentimento de culpa. O que começou em relação ao pai é completado em relação ao grupo. Se a civilização constitui o caminho necessário de desenvolvimento, da família à humanidade como um todo, então, em resultado do conflito inato surgido da ambivalência, da eterna luta entre as tendências de amor e de morte, acha-se a ele inextricavelmente ligado um aumento do sentimento de culpa, que talvez atinja alturas que o indivíduo considere difíceis de tolerar. (FREUD, 1988b, p.135-136)

Entretanto, Freud afirma que esse sentimento de culpa não é percebido como mal, mas sim como um mal estar ou insatisfação, pois o resto permanece inconsciente (FREUD, 1988b, p.138). E diante do sentimento de culpa, pode-se pontuar que o desenvolvimento do indivíduo é produto da premência no sentido da felicidade, que se chama de egoísta, e a premência no sentido da união com a comunidade, denominado altruísta. (FREUD, 1988b, p.142-143)

Como lidar com pessoas olhando desse ponto de vista? Deve-se buscar a ética de forma que as pessoas possam conviver umas com as outras, suportando e sublimando seus desejos e instintos egoístas e respeitando o outro através da prática do altruísmo.

Não existe um ser que possua somente uma das premências. Todos os homens possuem os dois aspectos. Ora se busca vantagens, ora se tenta proporcionar uma melhor qualidade de vida e prazer para todos. É a ética que deve pleitear as premências altruístas de forma a permitir a convivência.

A ética deve, portanto, ser considerada como uma tentativa terapêutica — como um esforço por alcançar, através de uma ordem do superego, algo até agora não conseguido por meio de quaisquer outras atividades culturais. (FREUD, 1988b, p. 145)

Assim, no serviço público, a ética vem para manter o equilíbrio entre o altruísmo e o egoísmo de forma que todos possam obter qualidade de vida e respeito. É a ética humana e a ética profissional que devem permear todo o serviço público, ou melhor, toda a atividade social para que a sociedade possa continuar a existir de forma a proporcionar a qualidade e bem-estar de todos.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para checar os objetivos supracitados foi a reflexão sistemática acerca da realidade, que exigiu a aplicação científica dos métodos de abordagem e conhecimento desta, constituindo-se, assim, uma pesquisa baseada na realidade empírica, ou seja, uma realidade que vai além de deduções e possibilidades, obtida por meio da experiência vivenciada pelo pesquisador, ao relacionar-se com o objeto de sua pesquisa, neste caso os responsáveis e os funcionários dos serviços oferecidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

Para atender às questões relativas ao problema levantado, a saber, “Como a falta de comunicação entre os profissionais do PSF e destes com a Secretaria de Saúde tem afetado o melhor desempenho dos trabalhos destes em relação aos seus usuários?”, as pesquisadoras apropriaram-se da observação sistemática⁷, de forma a embasar a pesquisa do tipo quantitativa e qualitativa⁸, quanto ao tratamento dos dados.

Caracterizou-se, ainda, esta pesquisa, como sendo exploratório-descritiva e explicativa, quanto aos fins, e de campo, quanto aos meios. Exploratório-descritiva, porque estudou um caso específico que, apesar de ter sido explorado antes, trouxe um novo enfoque, ligado aos estudos psicanalíticos, que levantaram fatores que caracterizaram os desvios encontrados. Foi explicativa, à medida que se pretendeu analisar os resultados obtidos.

As sugestões elaboradas têm o intuito de despertar a reflexão dos trabalhadores da saúde, acerca da importância da eficácia da comunicação na realização dos serviços prestados.

Tratou-se de um estudo de caso que utilizou a Teoria Psicanalítica, aplicada às organizações e ao setor público, fazendo um levantamento de cultura organizacional e observando as formas de comunicação e relações interpessoais; fundamentando a elaboração das sugestões de melhoria da qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família, produzindo-se especificidades.

O universo da pesquisa foi constituído pelas equipes do PSF em Aracaju. O tipo de amostragem da pesquisa foi não probabilística intencional sendo a amostra representada por uma das coordenações do Programa Saúde da Família do município de Aracaju indicada por afinidade. Visto que as unidades de saúde da família estão divididas em oito

⁷ - “...é a que se realiza em condições controladas para se responder a propósitos, que foram anteriormente definidos. Requer planejamento e necessita de operações específicas para o seu desenvolvimentos”. (RUDIO, 1978, p. 36).

⁸ - “... responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. (MINAYO, 1994, p. 21-22).

coordenadorias, a Secretaria Municipal de Saúde indicou uma coordenadoria para o exercício da pesquisa devido à facilidade de acesso aos profissionais. As coordenadorias possuem entre cinco e sete gerentes. Visto que uma amostra de vinte por cento é válida, optou-se por entrevistar uma gerente-coordenadora de uma unidade de PSF.

A maior parte dos dados foi coletada a partir da utilização da entrevista semi-estruturada⁹, ou seja, um questionário foi elaborado com perguntas abertas e fechadas, de forma a conhecer as questões que envolvem a comunicação e as relações interpessoais no desenvolvimento dos serviços prestados e quais perspectivas de mudanças dos funcionários são necessárias para dinamizar o atendimento, sob a ótica da coordenadora do Programa. Foi utilizada também a observação direta no local de trabalho e na Secretaria Municipal de Saúde.

⁹ “... as entrevistas podem ser estruturadas e não-estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas. Assim, torna-se possível trabalhar com entrevista aberta ou não estruturada, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como as estruturadas que pressupõem perguntas previamente formuladas. Há formas, no entanto, que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semi-estruturadas”. (MINAYO, 1994, p. 58).

5 ANÁLISE DOS DADOS

A comunicação é ferramenta fundamental no desenvolvimento da espécie humana. É fator básico no desenvolvimento do indivíduo - da infância à velhice -, e fundamental na constituição da sociedade. Trazer o olhar psicanalítico para estudar fatores que abrangem comunicação em unidades do Programa de saúde da família é expandir o universo do pensamento sobre as possibilidades de comunicação existentes e sobre o papel das emoções nesse percurso, como fator de empecilho ou de facilitação, de acordo com as circunstâncias. Torna-se, portanto, essencial para o melhor desenvolvimento do atendimento populacional em qualquer esfera da sociedade. Freud já afirmava:

O Estado é promotor da igualdade e do acesso aos serviços básicos. O Estado veio para promover primeiramente a segurança do homem. Cabe ao Estado regular as ações humanas de forma a não permitir ao homem situações que ameacem a sua vida e a da sua prole. O Estado, através da prestação de serviços, reforça a civilização controlando as forças da natureza, extraindo a riqueza desta, buscando a satisfação humana e regulando as relações entre os homens na distribuição dessa riqueza. (FREUD, 1988a. [1927], p.15)

É fato que o serviço público não consegue atingir o seu objetivo quando preza por promover a assistência básica a todos os setores e cidadãos da sociedade. Entretanto, o seu trabalho tem que ser adequado e, pelo menos, efetivo e, para isso, o atendimento deve ser de qualidade, pressupondo com isso que os trabalhadores da saúde possam trabalhar com o equilíbrio necessário, no grupo, de forma que gere frutos.

A criação e implantação do PSF trazem uma nova etapa no atendimento à saúde do município. Seu ideal é dar acesso à maior parcela dos cidadãos, através de uma equipe integrada que sabe das suas reais necessidades e faz um acompanhamento longilíneo. Retoma a idéia de médico da família, observado na idade renascentista: aquele que acompanha desde o avô ao bisneto, sabendo das principais doenças que afligem a família e, assim, trabalhando com uma medicina baseada em evidências, promove o tratamento mais adequado e desenvolve procedimentos de profilaxia.

A idéia é boa, mas a realidade apresenta condições muito aquém daquelas que o Estado pode ter de prover à população, quer seja por ausência de recursos, quer seja pela má administração e corrupção dos agentes públicos, incluindo todos os níveis de governo e todos os servidores. Têm-se unidades de saúde precárias com mais pessoas para serem atendidas do que a unidade, na maioria das vezes, é capaz de assistir.

Vale uma ressalva para expor que essa ausência de recursos é responsabilidade, em última instância, do cidadão, na hora que escolhe seu governante, também é consequência

do comprometimento dos servidores que não entendem a responsabilidade que possuem em suas mãos quando assumem um cargo público, seja por concurso, comissionado ou terceirizado. Quando uma pessoa assume um cargo público, já está sabendo qual é a sua atividade e quanto deve receber em média devido à legislação que regula a administração de pessoal do Estado. Assim, alegar o mau pagamento não é uma justificativa aceita como desculpa para não se trabalhar eficazmente.

A insatisfação do servidor no trabalho possui outras causas e é um dos objetivos deste trabalho compreender essas outras causas, à medida que interfere nos processos de comunicação e nas relações inter e intra pessoais.

Como enfatiza Codo (2007), uma dessas causas é a desmotivação gerada por um sistema perverso-narcisista que procura desvalorizar o trabalho do agente público “da bancada” como forma de supervalorizar aquele que ocupa, temporariamente, o posto de gestor de um serviço.

Observando-se psicanaliticamente, supõe-se que a instabilidade do sistema político interfira na avaliação das competências dos gestores de cargos de confiança comissionados, e estes, por sua vez, não permitem que nenhum outro receba os méritos e glórias pelas atividades desenvolvidas, visto que, se o gestor não se destaca como político e técnico, ou na mudança do cenário político, ele perde tudo o que acredita que conseguiu pelos méritos políticos – através de suas articulações também políticas.

Existe a tendência a apossar-se daquilo que se recebe, e com isso, o gestor que está temporariamente no cargo - a exemplo de um diretor -, toma aquele cargo como seu de direito e assume o órgão num modelo patrimonialista de gestão pública. Se o cargo é seu, ninguém pode tirar. Mas a realidade não é essa. Esse constante conflito e ameaça de perda, ronda os gestores e estes se unem ao medo de desamparo, explicado por Freud e descrito anteriormente.

Com gestores perversos-narcisistas no comando da nação, o que resta para os demais servidores e para a população? Ainda estão em desenvolvimento políticos que possuam um ego trabalhado, capaz de suportar toda a pressão psíquica externa e interna e possa abrir mão, temporariamente, de seus interesses narcisistas num movimento altruísta.

A comunicação começa falha a partir dos gestores: “Eu digo uma coisa, mas na verdade faço outra”. Os servidores percebem esse comportamento, mas precisam não identificá-lo para continuar executando e recebendo seu vencimento. Hipotetiza-se, assim, que a insatisfação de melhores salários aparece como exigência para permanecerem calados e suportando esse movimento vertical - perverso-narcisista -, que vem “de cima”.

A comunicação começa a falhar nesse ponto. Se os servidores passam a fechar os olhos, como forma de não serem perseguidos ou desqualificados de suas funções, algo importante para a expressão humana e o desenvolvimento de um clima saudável de trabalho começa a deixar de existir.

Voltando a Codo (2007), o servidor precisa romper a comunicação formal ou informal para poder se comunicar. Esse esforço gera uma insatisfação no trabalhador que vai ser percebida pela população, que é quem recebe os frutos do serviço.

A tentativa de criar células de trabalho é interessante porque do trabalho de integração do grupo existe uma possibilidade de sustentação desse grupo, mediante a empatia dos colegas de trabalho com o mesmo problema. Entretanto, quando as diferentes profissões não possuem papéis definidos e as funções passam a ser jogadas de um profissional para outro, as estruturas do grupo, já frágeis, se rompem numa guerra infrutífera e, muitas vezes, inconsciente de papéis e poderes.

A ausência constante de um profissional que tenha a função de cuidar dos outros agrava o problema. O governo possui projetos, chamados “cuidar do cuidador”, entretanto o profissional que se propõe a cuidar de seus colegas de trabalho encontra-se distante e centralizado na sede da secretaria. O cuidado de qualquer ser humano deve incluir as cinco habilidades de Mezzomo (2003): preparar o ambiente, acolher, assumir posturas físicas, observar e escutar.

Esse profissional, não estando em contato contínuo com os demais, não pode obter um conhecimento maior da realidade e da cultura da unidade de saúde, e assim, talvez levante falsas hipóteses que vão gerar intervenções inexpressivas.

A comunicação que falta para as equipes é a integração do grupo, respaldada por uma instituição maior, com definições claras de funções, institucionalizada por leis ou sistemas de gestão da qualidade, garantindo o suporte para as demandas dos gestores e da população.

Tal argumento não é um incentivo à manutenção do sistema político de governo, mas uma saída de suporte para o lado mais frágil da corrente e, geralmente, o responsável pelo insucesso do trabalho.

Também não é de acordo dizer que os salários (vencimentos) pagos pelo Estado são suficientes, mas busca-se mostrar o que está além disso. Não é só o vencimento que compõe o sucesso e o insucesso de um grupo ou equipe de trabalho. É fato que os vencimentos atuais não permitem uma dedicação exclusiva por parte de nenhum profissional

e isso interfere na qualidade do atendimento. Mas a ausência de uma assistência humanizada aos trabalhadores da saúde interfere muito mais do que, especificamente, o salário.

Não há como discutir comunicação sem falar de questões inter e intrapessoais. As duas coisas estão interligadas. Quem não está satisfeito para trabalhar, não pode se relacionar bem com ninguém que está a sua volta e isso vai interferir em todas as formas de comunicação.

Do ponto de vista psicanalítico, a comunicação está presente através das emoções e elas são transmitidas em todo e qualquer contato. A comunicação, no presente trabalho, tem que ser vista na concepção mais ampliada da coisa.

Questionada, a coordenadora entrevistada do PSF informou que existe comunicação entre todos na sua unidade de saúde. E ela tem razão. Ela faz reuniões periódicas com todos os integrantes da unidade e busca resolver os problemas que surgem. Entretanto, ela não percebe a comunicação não dita, que é expressa, mas não por palavras. A insatisfação de determinados profissionais ocorre por seu não reconhecimento pela secretaria ou por lotação de forma não consultada ao profissional e a dificuldade de se trabalhar com uma parcela da população que necessita de mais atenção.

Ela continua afirmando que as principais queixas estão mais relacionadas ao usuário não ter um acesso freqüente aos exames e de não possuir uma relação melhor, direta, com o médico, devido à alta demanda destes e, conseqüentemente, ausências constantes às reuniões.

A principal dificuldade de trabalho apontada pela entrevistada é a grande demanda pelos serviços da unidade de saúde, o que deixa o tempo escasso para organizar eventos, programas relacionados à saúde do usuário e de toda a sua família. Outros problemas são a falta de conscientização dos profissionais de nível médio sobre a função e objetivo do PSF e a forma como esses profissionais atendem os usuários.

A questão do poder presente na administração do Estado, frente aos seus trabalhadores, também entra em outras questões. Reportam-se a tabus, ou seja, coisas que não podem ser ditas ou lembradas. Quando a comunicação deixa de existir, em seu lugar surgem tabus e todo um sistema penal punitivo, conforme Freud (CD-ROM, 1988a., 1988b., 1996a., 1996b.) abordou em seus textos. A submissão a um cargo, que é substituído constantemente, embora democrático, exige uma capacidade de adaptação muito maior do que a maioria das pessoas tem condições de suportar. Quando a capacidade de aguentar a realidade é ultrapassada, recorre-se a funcionamentos mais primitivos e todas as características que eles possuem. Assim, os trabalhadores da saúde podem criar resistências frente às mudanças e os

tabus tendem a crescer em importância no seu cotidiano. As resistências são agravadas pelo rompimento dos vínculos com o gestor que sai e a necessidade de se criar outros com o que chega.

Ainda analisando psicanaliticamente, em um grupo está em jogo aquilo que cada um pensa de si e do outro. São as identificações, ou seja, a capacidade que cada membro do grupo tem de se encontrar no outro. Quando as pessoas estão satisfeitas e integradas, podem encontrar essas mesmas qualidades nos demais, mas quando não há motivação, a tendência é projetar coisas ruins e olhar os outros como pessoas que não possuem grandes atributos a lhes acrescentar.

Quando uma pessoa cria a sua forma de ver o grupo, a depender de sua influência diante dele, segundo Le Bon (apud Freud 1996a.), ela pode contagiar e/ou ser sugestivo aos demais e criar um clima de desarmonia como reflexo de sua situação. Isso é comunicação direta e inconsciente, podendo também ser feita de forma conscienciosa. O contrário também é verdadeiro: quando alguém está motivado, pode motivar os demais.

Entretanto, para que esse grupo possa se tornar um grupo produtivo, ele precisa de um tempo de interação contínuo ou posições fixas dos membros, conforme afirma McDougall (apud Freud, 1996a.). A rotatividade de pessoal deve existir de forma organizada e estudada, para que pessoas criem afinidade e possam se habituar a trabalhar em grupo.

Uma última questão é que os profissionais que integram a rede de saúde do Estado devem ter uma capacidade a frustração razoável para suportar as imposições da realidade, incluindo nisso as condições de trabalho. Devem ser todo o tempo incentivados a rever seus conceitos para que seja possível um real surgimento de equipes de saúde da família.

O princípio do prazer deve estar em certa harmonia com o princípio da realidade. Imaginar algo que é impossível de ser concretizado somente acarretará maiores sofrimentos, frustrações e desajustes. A sublimação deve ser recurso constante desses profissionais para suporte dessas adversidades.

A qualidade da saúde é responsabilidade de todos: do Estado, dos profissionais da saúde, dos gestores e dos cidadãos. Se cada qual puder fazer o seu, dentro da medida das possibilidades de todos, aos poucos será possível construir um futuro melhor, mais saudável. Se cada um assume a responsabilidade que lhe cabe, a comunicação flui de todas as formas e as relações melhoram. Isso é dever de todos.

A ênfase do presente trabalho deteve-se ao olhar das equipes pelo enfoque e responsabilidade que lhes é atribuído. O servidor foi enfatizado devido justamente o seu oposto na sociedade: a falta de valorização dele. Portanto, cabe ao estudo e a Psicanálise

observar do seu jeito, do seu modo, e dar a oportunidade de repensar e reconstruir as relações de trabalho de forma mais satisfatória para todos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciou-se este estudo fazendo uma análise geral sobre o serviço público e a concepção que profissionais e usuários devem conceber, tendo por ditame o serviço prestado e o bem a ser preservado, a saber – neste trabalho –, a saúde pública em detrimento das relações entre equipes e usuários, utilizando-se da comunicação como meio de alcance de resultados positivos.

Entende-se que o primeiro passo a ser dado nas unidades de saúde pública é a superação do estereótipo do servidor, construído ao longo dos anos por meio de uma relação desgastada entre este e o usuário; e pelo que foi percebido por meio da observação e da leitura crítica, esta mudança ocorrerá à medida que a interferência política negativa for minimizada no cotidiano da prática profissional, permitindo a este maior autonomia e autoconhecimento, inclusive o melhor aproveitamento dos treinamentos que devem primar pela qualidade e adequação à demanda local.

Um segundo passo seria a comunicação entre as três esferas governamentais, de maneira que a cada uma sejam atribuídas responsabilidades proporcionais. O que ocorre é que, por vezes, um município, por sua localização geográfica favorável e por seu melhor desempenho em suas atribuições, acaba atendendo a população não adscrita àquela unidade, gerando sobrecarga. Assim, uma melhor comunicação, no sentido de compreensão da real necessidade dos indivíduos só trará benefícios a todos.

Finalmente, o grande passo objeto desta análise é a comunicação como meio de construção de qualquer relação, isto é, entre equipes e entre estas e usuário. Observou-se que a comunicação deve ser a forma de construção de um ambiente de trabalho harmônico como resultado de uma leitura da realidade da saúde pública, em detrimento das necessidades a serem atendidas, devendo ser utilizada como fator fundamental ao desenvolvimento humano, seja qual for o papel por ele desempenhado, profissional ou usuário.

Manter a possibilidade de se ter um histórico preservado e uma continuidade é importante, tanto para quem trabalha na saúde, como para quem recebe seus serviços. Isto é possível se os sucessivos governos puderem respeitar e ampliar o trabalho iniciado por seus antecessores, não destruindo os projetos anteriores por arrogância e narcisismo dos seus políticos. Ou seja, identificar-se com os seus semelhantes ao invés de acreditar que seus opositores estão presentes somente para destruí-los. Construir, agregar, ao contrário de fragmentar e cindir.

Quem assume o governo deve ter a capacidade de suportar as divergências. Ter uma alta habilidade para administrar frustrações, pois política é isso: lidar com as divergências e poder fazer o bem comum e, através da empatia, da identificação, atender a todos na medida das suas desigualdades e possibilidades reais.

Assim, observa-se a alta sobrecarga de trabalho, capacitação e treinamento insuficientes e a falta de valorização do servidor público, devido à ingestão das políticas públicas que comprometem a comunicação entre os profissionais de uma mesma equipe e entre as equipes.

Sobre os quatro grupos que promovem as relações interpessoais, como sintonizar, responder, responsabilizar e orientar, verifica-se que são subestimadas ou não priorizadas no serviço de PSF. Sem as relações entre os integrantes não há a possibilidade de se desenvolver formas de melhorar a comunicação.

Será necessária mais dedicação dos gestores para incentivar a sintonia entre todos os membros do sistema, para que eles possam responder as dúvidas da população, se responsabilizar por suas atitudes e tarefas e orientar os que os cercam.

Uma sugestão de trabalho é aumentar o número de equipes *per capita* e incluir nas horas de trabalho um momento de integração através de reuniões, construção de projetos com a participação de todos, momentos de confraternização e de valorização por desempenho e satisfação dos usuários.

Valorizando o trabalhador, potencializa-se o atendimento, a comunicação e, em última instância, o cuidado com a população.

REFERÊNCIAS

- BERGUE, Sandro Trescastro. **Gestão de pessoas em organizações públicas: uma abordagem orientada para a Administração Pública Municipal**. Caxias do Sul, RS: Educus, 2005. (cap. 1 e 2)
- BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2002. (cap.2).
- CARNEIRO, Mauro Brandão & GOUVEIA, Valdiney Veloso. (Orgs.) **O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.
- CODO, Wanderley. A arte de não fazer: O funcionário público faz o que precisa ser feito? In: CODO, Wanderley & JACQUES, Maria da Graça. **Saúde Mental & Trabalho: Leituras**. 3ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p.296-308.
- ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; SENNA, M. de C. M. **O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Ver. Panam. Salud Publica / Pan Am J. Public Health 21(2), 2007:164-176.
- FREUD, S. Totem e Tabu [1913]. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. Vol.13. p.13-168
- FREUD, S. Totem e Tabu [1913]. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. CD-ROM
- FREUD, S. Psicologia de Grupo e Análise do Ego [1921]. In: -----, **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v.18.
- FREUD, S. O Futuro de uma Ilusão [1927]. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987, 1ª, reimpressão, 1988a. Vol.21. p.11-63.
- FREUD, S. O Mal-estar na Civilização [1930]. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987, 1ª, reimpressão, 1988b. Vol.21. p.65-148.
- LALUCCI, Eliana M.S. **Humanizar organizações: Interfaces Comunicação e Psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2005. 136 p.
- MACINKO, J., MONTENEGRO H, NEBOT Adell C., ETIENNE C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas**. Revista Panamericana Salud Publica. 2007; 21(2/3):73-84.

MARTINS, Maria Cezira Fantini. **Humanização das relações assistenciais: a formação profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 147 p.

MEZZOMO, Augusto Antônio et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma versão multiprofissional.** Santos, SP: Universidade Católica de Santos, 2003. 396p.

MINAYO, M Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1994.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, Stephen Paul. **Comportamento organizacional.** Trad. Reynaldo Marcondes. 9.ed. São Paulo. Prentice Hall., 2002. (comunicação - cap.10)

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1978.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde todo dia: uma construção coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006. 239 p. (Saúde em debate; 170)

SILVA, Eleci Teresinha Dias da. **Comunicação organizacional: algumas características que embasam a revivescência simbólica da Torre de Babel nas empresas capitalistas de orientação mercantil: uma análise psicossocial da comunicação.** Tese apresentada ao curso de pós-graduação em Comunicação da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do grau de doutor em Comunicação sob orientação do Prof. Dr. Sócrates Nolasco. Rio de Janeiro, 2003. (Em CD-Rom)

TRINDADE, Zeidi Araújo & ANDRADE, Ângela Nobre (orgs). **Psicologia e Saúde: um campo em construção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 215 p.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

1. Para você, o que é o PSF
2. Como ele é constituído?
3. Quantas equipes estão sob sua coordenação? Quantos componentes e qual a formação de base de cada um?
4. Quem coordena, quem é o responsável instituído pelas equipes e quem as lidera?
5. Quando e com que frequência ocorrem as reuniões das equipes? Você participa de todas?
6. Quais as principais queixas de cada equipe da família?
7. Como são as relações entre os profissionais da mesma equipe?
8. Como são as relações entre os profissionais de equipes diferentes?
9. Existem reuniões com todas as equipes? Como se dão essas reuniões? Com que frequência? E qual o clima dessas reuniões?
- Existe algum problema de comunicação entre as equipes?
- E entre as equipes e a coordenação?
10. Quais e quantos são os profissionais de apoio das equipes? E o que é que eles fazem?
11. Existe algum problema de comunicação entre os profissionais de apoio, entre eles e as equipes e com a coordenação?
12. Quais as principais dificuldades que você sente no trabalho com o PSF?
13. Há quanto tempo você trabalha no PSF? E o que você acha de seu trabalho?
14. E há quanto tempo existem as equipes?
- Existe uma rotatividade alta dos integrantes das equipes?
15. Quantos coordenadores passaram pela região nos últimos dois anos? E por que?
16. Qual a principal queixa dos usuários? E o que é que eles elogiam?
17. E nas equipes? Quais as principais queixas?
18. Como se dá a capacitação no PSF? Com que frequência?
19. Todos os profissionais são capacitados?
20. Quantas famílias cada equipe tem em média?
21. Tem alguma coisa que você gostaria de dizer que a gente não perguntou, acerca da comunicação ou das relações interpessoais ou ainda de qualquer outro assunto?
22. Como é a recepção por parte da área administrativa maior do PSF quando solicitadas tais capacitações?

ANEXOS

As tabelas aqui apresentadas foram retiradas de: CARNEIRO, Mauro Brandão & GOUVEIA, Valdíney Veloso. (Orgs.) **O médico e seu trabalho**: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

Tabela 5.1. Descrição da orientação e participação sociopolítica dos médicos.

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F	%
Implantação do PSF na região	Sim	11477	84,2
	Não	2151	15,8
Favorabilidade ao sistema de Convênios	Nada favorável	1829	13,4
	Pouco favorável	3612	26,5
	Mais ou menos favorável	5390	39,6
	Bastante favorável	2335	17,1
	Totalmente favorável	466	3,4
Leitura de jornais impressos por entidades da categoria	Sim	12894	94,1
	Não	803	5,9
Conhecimento do Código de Ética Médica em vigor	Sim	12468	91,1
	Não	1222	8,9

Notas: F = Frequência; % = Percentual em função das respostas válidas.

Tabela 5.4. Opinião dos médicos sobre as mudanças decorrentes da implantação do SUS na sua região.

FATORES DE MUDANÇA	DIREÇÃO DA MUDANÇA		
	Diminuiu/ piorou	Não se alterou	Aumentou/ melhorou
Cobertura da assistência	2328 (20,4)	3301 (28,9)	5781 (50,7)
Emprego médico	1851 (16,3)	4417 (38,9)	5093 (44,8)
Qualidade dos serviços	5598 (47,4)	3767 (31,9)	2452 (20,7)
Organização dos serviços	4676 (40,7)	3655 (31,8)	3164 (27,5)

Tabela 5.5. Opinião dos médicos sobre as mudanças decorrentes da implantação do PSF

na sua região.

FATORES DE MUDANÇA	DIREÇÃO DA MUDANÇA		
	Diminuiu/ piorou	Não se alterou	Aumentou/ melhorou
Cobertura da assistência	328 (3,8)	2256 (26,2)	6021 (70,0)
Emprego médico	343 (3,8)	1934 (21,6)	6696 (74,6)
Qualidade dos serviços	1521 (18,2)	3734 (44,6)	3107 (37,2)
Organização dos serviços	1383 (17,0)	3588 (44,1)	3170 (38,9)
Rendimentos médicos	1427 (17,3)	3482 (42,1)	3356 (40,6)
Condições de trabalho	2093 (26,3)	4303 (54,2)	1551 (19,5)

Notas: Nas caselas são mostradas as frequências e, entre parênteses, as respectivas porcentagens. Estas foram computadas em função do total de participantes que efetivamente responderam.

Tabela 5.6. Opinião dos médicos sobre a prioridade de implementação de fatores que assegurariam a eficácia do PSF.

FATORES	PRIORIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO				
	Nada prioritário	Pouco prioritário	Mais ou menos prioritário	Muito prioritário	Totalmente prioritário
Vínculo Trabalhista	441 (3,9)	313 (2,8)	1559 (13,7)	1869 (16,5)	7159 (63,1)
Estabilidade no emprego	649 (5,7)	408 (3,6)	1615 (14,3)	1967 (17,3)	6704 (59,1)
Plano de carreira	356 (3,1)	253 (2,2)	1193 (10,6)	2060 (18,2)	7478 (65,9)
Crítérios de seleção para acesso	273 (2,4)	235 (2,1)	1486 (13,1)	2066 (18,2)	7271 (64,2)
Infra-estrutura	141 (1,2)	136 (1,2)	712 (6,3)	1601 (14,2)	8723 (77,1)
Remuneração	117 (1,0)	99 (0,9)	616 (5,4)	1689 (14,9)	8795 (77,7)
Condições de trabalho	129	109	551	1265	9243

FATORES	PRIORIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO				
	Nada prioritário	Pouco prioritário	Mais ou menos prioritário	Muito prioritário	Totalmente prioritário
	(1,1)	(1,0)	(4,9)	(11,2)	(81,8)
Hierarquia na equipe	377 (3,3)	438 (3,9)	2453 (21,8)	2703 (23,9)	5318 (47,1)

Notas: Nas caselas são mostradas as frequências e, entre parênteses, as respectivas porcentagens. Estas foram computadas em função do total de participantes que efetivamente responderam.