

TERESA CRISTINA SANTOS SILVA

**A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE NO
COTIDIANO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2006**

TERESA CRISTINA SANTOS SILVA

**A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE NO
COTIDIANO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Teresa Cristina Santos
S586c A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma
equipe de saúde da família/Teresa Cristina Santos Silva. Belo
Horizonte, 2006
149f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas
Gerais. Escola de Enfermagem
Área de concentração: Enfermagem
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna
1.Programa Saúde da Família 2.Prática profissional/tendências
3.Equipe de assistência ao paciente/tendências 4.Prestação de
cuidados de saúde/tendências 5.Reforma do setor saúde 6.SUS(BR)
7.Pesquisa qualitativa 8.Sociologia I.Título

NLM: WA 308
CDU: 614.2 : 362.17

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Dissertação intitulada **A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, de autoria de **TERESA CRISTINA SANTOS SILVA**, analisada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna (Orientadora)

Dr^a Roseni Rosângela de Sena (Titular)

Dr^a Maria José Menezes Brito (Titular)

Dr^a Marilda Alves (Suplente)

Dr^a Matilde M. Miranda Cadete (Suplente)

Belo Horizonte,

À minha mãe, Therezinha, amiga de todas as horas.

Ao meu pai, Célio (*in memoriam*), que foi um grande exemplo em toda minha vida. Saudades.

Ao meu companheiro Wagner e aos meus filhos Raíssa e Hugo, pelo carinho, pela compreensão pelos momentos que deixamos de partilhar em razão desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigado por sua presença em minha vida!

À orientadora e amiga, Cláudia Penna, que com muita tranquilidade me ouviu, orientou, incentivou e respeitou meu ritmo. Obrigado pela sua presença constante e por me fazer ver o mundo com um novo olhar.

Às Professoras Marília Alves e Maria José Brito, pela amizade e contribuições no desenvolvimento deste estudo.

Aos colegas do Mestrado, em especial à Kênia, à Luciene, à Shirley, ao Clayton, à Isabela, ao Rodrigo, à Wilma, à Fernanda e à Danielle Sandra, pelo incentivo, pela amizade, pela convivência gratificante, pelas discussões e pela cooperação mútuas na realização dos trabalhos.

Ao gerente e aos funcionários da UBS deste estudo, principalmente aqueles que se dispuseram a participar como sujeitos, na certeza de que muito contribuíram com a vivência profissional.

Ao gerente e colegas do Centro de Saúde Heliópolis, no qual atuo, pela compreensão em relação ao meu envolvimento com este trabalho e pelo apoio para a sua realização.

À amiga Ana Cristina Sabino, pela força e pela coragem, nas quais me espelho para prosseguir nesta caminhada.

A toda a minha família, especialmente minha sogra, D. Jandira, pela torcida e pelo apoio constante.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, fundamentado na sociologia compreensiva de Michel Maffesoli, que teve como objetivo compreender as práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte, na perspectiva dos trabalhadores da saúde. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2005, por meio de entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado e de observação direta do trabalho cotidiano da ESF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário Norte. Para os dados de fonte secundária foram utilizados documentos obtidos na instituição. Foram entrevistados nove trabalhadores de uma ESF e quatro informantes-chave, sendo um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e a gerente da unidade. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1995) e Minayo (1998). Da análise dos dados emergiram duas categorias empíricas: uma história construída na prática cotidiana – mudanças vividas; e as práticas de integralidade como construção cotidiana, esta dividida em três subcategorias: as práticas de integralidade vivenciadas, dificuldades encontradas e espaços de interação. A análise fundamentada na sociologia compreensiva permitiu com um “olhar de dentro”, mostrar como vem se constituindo o processo de construção do SUS em Belo Horizonte. A compreensão dos dados desvelou que, no cotidiano, os trabalhadores da ESF vêm desenvolvendo práticas permeadas de integralidade, mesmo sem utilizar esse termo, pois eles agem de acordo com suas noções, e não como a formalidade da organização e o discurso teórico do BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL determinam. As ações da ESF revelam uma postura acolhedora, com criação de vínculo e uma responsabilização com o usuário. Inclui a tentativa da resolução dos problemas em nível local, mesmo diante de algumas dificuldades tais como: falta de sistema de referência e contra-referência, de condições de trabalho tanto materiais quanto físicas e deficiência de profissionais. Essas práticas se dão a partir de um trabalho coletivo que se configura no respeito as diferenças, pois o trabalhador de saúde reconhece que, na alteridade, na diferença do outro, tanto da equipe quanto o usuário, que se consegue construir um projeto comum, com diferentes olhares e não um único. Por meio dos relatos, evidenciou-se que os sujeitos vivenciam momentos de articulação de suas ações e interações, revelando uma tendência em superar a fragmentação. Assim como buscam momentos para estar junto com o outro compartilhando um sentimento comum, que se caracteriza como “socialidade”. Em outros utilizam mecanismos de resistência, que mostram um querer viver, ou seja, dos “respiradouros” para oxigenar sua prática cotidiana evitando uma hipoxia, decorrente da sobrecarga de trabalho e da cobrança constante em ter de produzir resultados. Então, cabe à gestão relativizar a racionalidade do projeto com as várias nuances repletas de subjetividade que acontecem no dia-a-dia do trabalho das ESFs, bem como propor espaços de reflexão conjunta com os trabalhadores da saúde para, assim, reconhecer que os discursos desses atores sociais e suas práticas são essenciais para a construção da integralidade do cuidado e da atenção.

ABSTRACT

This is a qualitative case study, based on the comprehensive sociology of Michel Maffesoli, with the objective of understanding practices of integrality in the daily routine of a Family Health Team from Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil, from the point of view of the health workers. Data collection was carried out from March to June 2005, with individual interviews using a semi-structured outline and direct observation of daily work in the Family Health Team of a Basic Health Unit in the North Sanitary District. Secondary sources were documents from the institution. Nine health workers from the team and four key-informers were interviewed. This included a doctor, a nurse, a nursing auxiliary and the health unit manager. The data was analyzed using the content analysis technique proposed by Bardin (1995) and Minayo (1998). An analysis of the data showed two empirical categories: a history built on daily practice – changes experienced; and practices of integrality, as a daily construct, divided into three sub-categories: experienced practices of integrality, difficulties faced and interaction spaces. The analysis, based on comprehensive sociology, made it possible, with a “look from the inside”, to show how the process of building the national health system has happened in Belo Horizonte. The understanding of the data showed that in their daily routine, the family health team workers develop practices filled with integrality, even though they do not use this term, because they act according to their own understanding and not according to the formal construct of the organization or the theoretical discourse determined by BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL. The work of the family health team has shown a receptive posture, creating a relationship and taking responsibility for patients. They attempt to solve problems at the local level, often with great difficulty, such as: a lack of a system of referral and counter-referral, a lack of materials or premises and a lack of training. Those practices are carried out in collective work which respects differences, because health workers recognize that in alterity, in the difference of the other, both of the team and the patients, it is possible to build a common project, with different gazes, and not a single one. Through the accounts, it became clear that the subjects lived moments of expressing their actions and interactions, revealing a tendency to overcome fragmentation, as when they seek moments to be with others sharing a common feeling described as “sociability”. In others, mechanisms of resistance are used to show a will to live, that is, “breathers” to ventilate their daily practice, avoiding hypoxia of the overload of work and the constant demands to produce results. It is, therefore, the task of management to make relative the rationality of the project with the several nuances full of subjectivity which occur in the day-to-day work of the Family Health Teams, as well as to make available opportunities for joint reflection with the health workers in order to recognize the discourse of these social actors and their practice, which are so essential to build the integrality of health care and attention.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 –	Linha de produção do cuidado.....	19
FIGURA 2 –	Articulação dos conceitos	29
FIGURA 3 –	Distrito Sanitário Norte segundo área de abrangência e risco.....	38
FIGURA 4 –	Área de abrangência da UBS por equipes de Saúde da Família e risco.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS –	Agente Comunitário de Saúde
ACD –	Auxiliar de Consultório Dentário
CEP-SMSA/PBH –	Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde / Prefeitura de Belo Horizonte
CERSAM –	Centro de Referência de Saúde Mental
CME –	Central de Materiais Esterilizados
COEP-UFMG –	Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais
DN –	Declaração de Nascimento
ESB –	Equipe de Saúde Bucal
ESF –	Equipe de Saúde da Família
GEREPI –	Gerência de Epidemiologia
NOB –	Norma Operacional Básica
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PAB –	Piso Assistencial Básico
PACS –	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PPI –	Programação Pactuada Integral
PSF –	Programa de Saúde da Família
SMSA –	Secretaria Municipal de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Construção do SUS em Belo Horizonte	14
1.2 O PSF como estratégia de mudança.....	20
1.3 Noções de integralidade	27
2 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA	31
2.1 Cenário da pesquisa	36
2.2 Sujeitos da pesquisa	41
2.3 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	43
2.4 Análise dos dados	45
3 COMPREENSÃO DOS DADOS	47
3.1 Uma história construída na prática cotidiana: mudanças vividas.....	47
3.2 As práticas de integralidade como construção cotidiana.....	60
3.2.1 As práticas de integralidade vivenciadas.....	61
3.2.2 Dificuldades encontradas.....	81
3.2.3 Espaços de interação.....	102
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	132
ANEXOS	145
ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecimento.....	146
ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa SMSA/PBH.....	147
ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UFMG.....	148
ANEXO 4 – Roteiro de entrevista.....	149

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema *A Construção das Práticas de Integralidade no Cotidiano de uma equipe de saúde da Família* surge de minhas inquietações, observações e experiências da vida profissional, nesses quase vinte anos, como enfermeira. Durante esse período, pude vivenciar mudanças importantes, tanto na área hospitalar quanto na atenção básica, a partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas mudanças foram influenciadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como propostas incorporadas pelas políticas de saúde o trabalho em equipe e a integralidade das ações, pois entende que “essas formas de trabalho que representam melhor qualidade dos serviços prestados no setor” (PEDUZZI, 1998, p. 2).

A década de 1990 foi marcada pelo estabelecimento de novas formas de financiamento das ações e serviços de saúde, pelo avanço no processo de municipalização, no qual se destacou o município de Belo Horizonte, e pela criação do Programa de Saúde da Família (PSF), uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde. Esta considerada, na verdade, pelo Ministério da Saúde “o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível” (BRASIL, 2004b, p. 13).

A implementação do SUS, então, desencadeou mudanças concretas nos serviços de saúde de Belo Horizonte, principalmente com a implantação do acolhimento e do Programa de Saúde da Família/BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Encontro-me, portanto, inserida nesse contexto de mudanças desde minha graduação em Enfermagem, que coincide com o Movimento de Reforma Sanitária. Nesse período, posso afirmar que venho participando do processo de construção do SUS em Belo Horizonte, além de constatar meu crescimento profissional, principalmente a partir de 1995, quando ingressei como enfermeira na atenção básica de saúde do município, em decorrência da implantação do *Projeto Vida* e da estratégia do acolhimento. Essas estratégias possibilitaram discussões e

mudanças reais no processo de trabalho em saúde, principalmente no que tange à enfermagem, por ter assumido sobremaneira a implantação dessas mudanças.

Contribuí nesse processo atuando como membro de uma ESF e como representante dos enfermeiros na Mesa Municipal de Negociação do SUS de Belo Horizonte, constituída de grupos de discussão sobre as estratégias de implementação do modelo de saúde proposto. Tais discussões se deram em níveis local, distrital e central, desde a implantação do PACS, quando atuei como coordenadora dos agentes comunitários de saúde de uma UBS da regional norte, no período de transição para PSF (BHVIDA SAÚDE INTEGRAL). Em decorrência dessa atuação, tive uma visão tanto da macroestrutura como da microestrutura do projeto, contribuindo, portanto, juntamente com outros trabalhadores da saúde, para a estruturação do BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL.

Nesse sentido, vivenciei o movimento de mudança iniciado com o acolhimento, que permitiu um atendimento humanizado e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, assim como participei das mudanças até hoje, principalmente após a implantação do PACS e posteriormente do PSF.

A proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) desenhou-se, desde o início, segundo Mattos (2002), em torno da integralidade, com o sentido de articular as ações de promoção, de prevenção e assistenciais, e teve como pressuposto desse princípio, o trabalho em equipe para alcançar os objetivos do programa, como ressalta Pedrosa e Teles (2001). Tendo em vista esse fato, enfrentei dificuldades para atuar na perspectiva dessa proposta, tais como: as atividades eram autônomas e desarticuladas entre as diversas categorias; às vezes, as relações interpessoais eram tensas gerando conflitos; as ações de saúde eram predominantemente individuais e curativas voltadas para atender à demanda espontânea, priorizando a consulta médica; havia falta de espaço de articulação dos saberes e práticas entre os trabalhadores, necessário para o cuidado integral à saúde.

Outra questão que se vivencia no cotidiano da UBS é a falta de entendimento e envolvimento de alguns trabalhadores da saúde em relação ao acolhimento. Para eles, essa estratégia deveria ser realizada por apenas determinada categoria, enquanto a outra caberia a medicalização dos problemas que eles apresentassem. Com isso há efetiva dificuldade em estabelecer um

“vínculo de acolhida” e de responsabilização da equipe pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual, conforme ressalta Campos (1994).

Comparada ao projeto, talvez não se possa afirmar, ainda, que a prática cotidiana das Equipes de Saúde da Família esteja voltada para a integralidade das ações, ou seja, de ver o indivíduo como um todo na sua singularidade, além da própria integralidade do sistema de saúde. Vive-se num momento de transição, no qual os trabalhadores da saúde, dada a sua formação e prática predominantemente centradas no modelo tradicional biomédico, ainda parecem enxergar o indivíduo adoecido, isolado, fragmentado, sem inserção em contexto social e familiar. Dessa forma, torna-se difícil reconhecer as necessidades de saúde das pessoas nas suas dimensões individual, singular e, também, coletiva. Acresce-se a isso a falta de articulação das ações assistenciais com as de promoção à saúde, sem uma integração visível entre os diversos serviços de saúde, ou seja, não há um sistema de referência e contra referência efetivo que facilite o “caminhar” do usuário na rede.

Aliam-se a isso também as dificuldades estruturais do projeto BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL enfrentadas pela equipe no seu cotidiano, tais como: um formato rígido na composição da ESF; a falta de recursos materiais, físicos e humanos; relações, por vezes, tensas entre trabalhador-trabalhador, trabalhador-usuário e gestores.

Conscientes de que esses fatores dificultam o trabalho da ESF e interferem na construção coletiva da melhor qualidade na atenção à saúde, alguns profissionais buscaram estratégias perante a gestão central da Secretaria de Saúde. Propuseram-se espaços dialógicos, com a criação da Mesa Municipal de Negociação do SUS de Belo Horizonte, para discussões que relativizassem a macropolítica do PSF e as questões vividas no dia-a-dia dos serviços de saúde. Reconheceu-se, portanto, certo desencontro entre o projeto idealizado e as práticas efetivamente realizadas.

Entretanto, se de um lado o projeto BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL busca a almejada Integralidade a partir da reorganização dos processos de trabalho na atenção básica, com assistência multiprofissional, “operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado” (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2003, p. 129), de outro, as práticas cotidianas das Equipes de Saúde da Família, ainda, encontram-se voltadas

para a produção por procedimentos, para o atendimento de uma grande demanda espontânea, desenvolvendo atividades, como evidenciado por Leite (2001, p. 24),

parcelares e, na maioria das vezes, desarticuladas. As relações entre as distintas categorias profissionais presentes no trabalho das unidades básicas de saúde são hierárquicas, ou seja, a equipe é formada por profissionais com determinados conhecimentos distintos, na qual um profissional desconhece a potencialidade do outro e reproduz a divisão social do trabalho com relações verticais de mando e autoridade.

Diante do contexto de construção do SUS em Belo Horizonte e da proposta do BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL, das reflexões durante minha vivência profissional desde a implantação do acolhimento, na coordenação do PACS e atualmente no PSF, constitui-se como problema deste estudo a existência de um hiato entre o que está sendo preconizado sobre o trabalho da equipe no BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL na perspectiva da integralidade e a prática cotidiana dos trabalhadores da saúde na Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, surgem as seguintes indagações:

- Como os trabalhadores da ESF têm construído a integralidade em suas práticas cotidianas?
- Que concepções permeiam a prática dos trabalhadores no contexto da Saúde da Família?

O foco encontra-se, pois, no trabalho cotidiano da ESF, por entender que este constitui a base da proposta da estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, pois o trabalhador é, segundo Peduzzi (1998, p. 13), “agente e sujeito histórico-social. [...] A cada momento faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho, inscrevendo ou não novas possibilidades no trabalho coletivo do qual é partícipe”.

Este estudo baseia-se na premissa de que o modo como os trabalhadores da saúde concebem o que é equipe resulta na forma de interação entre eles e na articulação ou não dos seus saberes e práticas, sendo um dos fatores para se alcançar ou não a tão almejada integralidade das ações. Além disso, de acordo com Pinheiro e Luz (2003), a integralidade se estrutura a partir de uma ação social que

pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da relação dos atores em suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse sentido, torna-se relevante o estudo deste tema, neste momento atual de reorganização do modelo de atenção que vem adotando como estratégia de mudança o Programa de Saúde da Família, que tem como pilar de sustentação o trabalho em equipe. Tornam-se necessárias reflexões sobre a sua efetiva implantação, principalmente a partir do olhar dos trabalhadores de saúde que estão inseridos nas equipes, por entender que eles contribuem para a efetivação ou não desta proposta.

Assim, este estudo tem como objetivo compreender as práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de Saúde da Família de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores da saúde.

1.1 CONSTRUÇÃO DO SUS EM BELO HORIZONTE

No Brasil, no final da década de 1970, observa-se uma forte crise fiscal do Estado com repercussão na Previdência Social que coincide com o esgotamento do modelo assistencial privatista (MENDES, 1993). A crise no setor de saúde possibilitou a expansão dos movimentos sociais e formulação de propostas alternativas de atenção à saúde, como extensão de cobertura dos serviços e reconhecimento do direito à saúde, expressas pelo movimento de reforma sanitária.

As resoluções da *VIII Conferência Nacional de Saúde* (1986), marco do Movimento de Reforma Sanitária, deram parâmetros para Constituição brasileira de 1988 e direcionaram mudanças no setor saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Reforma, como parte de um processo social de construção do SUS, está referenciada ideologicamente ao paradigma sanitário, que reflete uma concepção ampliada de processo saúde/doença e assistencial da promoção da saúde (MENDES, 1993). Segundo a Nova Constituição, “saúde é um direito de todos e um dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196).

A efetivação do SUS só se dá em 1990, com a regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080 e n. 8.142), estabelecendo princípios e diretrizes operacionais para a organização da saúde no País. Os princípios doutrinários do SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade fundamentam as diretrizes operacionais, a descentralização da gestão dos estados e municípios, a hierarquização e a regionalização dos serviços e a participação e o controle social efetivo dos conselhos e conferências da saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). A organização operacional do SUS evoluiu mediante a edição de três normas operacionais básicas: NOB/91, NOB/93, NOB/96.

O processo de construção do SUS, ao ser desenvolvido sobre esses princípios, “visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população” (BRASIL, 2000, p. 316).

Na última década, como um dos avanços no processo de consolidação do SUS, merece destaque a descentralização com efetiva municipalização (BRASIL, 2000). Belo Horizonte foi um dos municípios que mais contribuíram para o avanço do processo de municipalização no País (CAMPOS *et al.*, 1998). Inicia a construção de um modelo de Vigilância à Saúde com a formação dos Distritos Sanitários, definição de territórios de responsabilidades segundo riscos sociais e epidemiológicos (REIS *et al.*, 1998).

Em 1993, tomou posse, em Belo Horizonte, o “governo democrático popular” que, por intermédio da sua Secretaria de Saúde, buscou “a gestão plena do Sistema de Saúde, a efetiva descentralização, a radicalização da universalidade do acesso, a garantia da integralidade das ações, o aprofundamento do controle social, caminhando em direção oposta à política neoliberal, no campo das políticas sociais” (REIS *et al.*, 1998, p. 385).

No período entre 1993 e 1996, a Secretaria de Saúde assumiu a autonomia na definição de sua política de saúde e na construção de seu modelo tecno-assistencial, com a implementação de projetos como da Vigilância à Mortalidade Infantil (Projeto Vida) e da estratégia de estruturação do processo de trabalho com o acolhimento nas Unidades Básicas (CAMPOS *et al.*, 1998).

O acolhimento, como estratégia para reconfigurar o processo de trabalho nas Unidades Básicas, pretendia, segundo Malta *et al.* (1998): melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde; humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários; aperfeiçoar o trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria; aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos problemas concretos vividos pelos usuários em seu contexto existencial e elevar os coeficientes de vínculo e confiança entre eles.

Observou-se com o acolhimento uma mudança significativa, tanto quantitativa como qualitativamente, no trabalho dos enfermeiros e dos auxiliares de enfermagem, mas com pouco envolvimento dos médicos, o que gerou estresses e conflitos. Malta *et al.* (1998, p. 138) afirmam que essa mudança permitiu profunda reflexão dos problemas anteriormente existentes no serviço tais como:

área física inadequada, insuficiência quantitativa e de capacitação de recursos humanos, falta de protocolos, dificuldade de obtenção de apoio diagnóstico e de consultas especializadas, falta de medicamentos, ambulâncias e leitos, falhas dos processos gerenciais, enfim, inúmeros problemas, que não eram novidade para as equipes.

O acolhimento, apesar de parcialmente implantado, mudou o perfil de atendimento nas Unidades, pressionando o sistema para a busca da superação de suas insuficiências, principalmente a organização da retaguarda em casos de urgência e leitos para internação, um fator fundamental descrito por Veloso e Matos (1998) para a continuidade dessa forma de trabalhar.

Nesse mesmo período, coincide uma série de transformações, avanços, recuos e momentos de paralisia do SUS em todo o País com as crises no financiamento, a implantação da NOB/93 e a discussão e a publicação da NOB/96 (SANTOS, 1998).

A NOB/93 foi editada para normatizar a descentralização dos serviços de saúde, além de criar as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites e de prever mecanismos de transferências de recursos fundo a fundo nos diferentes níveis de gestão (incipiente, parcial e semiplena) dos estados e municípios (BRASIL, 1993).

As determinações da NOB/96 (BRASIL, 1996) só vieram a ser implantadas no início de 1998 (ainda em vigor), estabelecendo a Programação Pactuada Integral (PPI), criando o Piso Assistencial Básico (PAB) e prevendo novas formas de gestão para estados (gestão avançada e plena do sistema estadual) e municípios (gestão plena da atenção básica e do sistema municipal). A NOB/96 previu a reordenação do modelo de atenção à saúde com repasse financeiro garantido e diferenciado para os municípios que implantassem o Programa de Agente Comunitário (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

A discussão sobre a adequação da proposta do Ministério da Saúde para a implantação do PSF na realidade de Belo Horizonte iniciou-se em 1998, com o Projeto BH Saúde (BELO HORIZONTE, 1999). Esse projeto piloto contou com 22 equipes em 22 dos 129 Centros de Saúde do município (BELO HORIZONTE, 2001).

No primeiro semestre de 2000, por intermédio do PACS/PROGRAMA BH VIDA, foram incorporados 2.625 agentes comunitários de saúde (BELO HORIZONTE, 2001). Esses agentes foram capacitados para exercer atividades de cadastramento dos usuários, de vigilância, educação e promoção da saúde, sob a coordenação dos enfermeiros. A partir de 2001, formaram-se as primeiras ESFs “enquanto alternativa de ampliação de serviços e reorganização da rede básica” (BELO HORIZONTE, 2001, p. 11).

Em 2002, iniciou-se

uma mudança no formato organizacional da atenção básica em BH, através da contratação de centenas de profissionais compondo cerca de 400 equipes de saúde da família, conforme programa vertical do MS, sendo parte através do pessoal já existente e parte por contratar nova força de trabalho (BELO HORIZONTE, 2003 a, p. 2).

Em 2003, por questões políticas, houve uma mudança de gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). O atual secretário, ao assumir, apresentou um documento, intitulado BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL (BELO HORIZONTE, 2003a, p. 2), destacando evidências de grandes problemas “na estrutura física e recursos logísticos da rede própria, na questão dos recursos humanos em todas as suas dimensões (contratação, formação, desenvolvimento e gestão do processo de trabalho) e na organização local do processo assistencial, que precisavam ser rapidamente enfrentados”.

Lançou, ainda, como lema a ser buscado pela gestão, a construção de um sistema integral de saúde, no qual a integralidade prevista nas diretrizes do SUS fosse prioritária na reorganização da atenção à saúde no município. Foram, então, estabelecidos grupos de trabalho para discussão e propostas em relação aos temas: “Caracterização das equipes de saúde da família”; “ACS”; “Processo de trabalho”; “Territorização” e “Saúde Mental”, com a participação de profissionais de saúde dos níveis local, distrital e central da SMSA. A discussão e a aprovação de propostas nas Oficinas de Pactuação da Organização da Atenção nas UBS resultaram na construção e divulgação de um documento intitulado “Recomendações para a organização da atenção básica” (BELO HORIZONTE, 2003b).

Nesse documento, estão incluídos os temas centrais para a reorganização da atenção básica, sendo que ao tema “Processo de trabalho”, considerou-se como referencial teórico Rivera (1995 p. 147-148), que apresenta as características das organizações das instituições de saúde que levam a uma grande complexidade em sua gestão, tais como:

1. Diversidade de atores / trabalhadores com ampla autonomia no desempenho dos seus trabalhos;
2. Coordenação do trabalho a partir de saberes, normas e práticas adquiridas fora das organizações prestadoras de serviço, em nível dos centros formadores e das associações profissionais;
3. Dificil padronização dos processos de trabalho específicos, devido à diversidade dos cuidados, à imprevisibilidade da demanda, e devido ao componente interativo e comunicacional de todo ato de produção individual;
4. Problemas centrados na coordenação das categorias profissionais que formam as equipes de saúde e dificuldade no estabelecimento de critérios claros de avaliação e de imputabilidade de responsabilidades.

Estão citadas, ainda, as questões apontadas por Merhy *et al.* (1997), relativas à “micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde”, a grande autonomia dos trabalhadores no fazer em saúde, o conjunto de autogovernos em operação e o jogo de interesses organizados como forças sociais (BELO HORIZONTE, 2003b, p. 7).

O objetivo desse documento da SMSA-BH foi definir as operações e ações consideradas necessárias para a pactuação com a rede básica, partindo das afirmativas desses dois autores, e buscar a reorganização do processo de trabalho nas UBS, com base nas diretrizes assistenciais de garantia de acesso; no

estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários com responsabilização do cuidado; na autonomização do usuário; no trabalho em equipe, intersetorialidade; na assistência integral, equânime e resolutiva (BELO HORIZONTE, 2003b).

Além dessas diretrizes, o BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL propõe que a produção do cuidado deve ser vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais, com fluxos guiados pelo projeto terapêutico do usuário e que garanta acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Ou seja, essa proposta da SMSA trabalha com a imagem de uma linha de produção do cuidado (FIG. 1) que viabilize um fluxo do usuário, da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos serviços de saúde. (FRANCO; MAGALHÃES; JÚNIOR, 2003).



FIGURA 1 – Linha de produção do cuidado
Fonte: FRANCO, MAGALHÃES, 2003, p.130.

Esses autores ressaltam que desenvolver as linhas do cuidado, inicialmente na atenção ao idoso, à criança, materna, aos casos agudos, às doenças cardiovasculares e Saúde Bucal, e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS, concretizando no cotidiano a idéia de integralidade. De acordo, ainda, com essa proposta, esses autores consideram que um dos desafios para se ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica, com a formação de equipes multiprofissionais que tenham como objeto da atenção não somente o indivíduo com a sua doença, mas também com a sua subjetividade, inserido num contexto social e familiar.

1.2 O PSF COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA

Desde a implantação do PSF, o número de equipes e de municípios vem se expandindo em todo território brasileiro. Em janeiro de 2004, já haviam sido implantadas 19.182 equipes de saúde da família em 4.498 municípios, o que representa 80,9 % dos municípios do Brasil, oferecendo uma cobertura de 35,9% da população (BRASIL, 2004a). Em relação a Belo Horizonte, em 2003 havia 484 equipes em atividades com mais de 2.500 agentes comunitários de saúde, atendendo a quase 1,5 milhão de pessoas (BELO HORIZONTE, 2003a). Atualmente, o município detém o maior percentual de cobertura da população do País em grandes centros urbanos, com atuação de 2.200 agentes comunitários, cobrindo 75% de um contingente de aproximadamente 2,3 milhões de habitantes (BRASIL, 2005).

Os primeiros agentes comunitários da saúde surgiram em 1991, e a partir de 1994 inicia-se o PSF como uma continuidade e aperfeiçoamento do PACS (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; MERHY, 2001), formando as primeiras equipes de saúde da família, que assumiram responsabilidade por determinada população.

O Ministério da Saúde (MS) considera o PACS como estratégia de transição para o PSF (BRASIL, 2001), visando à reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, por meio da mudança do objeto de atenção, forma de atuação, interdisciplinar e multidisciplinar, com uma equipe composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, pressupõe a reorganização da prática assistencial para responder a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas também na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 1997).

A proposta “Saúde da Família”, segundo Reis e Hortale (2004), aponta modificações importantes. É marcada por diferentes orientações políticas e ideológicas, o que desencadeia interpretações e posicionamento de alguns autores (FRANCO e MERHY; MALTA e SANTOS) a respeito das dimensões e alcance do PSF.

Franco e Merhy (1999, p. 6) afirmam que o PSF reconhece que a mudança do modelo assistencial se dá a partir da reorganização do processo de trabalho. “Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência”, esse programa propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde estruturado a partir de equipes multiprofissionais. Apesar disso, nada garante uma ruptura no modelo hegemônico atual, médico-centrada, porque o PSF “aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional”, que realmente definem o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 1999, p. 4).

Esses autores criticam o centralismo e o engessamento da proposta do MS quando ela predetermina o formato único da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias e o levantamento dos problemas de saúde, garantindo o financiamento das equipes de PSF somente aos municípios que seguirem rigorosamente essas normas.

Diante dessas imposições do MS, os municípios passaram a implantar o PSF segundo um modelo predeterminado, adequando-se “a um formato único de prestação de assistência, muitas vezes desconhecendo a sua realidade epidemiológica, as características da rede e os recursos humanos existentes” (MALTA; SANTOS, 2003, p. 256).

Uma questão fundamental que permeia as discussões na SMSA-BH e os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) é a de considerar o estabelecimento de equipes multiprofissionais como um dos elementos-chave para o desenvolvimento do trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Um problema significativo a ser enfrentado nesse processo de expansão do PSF e de seu impacto sobre a organização e resolutividade do sistema de saúde refere-se à questão dos recursos humanos disponíveis para o programa, destacando-se os aspectos relacionados à formação profissional do médico e demais participantes das equipes, tais como “a insuficiência de profissionais, o despreparo e a precária qualificação dos mesmos” (CAETANO; DAIN, 2002, p. 16).

Essa “carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos” é apontada por Campos e Belisário (2001) como um problema grave na implantação do PSF, ou seja, para atender de imediato

a este desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um olhar vigilante e uma ação cuidadora sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde (ALMEIDA e MISHIMA, 2001, p. 151).

Os autores supracitados defendem, ainda, que esse movimento exige um processo de formação e educação permanente de todos os profissionais das equipes. Campos e Belisário (2001) sugerem também aprofundamento da discussão na academia e nos pólos de educação sobre essa formação e capacitação.

Por isso, Favoreto e Camargo Jr. (2002) criticam a posição dos sanitaristas e dos gestores em relação ao PSF quando enfatizam as formas de organização, controle, regulação e normatização dos processos de trabalho, subentendendo que as mudanças na dinâmica do trabalho das equipes e os novos produtos que poderão ser alcançados surgirão a partir da simples exposição dos profissionais de saúde a outros cenários de práticas e pela facilitação do acesso da população aos médicos e enfermeiros. Esses autores concluem que tais posicionamentos desconsideram que as

mudanças nas condições e nos cenários das práticas não são, necessariamente, acompanhadas por um novo entendimento, por parte dos profissionais, de seus papéis e novos elementos em jogo em suas intervenções. É preciso considerar e aprofundar a discussão sobre os saberes e as crenças que podem estruturar as práticas da saúde da família que esses profissionais virão a desenvolver em seu cotidiano (FAVORETO; CAMARGO Jr., 2002 p. 64).

Merhy (1997) considera que essas novas práticas materializam-se em “tecnologia de trabalho”, ou seja, o conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção de algo, no caso, produzir saúde. Esse conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas, como tecnologias duras e leve-duras, respectivamente, lugares próprios do “trabalho morto”. De outro lado, esse conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu

“trabalho vivo em ato”, isto é, o que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza.

Merhy (1997,1998) afirma, ainda, que todo profissional de saúde deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves – modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos –, nas quais se inscreve o “trabalho vivo em ato”, ou seja, ao âmbito do trabalho que está em processo e que está em ação no cotidiano. Ressalta, assim, a importância da subjetividade, inerente às tecnologias leves, na reorganização do processo de trabalho “centrado no usuário”.

As ações de saúde são representadas diretamente pela assistência que produzem, e esta é vista como o produto do processo de trabalho que, segundo Pires (1998, p. 161), tem como finalidade

a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

A autora ressalta, ainda, que o trabalho em saúde sofreu influência das organizações produtivas hegemônicas (taylorismo e fordismo), assim como vem sofrendo das mudanças tecnológicas e os modos de organização dos processos de trabalho da atualidade. Hoje, majoritariamente, é um trabalho coletivo institucionalizado realizado por diversos profissionais de saúde e trabalhadores treinados não específicos da saúde. O médico é o elemento central do processo assistencial. Além de dominar o processo de trabalho em saúde, delega partes do trabalho assistencial a outros profissionais de saúde. A assistência é fragmentada, resultante de um trabalho parcelado e compartimentalizado, com algumas características do trabalho do tipo artesanal, conforme reafirma Merhy (2002).

Então, surge a estratégia de saúde da família que busca reorganizar o processo de trabalho na UBS, no sentido de configurar, assim,

uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca

permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la (BRASIL, 2000, p. 317).

Reis e Hortale (2004, p. 493) apresentam os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas à família e que são parte de uma estratégia para induzir mudanças tanto pela intervenção sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, quanto pela reestruturação do processo de trabalho: “o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem, prestação de atenção integral, humanização das práticas de saúde, participação comunitária”.

Schraiber *et al.* (1999) afirmam que a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados na direção da integralidade da atenção deve-se ao caráter interdisciplinar do objeto de trabalho em saúde. Ou seja, um objeto que envolve as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas, assim como o biológico que traduz, por intermédio da saúde e da doença, as condições e razões socioculturais e históricas dos indivíduos e grupos (MINAYO, 1991).

Nesse sentido, Almeida e Mishima (2001 p. 150) apontam como um dos grandes desafios para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família, a abertura para um trabalho com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes que possibilite maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

As autoras advertem que se não houver uma integração da equipe corre-se “o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológico individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos” (ALMEIDA; MISHINA, 2001, p. 151).

Piancastelli, Faria e Silveira (2000, p. 46) argumentam que as dificuldades do trabalho em equipe, na prática, se devem às diferentes concepções sobre o conceito de equipe e apresentam algumas definições: “Conjunto ou grupo de pessoas que desempenham uma tarefa ou trabalho”, não importando o significado/objetivo que esse tem para um e nem as relações interpessoais; “Conjunto ou grupo de pessoas que partilham de um mesmo objetivo”, não

importando como cada um pretende alcançá-lo; “Conjunto ou grupo de pessoas que ao desenvolver uma tarefa ou trabalho, almejam um objetivo único, obtido pelo consenso/negociação”; “Conjunto ou grupo de pessoas que tem objetivos comuns e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada”; “Conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares umas com as outras pelo objetivo comum, obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos no plano de trabalho bem definido”.

Os mesmos autores salientam ainda que, quando nos referimos ao trabalho de equipe, não há como conceber equipe como algo que se passa à margem do processo de trabalho. E em relação ao funcionamento das equipes, elas podem apresentar diferenças significativas em razão do tipo de trabalho que executa, por exemplo, a equipe do time de futebol e a de uma orquestra sinfônica.

Para Peduzzi (1998), equipe, etimologicamente, está associada à realização de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos que têm um objetivo comum a alcançar. O sucesso é o trabalho coletivo. A autora, com base nessa distinção, propõe duas modalidades de trabalho em equipe: “equipe agrupamento”, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes; e “equipe integração”, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Salienta que a integração entre os elementos da equipe depende de vários fatores, dentre eles a comunicação, a autonomia, o poder, a intersubjetividade entre os agentes, a construção de um projeto assistencial comum.

Alves *et al.* (2004) afirmam que, hoje, os consultores e estudiosos da dinâmica das organizações discutem intensamente os conceitos de grupo, equipe e times de trabalho e consideram equipe, numa versão mais atual, como um time de trabalho, entendida como um conjunto de indivíduos que buscam uma ação comum, com determinado fim. O trabalho em equipe pressupõe que os membros do time sejam cooperadores de uma atividade comum; desempenhem vários papéis e funções; tenham autonomia relativa, espaço para criatividade e sentimento de pertença.

Para o trabalho em ESF, torna-se necessário, dado seu objeto de intervenção intrinsecamente complexo, ou seja, a saúde e a doença do indivíduo e da família no seu âmbito social, inter-relacionar variados conhecimentos e práticas,

que apontam na direção da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

No entanto, multiprofissionalidade é entendida como a atuação conjunta de várias categorias profissionais, e a interdisciplinaridade como a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento, tendo, assim, caráter epistemológico. Dessa forma, Peduzzi (1998, p. 66) salienta que não se pode transformar imediatamente o trabalho em equipe multiprofissional em interdisciplinar, mas considerá-lo certamente “como uma prática que expressa repercussões das possibilidades de integração das disciplinas científicas”.

Sendo assim, a interdisciplinaridade, segundo Leite (2001, p. 25), é “como um caminho que se apresenta aos trabalhadores na busca da compreensão integral do ser humano”, quando se estabelece ligação entre o âmbito científico e os complexos problemas da realidade, referente à vida, à saúde, à doença. Na prática cotidiana, porém, a autora observa que existem vários obstáculos à efetividade da interdisciplinaridade, pois “não basta reunir vários especialistas de diversas disciplinas, porque isso não garante o avanço do conhecimento interdisciplinar” (p. 27).

A construção dessa interdisciplinaridade na equipe de saúde se dá na identificação e respeito pelo “núcleo de competência” e responsabilidades de cada profissional, ou seja, o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada um e pelo “campo de competência” e responsabilidade comum ou confluyente a vários profissionais ou especialidades (CAMPOS, 1997). Entretanto, para proporcionar uma ação integral é necessário flexibilidade nos limites das competências de cada profissional, pois o núcleo de competência de cada um, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde (ALMEIDA; MISHINA, 2001).

Então, as dificuldades em relação à interdisciplinaridade vão desde sua conceituação até sua operacionalização, ou seja

reorganizar o saber para o novo conhecimento, ter ousadia de inovar, ter competência, humildade, simplicidade de atitudes não são atributos e tarefas fáceis de serem conciliados. O verdadeiro trabalho interdisciplinar é duro e árduo, de realização difícil e coerente com a realidade concreta (LEITE, 2001, p. 28).

Considerar, ainda, que, a busca dessa interdisciplinaridade é um processo permanente de construção e desconstrução, de renovação de relações e de enfrentamento de desafios (FEURWERKER; SENA, 1998).

Pinheiro (2004) ressalta que a interdisciplinaridade é um dos pontos críticos do PSF que mais tem a ver com a integralidade, pois se vive o desafio da produção e reprodução do conhecimento quando se busca a inter-relação e a integração de disciplinas, cada área com a sua fronteira. Por isso, Matumoto (2003) afirma que é preciso superar as delimitações de poder-saber instituídas pelas disciplinas e admitir a possibilidade de conviver com as diferenças.

Então, no setor saúde foi proposto o trabalho em equipe, segundo Gomes, Pinheiro, Guizardi (2005, p. 114), “como forma de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre saúde, como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral”. Portanto, para aprofundar mais sobre essas questões, buscou-se, a princípio, um levantamento bibliográfico sobre as noções de integralidade não apenas no que concerne como um princípio norteador do SUS (BRASIL, 1988), mas também como práticas, das experiências vividas e construídas cotidianamente (PINHEIRO, 2003).

1.3 NOÇÕES DE INTEGRALIDADE

A integralidade é um princípio norteador do Sistema Único de Saúde, expresso como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Por isso, desde o início, a proposta do PSF foi desenhada em torno do princípio da integralidade (MATTOS, 2002), que remete a uma dupla dimensão, ou seja, uma com o sentido de articular as ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos e assistenciais em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços de saúde. E uma outra relativa à integralidade do sistema de serviços e à construção dos chamados “sistemas integrados” (BRASIL, 2004b).

Portanto, para Giovanella (2000), citado por Campos (2003, p. 577) os sistemas integrais de saúde deveriam atender às seguintes premissas básicas: “a

primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e família”.

Pinheiro e Guizardi (2004, p. 22) consideram a integralidade como princípio e prática produtora de relações, signos e significados. É concebida como um termo plural, ético e democrático que, quando se constitui em práticas eficazes, produz efeitos de polifonia, ou seja, quando a “sua prática resulta do embate de muitas vozes sociais”.

Nesse sentido, Mattos (2001, p. 44), em seu texto sobre “os sentidos da Integralidade”, faz um convite ao leitor para uma análise crítica “acerca dos potenciais e limites da noção de integralidade no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas”. O autor apresenta a integralidade como uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetiva”, sendo, portanto, um termo polissêmico, ou seja, que tem sido usado de múltiplas formas ou sentidos. E sugere organizar o princípio da integralidade em três grandes conjuntos de sentidos, considerando que este termo “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” intersubjetivo como forma de apreensão ampliada das necessidades de ações e serviços de saúde sintonizada com o contexto de cada encontro (MATTOS, 2001, p. 61, MATTOS, 2004).

O primeiro conjunto refere-se aos atributos das práticas dos profissionais de saúde nos quais a integralidade é exercida mediante a compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção do profissional. O segundo diz respeito à característica da organização dos serviços, na qual se critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Enquanto o terceiro aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004, p. 243) ressaltam, conforme demonstrado pela FIG. 2, que a articulação dos conceitos de acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção traduz a integralidade como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviços, sentidos por eles adotados em razão da polissemia do termo “integralidade”.

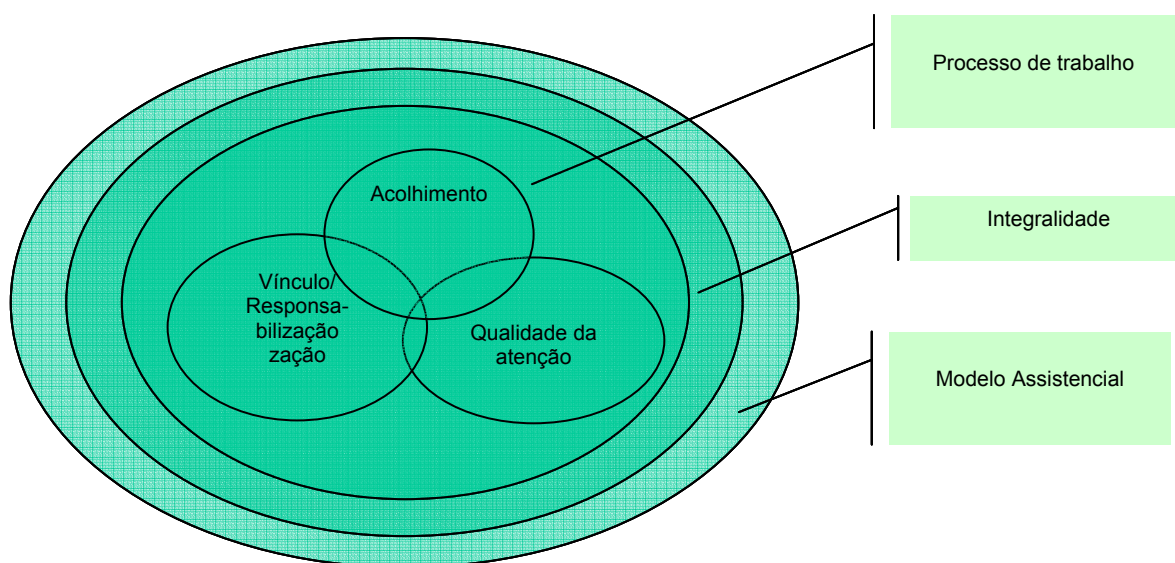


FIGURA 2 – Articulação dos conceitos
 Fonte: SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 254.

Os autores, após indagação aos atores envolvidos no processo de atenção à saúde, concluem que a possibilidade de usar esses conceitos articulados e operacionalizados permitiria inferir sobre a integralidade e verificar a direcionalidade da construção do modelo tecno-assistencial coerente com os princípios do SUS.

Pinheiro (2001 p. 93) considera como principal, dentre os objetivos do PSF, “garantir a integralidade como eixo condutor das práticas em saúde”. Para Cecílio (2001, p. 119), a implantação dessa diretriz, na prática, é difícil, pois “seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo a demandas pontuais com o que temos em mãos, ou seja, não temos nos ocupado com a questão da integralidade de uma forma mais completa”, entendida como “integralidade ampliada”.

Portanto, Pinheiro e Guizardi (2004, p. 23) afirmam que a dificuldade de traduzir o conceito de integralidade, “de fato, em novas práticas, [...] acaba por reduzi-lo a uma soma ou justaposição das ações de cunho coletivo ou preventivo com as de cunho individual curativo”, permanecendo, assim, como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização. Sinalizam, ainda, que a compreensão

da integralidade da atenção não poderá resultar unicamente de sua organização técnica baseada no saber biomédico na construção das políticas de saúde, mas como prática social.

Pinheiro e Luz (2003, p. 17) entendem a integralidade “como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde”. No entanto, as autoras ressaltam a existência de uma lacuna na produção do conhecimento sobre os efeitos da integralidade das ações de saúde no cotidiano dos serviços de saúde, espaços nos quais ela deveria se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde.

Merhy e Franco (2003) também evidenciam que é no espaço da micropolítica do processo de trabalho, lugar de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir cotidiano, que se pode operar a integralidade. Por isso, este estudo privilegia o cotidiano do trabalho da equipe de saúde da Família, pois ele surge como espaço de construção de práticas de integralidade em saúde.

2 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

No sentido de compreender as práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de Saúde da Família na perspectiva dos trabalhadores da saúde, optou-se por realizar um estudo de caso qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva como caminho – uma vez que a pesquisa qualitativa busca o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais (MINAYO, 1998) –, procurando, segundo Bogdan e Biklen (1994), entender e descrever o processo pelo qual as pessoas constroem significados e em que eles consistem.

Minayo (2003, p. 197) salienta, ainda, que todo trabalho qualitativo tem, como núcleo básico, “a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas”. Contudo, é necessário esclarecer como serão conduzidas as articulações interpretativas.

Por isso este estudo se inscreve na linha da pesquisa qualitativa com uma fundamentação teórica sustentada pela Sociologia Compreensiva, pois esta reconhece a subjetividade como constitutiva do ser social e não se preocupa em quantificar, mas, sim, em compreender a dinâmica das relações sociais, depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos, e “consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum” (MINAYO, 1998, p. 11). A autora (1999, p. 17) afirma, também, que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”, ou seja, das relações cotidianas.

Além disso, a Sociologia Compreensiva, para Weber, citado por Minayo (1998, p. 51), nos diz que “as realidades sociais são construídas nos significados e através deles e só podem ser identificadas na linguagem significativa da interação social. Por isso, a linguagem, as práticas, as coisas e os acontecimentos são inseparáveis”.

Então, para se compreender um fato social é preciso analisar as relações entre os fatos que dão origem ao fenômeno estudado. Para isso, seria crucial

compreender o “quotidiano através de construções, formadas pelo sujeito e suas interações”, conforme afirma Rezende (1997, p. 127).

Considerando que é no cotidiano que ocorrem as relações entre os trabalhadores que compõem a equipe de Saúde da Família, fez-se a opção em lançar o olhar da Sociologia Compreensiva fundamentada em Michel Maffesoli sobre o objeto de estudo em questão. O autor considera que, no cotidiano da existência das pessoas, as coisas não acontecem com a formalidade que a organização e o discurso dos teóricos querem que aconteça, o que permite as várias nuances que ocorrem das macroestruturas às microestruturas, tentando relativizar as duas. Então, pode-se considerar que a equipe do PSF além de ter todo seu formalismo, apresenta seu lado informal (subjetivo, afetual, emocional).

A sociologia compreensiva tem como proposta uma “racionalidade sensível que propõe relativizar emoção e razão, as microatitudes quotidianas e as macroações da história, pois ambas compõem a existência da humanidade” (PENNA, 1997, p. 26). Busca, então, entender o fenômeno social relativizando-o, uma vez que realidade não é única, não podendo existir

uma verdade única, geral, aplicável em qualquer tempo e lugar, mas ao contrário, uma multiplicidade de valores que se relativizam uns aos outros, se completam, se nuancam, se combatem, e valem menos por si mesmos que por todas as situações, fenômeno, experiências que supostamente exprimem (MAFFESOLI, 1988, p. 56).

Esse autor dá ênfase à vivência, pois, assim, os elementos subjetivos integrantes dos fenômenos sociais podem ser reconhecidos. Essa subjetividade não é privilégio de um indivíduo isolado, mas pertence a uma pessoa que se situa numa rede de inter-relações. Ele acentua, ainda, que, “antes de qualquer racionalização, existe uma vivência comum, que pode tomar formas diversas mas que, nem por isso, exprimem menos o extraordinário querer-viver que constitui toda socialidade” (MAFFESOLI, 1998, p. 175).

Ressalta o cotidiano como lugar privilegiado da análise social, pois é nele que se realiza a socialidade, é nele que as interações não são unicamente racionais ou lógicas, mas enraízam-se profundamente na vida banal e manifestam-se em “minúsculas situações e práticas”, ou seja, os “pequenos nada”, sem finalidade, mas que são ricos de significado e fazem parte do “viver humano”. Essa socialidade

é que alicerça as relações sociais, fundamentada na proximidade, na necessidade do “ser/estar-junto-com” e de pertencer a um grupo, constituindo-se na proxemia.

Na concepção maffesoliana, abordar o cotidiano remete menos um conteúdo do que uma perspectiva dos fenômenos sociais e contenta-se em descrever uma “forma” que permite fazer sobressair os fenômenos, as relações, a manifestação figurativa da socialidade. Para isso, Maffesoli (1984, p. 7 e 8) considera três pontos essenciais:

- O pesquisador não poderá abstrair totalmente de seu objeto de pesquisa, pois ele deverá reconhecer que participa da vida social, abolindo a distância entre o sujeito e o objeto, o observador e a coisa observada e apreciando o vivido por si mesmo;
- O ressurgimento da experiência nas práticas sociais e nas análises – pois, a socialidade já não reside [...] na monovalência da razão, [...], mas, ao contrário, num misto de sentimentos, paixões, imagens, diferenças que incita a relativizar as certezas estabelecidas (religiosas, políticas, teóricas) e remete a uma multiplicidade de experiências coletivas
- A temática do cotidiano exige uma audácia do pensamento de modo a romper com a lógica político-econômica, sempre presente nas análises (MAFFESOLI, 1984, p. 78).

A preocupação central da sociologia compreensiva, segundo Maffesoli (1998, p. 117), se dá com o ato de compreender “melhor o aspecto indefinido, complexo das situações humanas, de suas significações entrecruzadas que não se reduzem a uma simples explicação causal”. Isso quer dizer que esta vai ater-se à apresentação das coisas como elas são, isto é, descrever como os trabalhadores da ESF têm construído suas práticas cotidianas considerando o princípio da integralidade, a partir de sua “forma”, que pode lhe dar várias modulações, e não apenas de seu conteúdo, de seu conceito, que o reduz (MAFFESOLI, 1998; PENNA, 1997).

Maffesoli, além de propor a “paixão pelo social tal como ele é, tal como ele se dá, e não como deveria ser” (1987, p. IX), considera, ainda, que existe uma estreita conexão entre a Cultura e aquela “cultura” vivida no cotidiano e que constitui o que ele chama de cimento essencial de toda a vida societal. Para o autor, essa “cultura”

é feita desses pequenos ‘nadas’ que, por sedimentação, constituem um sistema significativo. [...] são coisas que dão conta de uma sensibilidade coletiva, sem muito que ver com a dominância econômico-política que caracterizou a Modernidade. Essa sensibilidade não mais se inscreve numa racionalidade [...], mas é vivida no presente, e se inscreve num espaço dado [...], faz cultura no cotidiano. [...] Com efeito, após o período de ‘desencantamento do mundo’, postulo que se assiste, agora, a um verdadeiro ‘reencantamento do mundo’ [...] que tem como cimento principal uma emoção ou uma sensibilidade vivida em comum (MAFFESOLI, 1987, p. 34, 42).

Parte-se, então, do princípio de que a equipe de saúde da família pode não estar fazendo o trabalho em equipe com a formalidade que os teóricos e o projeto Saúde Integral quer, mas independentemente disso os trabalhadores da saúde mantêm relações, desenvolvendo atividades não institucionalizadas com os usuários no cotidiano, como: passeios no parque, cantigas de roda, arraial da convivência, caminhadas, barracas educativas, teatro e paródias de músicas com temas referentes à saúde. Isso exprime, como diria Maffesoli, as várias formas de socialidade.

Isso tudo nos obriga a reexaminar a análise geral do problema quando se deduz, a partir de princípios teóricos estabelecidos arbitrariamente, que existe um hiato entre o que é preconizado no BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL e o vivido no trabalho cotidiano das equipes de saúde da família em relação à integralidade, e proceder de forma indutiva, isto é, “partir de baixo, daquilo que existe aqui e agora [...] perceber em toda a sua concretude os valores cotidianos que partilhamos com outros, no âmbito de um ideal comunitário” conforme alerta Maffesoli (1998, p. 146).

Nesse sentido, acredita-se que essa abordagem relativista é adequada para compreender as práticas de integralidade no cotidiano do trabalho da equipe de Saúde da Família, pois, na concepção maffesoliana, não basta a lógica dos conceitos redutora e totalitária para análise da vida social, dado o seu aspecto fragmentado, plural, coletivo e complexo, mas, sim, a lógica dinâmica das contradições, que exige “a criação de novos conceitos, ou melhor, noções, que dêem conta da diversidade e especificidade da vida do homem comum, na sua vivência do dia-a-dia” (PITTA, 1997, p. 20).

A escolha desse caminho teórico-metodológico possibilitará a compreensão do objeto de estudo, pois lida com a subjetividade, com as relações

estabelecidas no cotidiano dos sujeitos, buscando compreender o vivido de acordo com a experiência de quem o viveu em determinado tempo-espço (PENNA, 1997, p. 48). Descreve “o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos” (MAFFESOLI, 1988, p. 25).

Além disso, Maffesoli (1988, p. 35) considera que todo conhecimento apresenta dois pólos de tensão que constituem a sua harmonia conflitual: de um lado, é preciso gerir o saber estabelecido; de outro, sentir o que está em vias de nascer. Então, é preciso, numa atitude compreensiva, saber “ouvir a relva crescer, isto é, estar atento às coisas simples e pequenas” do cotidiano do trabalho em equipe do PSF, no qual se vivencia os sentidos da integralidade, interagindo, assim, com este objeto de estudo e ressaltando o que está presente.

A Sociologia Compreensiva Maffesoliana propõe um relativismo metodológico que permite a escolha de um método qualitativo tipo estudo de caso, pois este parte, também, do pressuposto de que a realidade não é única, podendo ser representada sob diferentes óticas presentes numa situação social, assim como o próprio ponto de vista do pesquisador sobre a questão (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Triviños (1987, p. 133) afirma que, entre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes, pois é uma categoria de pesquisa em que o objeto é uma unidade que se analisa profundamente e a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda no assunto. Com isso ela permite descrever não só os aspectos políticos e econômicos, mas também, segundo Maffesoli, o “lado sombra do social”, ou seja, os “pequenos nada” presentes no cotidiano das equipes de saúde da família.

A opção pelo estudo de caso qualitativo justifica-se também porque “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32).

Lüdke e André (1986, p. 18) apontam que o estudo de caso apresenta princípios que se superpõem às características gerais da pesquisa qualitativa, pois fundamenta-se no pressuposto de que o conhecimento não é algo acabado, mas, sim, em constante construção. Por isso o pesquisador deverá estar sempre atento aos novos elementos importantes que possam emergir durante o estudo. Além disso, esse método possibilita o uso de diversas fontes de informação, coletadas em

diferentes momentos, em situações variadas e com variedade de informantes. Com isso, o pesquisador poderá cruzar informações, confirmar ou rejeitar hipóteses, descobrir novos dados, afastar suposições ou levantar hipóteses alternativas e, ainda, representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa situação social.

Portanto, esses autores consideram que esta estratégia de pesquisa permite a compreensão do objeto estudado como único, uma representação singular da realidade, multidimensional e historicamente situada, retratando a vida cotidiana de forma profunda e completa, além de enfatizar a complexidade das situações e evidenciar a inter-relação dos seus componentes.

2.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário deste estudo foi uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pertencente ao Distrito Sanitário Norte do município de Belo Horizonte, constituída pela equipe de Saúde da Família na qual os atores desempenham seus papéis diariamente na cena coletiva, no vivido compartilhado com outro num determinado tempo-espço da vida cotidiana.

O Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte ocupa uma área de 34,32 Km², limitando-se com o Município de Santa Luzia e com os Distritos Sanitários de Venda Nova, Pampulha e Nordeste. Segundo o censo do IBGE/2000, possui uma população de 193.764 habitantes, com um dos maiores índices de vulnerabilidade, compondo um quadro de graves contrastes e desigualdade social (BELO HORIZONTE, 2004a).

O Distrito Sanitário Norte contava, no início da pesquisa, com 58 equipes de saúde da família, sendo 55 completas e 3 nas quais faltam médicos, e a previsão de mais uma equipe para ser formada no Centro de Saúde Aarão Reis. Esse distrito contava, também, com 19 equipes de Saúde Bucal e seis equipes de Saúde Mental, aproximadamente 45 médicos de apoio, dois homeopatas e um acupunturista (BELO HORIZONTE, 2004a). Essas equipes estão distribuídas em 16 unidades de saúde,

sendo que duas possuem anexo para facilitar o acesso da população e organização das atividades das ESF.

As Unidades Básicas de Saúde da Regional Norte funcionam de 2ª a 6ª feira, das 7 às 19 horas. O atendimento de urgência é realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA-Norte), funcionando de 24 horas diárias. Além disso, há uma Central de Materiais Esterilizados (CME), uma Farmácia Distrital e um Centro de Convivência, mas como não possui um Centro de Referência de Saúde Mental (CERSAM), os pacientes portadores de sofrimento mental em crise são encaminhados para o CERSAM/Pampulha.

A existência de equipes de Saúde da Família potencializa a ação de saúde já que elas criam vínculos e se responsabilizam por uma população adscrita. O formato de distribuição das equipes segue o critério de vulnerabilidade (risco muito elevado, risco elevado, médio risco e baixo risco) da população, que busca traduzir os princípios fundamentais do SUS de descentralização, territorialidade e equidade na tentativa da democratização de suas ações. Esse índice de vulnerabilidade à saúde evidencia as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos, a partir dos indicadores que utilizam informações sobre o saneamento básico (água tratada ou não, destino do lixo e dejetos), tipo de habitação, educação (analfabetismo), renda familiar e taxa de mortalidade infantil (BELO HORIZONTE, 2004b).

A UBS deste estudo existe há quinze anos (reinaugurada em meados de janeiro de 1990) em prédio de construção própria, que ao longo do tempo vem sofrendo reformas e ampliação de modo a adequá-lo às atividades desenvolvidas (FREITAS, 1995). Anteriormente essa unidade, segundo informações dos entrevistados, funcionou em instalações precárias cedidas pela Associação Comunitária do Bairro, desde sua fundação no final da década de 1970, somente com um médico, um auxiliar de enfermagem, dois atendentes de enfermagem, um dentista e um auxiliar de enfermagem que exercia a função de auxiliar de consultório dentário. Contava apenas com uma supervisão quinzenal da Secretaria Municipal de Saúde.

A escolha dessa UBS do Distrito Sanitário Norte justifica-se pela facilidade de inserção da pesquisadora no campo de pesquisa, primeiramente, por ser

enfermeira atuando nessa regional e, também, por ser moradora da área de abrangência dessa unidade e conhecer, portanto, a realidade local.

A população adscrita à UBS é a mais elevada da Regional Norte, com 20.061 habitantes, representa 10,25% do total da região (BELO HORIZONTE, 2004c). Entretanto, a unidade caracteriza-se por atender a uma população com índice de vulnerabilidade de 8,7% de elevado risco; 57,4% de médio e 33,8% de baixo risco sendo, portanto, a única unidade da regional norte que não tem uma área de muito elevado risco (FIG. 3).

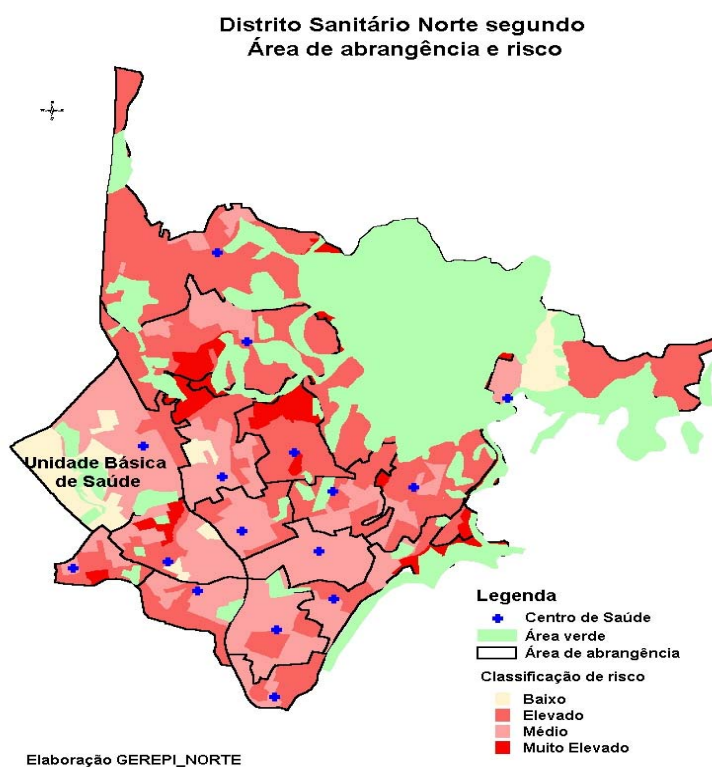


FIGURA 3 – Distrito Sanitário Norte segundo área de abrangência e risco.
Fonte: GERÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA DO DISTRITO NORTE (GEREPI-NORTE), 2005.

Diferencia-se, também, em relação ao seu horário de funcionamento, que é das 7 às 22 horas, de segunda a sexta-feira. A unidade após as 18 horas conta com atendimento de um médico generalista e dois auxiliares de enfermagem de uma mesma ESF, uma ginecologista e enfermeira de apoio.

O quadro de funcionários dessa UBS contava, no início do estudo, com um total de 58 trabalhadores de diferentes categorias, distribuídos da seguinte forma: uma gerente (enfermeira); dois auxiliares administrativos; dois vigias; dois trabalhadores de serviços gerais; dois estagiários digitadores; quatro médicos generalistas; um ginecologista; dois pediatras; um odontólogo; um técnico de higiene dentário; dois auxiliares de consultório dentário; quatro enfermeiras de PSF; uma enfermeira de apoio; dez auxiliares de enfermagem; um técnico de laboratório; um auxiliar de laboratório; dezenove agentes comunitários de saúde e dois agentes sanitários (Zoonose).

A UBS contava também com quatro equipes de Saúde da Família (ESF 1, 2, 3 e 4). Duas delas foram implantadas em 2001, mas somente uma ESF permaneceu completa, ou seja, composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS. Na outra, falta um profissional médico. Nas outras duas equipes implantadas em 2002, somente permaneceu completa uma ESF, mas na outra falta uma enfermeira. Ocorreu que os profissionais que atuavam nessas duas incompletas pediram exoneração durante o período da coleta de dados, mas isso não prejudicou o estudo, pois eles não participavam como sujeitos desta pesquisa.

Em relação à participação no Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pelo Pólo de Capacitação em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, em convênio com SMSA, somente foram capacitados um médico generalista e três enfermeiras, sendo que, os médicos generalistas da ESF 3 e da ESF 4 já estão inscritos para próxima turma, com início previsto no mês de agosto de 2005.

A princípio, foram planejadas, segundo informações da gerente, em decorrência do número da população adscrita à UBS, cinco equipes de Saúde da Família, mas a gestão do nível central decidiu, após a redivisão dos setores censitários pelo IBGE e a reclassificação do índice de vulnerabilidade de risco pela SMSA (BELO HORIZONTE, 2003b), que não se daria prioridade à implantação de ESF em área de baixo risco, como era o caso da 5ª ESF nessa unidade. A população dessa ESF foi, então, redistribuída entre as equipes de Saúde da Família 3 e 4, o que levou à readaptação e à vinculação entre ESF e comunidade, pois

houve mudança na área de abrangência das equipes, com transferência e redução de ACS na UBS.

A gerente também informou que a distribuição da população de cada equipe foi baseada nos dados do IBGE, censo 2000 (BELO HORIZONTE, 2004c), da seguinte forma (FIG. 4): 3.524 usuários para ESF 1 (50% elevado; 31,2% médio e 18,8% baixo risco); 4.677 para ESF 2 (84,6% médio e 15,4% baixo risco); 5.786 para ESF 3 (60,7% médio e 39,3% baixo risco); 6.080 para ESF 4 (48,6% médio e 51,4% baixo risco).

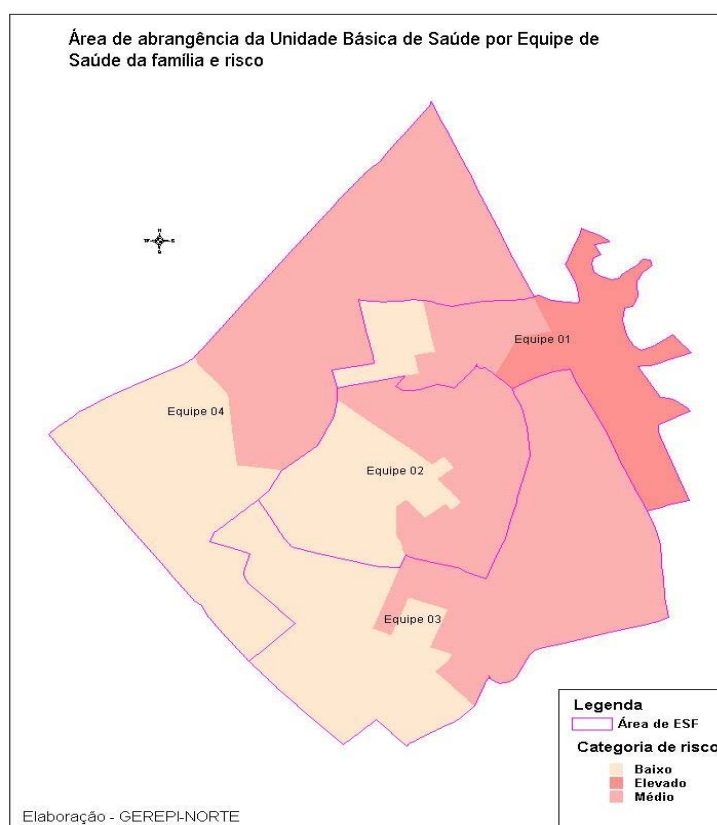


FIGURA 4 – Área de abrangência da UBS por equipes de Saúde da Família e risco.
Fonte: GEREPI-NORTE, 2005.

A quantidade de pessoas por ESF contraria as recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza até no máximo 4.500 pessoas por equipe (BRASIL, 2001), e também da SMSA, que limita em até 4.000 pessoas de risco

médio por equipe (BELO HORIZONTE, 2003b), e isso influencia no trabalho das equipes de Saúde da Família, segundo os entrevistados.

A questão de excesso de famílias por equipes também está presente em relação à Saúde Bucal, pois a unidade dispõe, dada a dificuldade de lotação dos profissionais, somente de uma equipe de Saúde Bucal (ESB), composta por um odontólogo, um técnico de higiene dentário, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e outro ACD de apoio, com a responsabilidade de atender a toda a população adscrita. O preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c), entretanto, é de que deve ser implantada uma ESB para cada duas equipes de Saúde da Família e que atenda, em média, 6.900 habitantes cada uma.

2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Neste estudo, optou-se por assumir a proposição de Minayo (1998) de que na pesquisa qualitativa a preocupação na seleção da amostra deve estar voltada para o aprofundamento e abrangência da compreensão de um determinado grupo social em vez de buscar números capazes de levar a uma simples generalização dos resultados.

A escolha dos sujeitos foi intencional, ou seja, “os indivíduos sociais que têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado” (DESLANDES, 1999, p. 43). Os sujeitos desta pesquisa constituíram-se de nove trabalhadores de uma equipe da Saúde da Família, ou seja, um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, que atuam na UBS da Regional Norte de Belo Horizonte. Como critério de inclusão desses sujeitos, só faria parte da pesquisa a equipe completa, independentemente do vínculo empregatício dos trabalhadores, efetivos, contratados ou municipalizados. A escolha dessa equipe se deu aleatoriamente, conforme disponibilidade e concordância dos trabalhadores da saúde em participar da pesquisa.

A equipe de Saúde da Família que participou deste estudo foi implantada a partir de julho de 2002 e contava, no início, somente com dois auxiliares de enfermagem, seis ACS e um médico generalista contratado e, posteriormente, com

uma enfermeira transferida de uma ESF de outra UBS da Regional Norte. Essa ESF, durante os primeiros anos, sofreu várias mudanças em relação aos agentes comunitários, em decorrência da redivisão dos territórios de abrangência das equipes da unidade, instituída pela SMSA. Mas os outros integrantes permanecem até hoje, sendo que o médico generalista foi efetivado após concurso.

Durante o estudo, considerando que a flexibilidade da metodologia permite tal conduta (LÜDKE; ANDRE, 1986), foram incluídos quatro informantes-chave, que se ofereceram para participar do estudo e se relacionam com essa equipe no seu trabalho cotidiano, a saber, a gerente, que anteriormente atuava como enfermeira, e três trabalhadores da saúde da primeira ESF implantada nessa unidade. Desses, uma auxiliar de enfermagem e um médico, que estão nessa UBS desde que ela funcionava em outro local, a primeira desde a sua fundação e o segundo, a partir do final da década de 1980. Havia também uma enfermeira que ingressou na atenção básica na década de 1990 e coordenou o PACS nessa unidade e, portanto, participou de todo o processo de implantação do BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL.

A faixa etária dos sujeitos variou entre 29 e 63 anos, sendo dois somente do sexo masculino. O tempo de trabalho no PACS/PSF gira em torno de três a cinco anos. Somente os cinco agentes comunitários são terceirizados pela SMSA; os demais são efetivos, com previsão de aposentadoria de duas auxiliares de enfermagem para mês de julho deste ano. Isto mostra que todos os entrevistados vivenciaram o processo de implantação do BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL.

Todos os sujeitos desta pesquisa foram informados sobre o tipo e objetivo da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (ANEXO 1) em cumprimento à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos, antes de realizadas as entrevistas. As entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, gravadas para garantir a fidedignidade dos dados, sendo preservados o anonimato e a utilização das informações somente para fim desta pesquisa. As entrevistas foram, então, identificadas pelas iniciais da letra correspondente a cada profissão e seguida de um número de acordo com a quantidade de cada categoria profissional entrevistada: médico- M1 e M2; enfermeiro- E1, E2 e E3; auxiliar de enfermagem-

AE1, AE2 e AE3; agentes comunitários de saúde- ACS1; ACS2; ACS3; ACS4 e ACS5.

2.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Uma vez definido como cenário uma UBS do Distrito Norte, foi feito contato com gestor distrital e com a gerente da unidade para a apresentação do projeto e a solicitação de autorização para coleta de dados. Antes de iniciar o trabalho de campo, o projeto foi encaminhado e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da SMSA-PBH (ANEXO 2) e da UFMG – COEP/UFMG (ANEXO 3).

A obtenção dos dados da experiência se deu por meio das descrições dos sujeitos que as vivenciam e da observação direta do trabalho cotidiano da ESF. Os significados desses eventos ocorreram de março a junho de 2005.

Nesse sentido, para compreender o objeto de estudo sob a ótica dos trabalhadores da saúde, utilizou-se entrevista individual com um roteiro semi-estruturado (ANEXO 4) para a obtenção dos dados primários, pois, segundo Cruz Neto (1999, p. 57), esse instrumento “se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”.

A entrevista possibilitou, por meio da fala dos sujeitos, a obtenção dos dados referentes a “fatos; idéias, crenças, maneiras de sentir, maneiras de atuar; conduta ou comportamentos presentes ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos”, conforme afirma Jahoda, citado por Minayo (1998, p. 108). Fez emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos atores sociais, permitindo, também, ampliar e aprofundar a comunicação entre o entrevistador e entrevistado.

Machado (1997, p. 40) considera que por meio da entrevista pode-se compreender as percepções da situação real existencial do sujeito, ou seja, “os construtos que participam da experiência do senso comum do mundo intersubjetivo da vida cotidiana”.

A coleta dos dados se deu até o momento em que ocorreu a repetitividade dos discursos, chegando, então, à saturação das informações, ou seja, a partir do ponto que estas se tornaram redundantes (BODGAN; BIKLEN, 1994).

Os dados primários foram coletados mediante observação direta dos eventos do dia-a-dia do grupo estudado, no sentido de “captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (CRUZ NETO, 1999, p. 60); ou seja, a experiência em suas diversas dimensões, o vivido, em toda sua concretude, o sentimento ou a paixão (MAFFESOLI, 1987).

Essa técnica de coleta de dados possibilitou um contato pessoal e estreito do pesquisador com o seu objeto de estudo, levando a uma proximidade com a “perspectiva dos sujeitos” e à apreensão do significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Isso permitiu ao pesquisador selecionar os sujeitos da pesquisa com maior segurança e pertinência e, posteriormente, com os dados coletados, complementar a análise das entrevistas.

A opção pela observação direta do trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família não é no sentido de simplesmente olhar esse fenômeno social, mas, sim, de destacar seus aspectos aparentes e mais profundos, captando suas contradições, dinamismos e relações (TRIVIÑOS, 1987, p. 153).

Para a coleta dos dados secundários foram utilizados documentos obtidos na instituição, ou seja, projetos do Ministério da Saúde e da SMSA-BH, atas de reuniões e relatórios sobre o trabalho da equipe de Saúde da Família.

A utilização desses documentos não serviu apenas como fonte de informações contextualizadas, mas surgiu num determinado contexto que fornece informações sobre esse contexto. Além disso, são retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. A escolha por mais de uma técnica para a coleta de dados se aplica a um dos princípios do estudo de caso (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

As anotações de campo referentes às descrições e reflexões sobre as ações, atitudes e expressões verbais e não verbais dos sujeitos durante as entrevistas individuais e a observação direta foram registradas num diário de campo

imediatamente após cada observação e posteriormente analisadas. Fez-se, em seguida, a triangulação dos dados, ou seja, as múltiplas informações como prova eficiente de validação foram combinadas e confrontadas (MINAYO, 1998).

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a compreensão dos dados empíricos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, pois por meio dela busca-se, mediante a leitura de primeiro plano, atingir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Relacionaram-se, assim,

estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula-se a superfície dos textos descrita e analisada como fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem (MINAYO, 1998, p. 203).

A opção pela análise temática consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, de forma que a presença ou frequência seja significativa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 1995; MINAYO, 1998). Para isso, foram necessárias as seguintes etapas:

1ª) Pré-análise – Consistiu, após transcrição literal das entrevistas e leitura flutuante e exaustiva do material e das anotações do diário de campo, na tentativa de apreender seu conteúdo e desvelar, assim, “mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 48). Após as leituras flutuantes e lineares, o material foi organizado de acordo com as normas de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência) e as unidades de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a etapa desta análise foram determinados.

2ª) Exploração do material – Consistiu na transformação dos dados brutos. Inicialmente, recortou-se o texto em unidades de registro (palavra, frase ou

tema) para a compreensão da fala dos sujeitos. Esses dados foram agregados e classificados em categorias teóricas ou empíricas, ou seja, “aquelas que têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica” (MINAYO, 1998, p. 94). As categorias empíricas foram as seguintes:

- 1 Uma história construída na prática cotidiana: mudanças vividas.
- 2 As práticas de integralidade como construção cotidiana:
 - 2.1 As práticas de integralidade vivenciadas.
 - 2.2 Dificuldades encontradas
 - 2.3 Espaços de interação

3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – Após a etapa anterior, as categorias foram analisadas a partir de inferências e interpretações previstas no referencial teórico levantado ou sugeridas pela leitura do material.

3 COMPREENSÃO DOS DADOS

3.1 UMA HISTÓRIA CONSTRUÍDA NA PRÁTICA COTIDIANA: MUDANÇAS VIVIDAS

O processo de mudança para a construção do SUS na UBS em estudo é descrito por três grupos distintos de sujeitos. Do primeiro grupo fazem parte os trabalhadores que estão nela desde sua fundação, no final da década de 1970, quando a UBS funcionava em outro local. Vivenciaram, portanto, diferentes propostas de organização da assistência à saúde, antes e depois da instituição do SUS. O segundo constitui-se de trabalhadores que ingressaram na década de 1990, para viabilização do Projeto Vida e da estratégia do acolhimento na UBS. E o terceiro é formado por aqueles trabalhadores incorporados a partir de 2000, com a implantação do PACS e, conseqüentemente, da estratégia de reorientação do modelo tecno-assistencial.

Pode-se dizer que esses dois últimos grupos não conviveram com as experiências anteriores ao SUS, pois já entraram com a proposta em andamento. Diferentemente do primeiro, no qual se percebe, pelos discursos, nítidas mudanças na assistência à saúde após a década de 1990, consideradas positivas tanto para o trabalhador quanto para o usuário. Os sujeitos descreveram o movimento de mudança ocorrido no cotidiano e as influências que tiveram na reorganização do processo de trabalho da UBS, contribuindo, assim, para implantação do SUS em Belo Horizonte.

O relato a seguir retrata como a assistência a saúde na atenção básica mudou a partir de 1993 com o novo cenário político de Belo Horizonte, ou seja,

Do Patrus pra cá mudou demais. Nossa... aqui era assim: a pessoa chegava pra marcar a consulta, e 'ah, num tem mais vaga'. A pessoa dormia à noite aí pra conseguir uma vaga. Você num tinha essa abertura que tem hoje de chegar perto do médico e falar com ele: 'Olha doutor, chegou uma pessoa com uma dor muito forte', e ele fala: pega um acesso. Aí ele me dá a receita e eu já vou, antes dele ver o paciente ele quer que a gente acabe com a febre ou a dor pra poder examinar. (AE1)

A partir da década de 1990, a Secretaria de Saúde tornou-se gestora de todo o Sistema de Saúde, com autonomia na definição de sua política de saúde. Em um primeiro momento, observa-se outra lógica de atendimento na UBS, com a implantação da Vigilância à Mortalidade Infantil – Projeto Vida – e a estratégia de reestruturação do processo de trabalho com o acolhimento. Posteriormente, houve a implantação do PACS-BH VIDA, considerada uma estratégia de transição para o PSF-BH VIDA SAÚDE INTEGRAL.

O processo de discussão do acolhimento nessa UBS iniciou-se em 1996 e somente *em 1997 foi implantado o acolhimento de pediatria (E2)* na unidade. Geralmente era uma enfermeira que fazia o acolhimento das crianças pela manhã e uma outra à tarde, ou seja, *à medida que ia chegando à gente ia acolhendo, avaliava as crianças que vinham buscar os serviços. E não tínhamos este acesso que a gente tem hoje de estar indo à comunidade (E2)*. O acolhimento da pediatria possibilitou aos profissionais começarem a conhecer a realidade da comunidade mediante a escuta dos problemas demandados pela população que buscava a unidade e a criar vínculo com esses usuários. Por isso, eles começaram a se indignar com as situações vividas pelos adultos, ou seja, *a gente saía chateado de ver... Sete horas da noite já tinha gente com colchãozinho ali fora (E3)*, para garantir o acesso a uma ficha para consulta médica no dia seguinte. A partir disso, a gerente e com a equipe de saúde implantaram, em 1998, o acolhimento do adulto na unidade, *e então conseguimos acabar com a fila, por causa do acolhimento (E3)*.

Tal estratégia, de acordo com Malta e Merhy (2002, p. 80), permitiu reflexões coletivas sobre a saúde como direito de cidadania, resgatando no cotidiano o espaço de trabalho como lugar de sujeitos; e ainda “a ampliação do acesso, a integralidade na assistência, a resolubilidade, a responsabilização clínica e sanitária, através das mudanças na micropolítica do processo de trabalho em saúde”. Além disso, foi possível retomar a reflexão sobre a universalidade na assistência e a dimensão da governabilidade das equipes locais para que pudessem intervir nas práticas de saúde.

Paralelamente ao início do acolhimento na UBS, foi sendo implantado o Projeto Vida, no qual os profissionais tinham de acompanhar todos os recém-nascidos da área de abrangência de acordo com alguns critérios de risco incluídos nas declarações de nascimento (DN) recebidas na unidade para a busca ativa

(MALTA *et al.* 1998). Então, cabia à equipe de enfermagem as visitas domiciliares, em uma busca ativa às crianças faltosas ou de alto risco, isto é, *a DN a gente ia nas casas* (AE3):

Eu sempre trabalhei desse tipo que é hoje. Quando começou essa parte do programa do Projeto Vida, o programa dos recém-nascidos de riscos, eu tomei a frente. Então desde essa época eu já visito já passo pras enfermeiras, já passo pro médico, se tinha uma criança precisando eu já passava pro médico, quer dizer que pra mim a única coisa que alterou é que agora a gente já tem a equipe formada, então tem uma pessoa que eu já posso ir direto... Eu parei de mexer com aquilo depois que entrou as ACSs. (AE1)

Evidencia-se neste discurso uma mudança no processo de trabalho na UBS, principalmente com o início do acolhimento e do Projeto Vida, e posteriormente quando *começou o processo de implantação do Programa de Agente Comunitário (PACS)*. *Aí com isso, a demanda do centro de saúde começou a aumentar* (E2). Portanto, a equipe de saúde teve de se reestruturar para atender a toda essa demanda:

Mas com o PACS a demanda aumentou muito, porque a gente descobriu as pessoas que até então não sabiam que este centro de saúde era referência. Eles chegaram querendo assistência. Aí foi um passe para implantação do PSF, que acabou tendo que ser implantado mesmo, porque a demanda foi grande, a população tava querendo. Já que tinha uma mídia toda falando e os ACS divulgando. À medida que saiu do PACS para ficar como PSF, foi uma coisa até mais tranquila, porque a gente já conhecia as nossas áreas. [...] Foi uma coisa gradual, assim, nunca, os pacientes da outras áreas por não ter, por exemplo, equipe 3, equipe 4, deixou de ser assistidos pela equipe 1 e 2. (E2)

Entende-se que o PACS veio para *começar a estruturar o serviço que era o primeiro passo para da introduzindo o PSF* (E2), mas antes mesmo da implantação das primeiras equipes de Saúde da Família em 2001 na UBS observou-se o aumento da demanda espontânea na unidade, decorrente da divulgação, pelo ACS e pela mídia, dos serviços ofertados no centro de saúde. O discurso da enfermeira revela que aceitou a coordenação dos agentes comunitários nessa UBS, pois não só ela, mas tanto os profissionais quanto os usuários teriam *a ganhar com a implantação do PACS, ou seja,*

para mim seria mais tranquilo porque eu moro perto e também eu achava que o programa valia pena para nós profissionais de tá investindo, para melhorar a nossa qualidade da assistência, para a gente saber mais a respeito da nossa população. Acho que a gente teria a ganhar com a implantação do PACS. (E2)

O PACS tinha como *objetivo principal* daquele momento fazer o *cadastramento das famílias da nossa área de abrangência* (E2). Por meio desse diagnóstico da população, o profissional da saúde pode se aproximar mais da realidade da comunidade e perceber as deficiências na infra-estrutura da UBS, que ia desde a falta de estrutura física e de material até de pessoal, necessários para prestar uma assistência de qualidade e resolutiva:

Os ACS vieram como uma força de trabalho muito grande pra nós, um apoio porque através deles nós conhecemos a população que a gente trabalha... A gente tava oferecendo o serviço, mas a gente não tinha estrutura, assim física, pra tá recebendo a população. Número de funcionários, número de médicos. Eles através do cadastramento até mesmo para eles serem recebidos eles tinham que falar o que eles eram e o que o centro de saúde estava oferecendo. [...] eles traziam os problemas pra gente tentar resolver. E, até então, a gente não tinha estrutura até pra tá indo na comunidade pra tá resolvendo os problemas. Porque a nossa atenção era voltada para dentro do centro de saúde e não pra fora. E aí a gente tentava, como por exemplo, uma visita domiciliar, eu tinha um clínico de manhã que atendia 12 consultas e um clínico à tarde pra atender 12 consultas e era marcação na fila pra quem chegasse primeiro de manhã tinha direito a consulta. A gente tinha uma vantagem que o M 2, quando o paciente precisava, ele já ia fazer visita domiciliar em alguns pacientes. (E2)

Evidenciou-se com o PACS que atenção à saúde na UBS era totalmente voltada para consulta individual, centrada no profissional médico, que se limitava, conforme o discurso, a *atender 12 consultas, com marcação na fila para quem chegasse primeiro de manhã tinha direito a consulta*. Então, o discurso teórico do BH VIDA era, a princípio, implantar o PACS considerado assim, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre o serviço de saúde e a população até a implantação do PSF, enquanto a Saúde da Família seria a estratégia de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial. Na verdade, na prática, a partir do momento em que os problemas da população iam sendo levantados pelos

agentes comunitários, estabeleciam-se vínculos. A equipe de saúde buscava resolutividade, mesmo sem ter estruturado o PSF.

[...] que o objetivo deles nesse programa também é isso é desafogar os hospitais, pra lá só vai casos que seja de hospital não é isso? Então desafogou os hospitais, acredito que o objetivo deles era esse, o que for resolvido na unidade básica da saúde vai ser resolvido no posto, o posto pode resolver um monte de coisa, pelas equipes de saúde. Porque antes pessoa passava mal, vomitava, com dor de cabeça, diarreia, corria pros hospitais, ficava tudo lá nos corredores, agora com esse negócio de saúde da família, com esse tanto de informações, então agora ele sabem que não precisam correr pra lá. (ACS1)

Os objetivos do PSF em si...? de atenção primária à saúde? Então, quando você tem a atenção primária, você acaba tendo muito mais trabalho do que ficar tratando doenças que já são crônicas... que já debilitaram uma paciente... causam internações... Isso sempre tem um fundo financeiro, porque isso dá menos gasto também. Então, a prefeitura investe na saúde da família, porque a saúde da família diminui os gastos de internação de idosos, pra que desafogue um pouco os hospitais de pronto socorro, as policlínicas, os serviços de urgência... Então, o PSF faz isso. A gente controla essas doenças que são as causas principais de morbidade, internações, que são a hipertensão, diabetes, esses pacientes não vão num hospital controlar isso. Então, a gente controla isso melhor e faz controle de natalidade, vacinação de criança... doenças... da pediatria. Então, o PSF inclui isso e acaba desafogando um pouco o sistema... Talvez seja esse o grande objetivo. O SUS quer sempre que tenha um pouquinho de custo. Hoje em dia parece que a finalidade de tudo é sempre pensar um pouquinho em ganhar, em desafogar... tirar prejuízo... ter lucro. (M1)

Os enunciados revelam o que se espera com a implantação do PSF no município de Belo Horizonte, ou seja, *a prefeitura investe na saúde da família, porque diminui os gastos de internação de idosos, para que desafogue um pouco os hospitais de pronto socorro, as policlínicas, os serviços de urgência.* Na verdade, se não houver reorganização da atenção básica, com investimento na prevenção e na promoção da saúde, a população tende a buscar os serviços de maior complexidade e, com isso, a aumentar os gastos e a agravar a crise financeira do setor saúde. Então, o Ministério da Saúde implantou o PSF “com a expectativa de imprimir nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, com maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, e impacto favorável nos indicadores de saúde da população assistida” (CAETANO; DAIN,

2002, p. 13). Portanto, o PSF é considerado como a principal resposta oferecida pelos órgãos governamentais à crise do modelo assistencial (FRANCO; MERHY, 2003).

Os entrevistados consideram positivas as mudanças provocadas pelo PSF tanto para os trabalhadores da saúde quanto para os usuários:

Houve uma melhoria, assim, fantástica. [...] eu praticamente nestes quatro anos, eu já pude perceber qual a carência de cada um. Qual a maior necessidade que cada um precisa. Isto é bom, porque isso já traz, já reforça o tratamento. Você saber o que vai fazer... programar as ações. (M2)

Houve uma mudança pra melhor, porque hoje o usuário que procura o centro de saúde,... da equipe,... aqueles pacientes que são mais crônicos, que vêm sempre na unidade ou que participa do grupo ou que a gente faz visita;a gente conhece. (E2)

Essa mudança trouxe uma melhoria pro povo, porque geralmente, era mais um grupo fechado, não tinha uma porta aberta assim, a gente atendia, mas não era como hoje que tem as equipes, cada um tem referência de chegar e procurar, conseguir, ligar de lá pedindo, nós estamos precisando de um médico, de uma enfermeira. [...] É coisa de outro mundo, PSF levar exame na casa da gente. Pessoa vem até aqui, isso é bom demais. Pra comunidade é muito bom, não é? (AE3)

[...] foi a melhor coisa que podia acontecer esse PSF, melhor coisa que aconteceu em Belo Horizonte, porque já tinha várias cidades. [...] Então o povo tá feliz demais com esse PSE. Os idosos então você vai fazer visita pra eles, você vê a carinha deles de felicidade quando o médico chega, eles nunca tiveram isso aqui em Belo Horizonte,... aquela assistência, aquele carinho, que a pessoa sente quando você chega... (ACS1)

E agora, com o Programa de Saúde da Família, a gente conhece melhor as pessoas. Ele não é só um paciente, ele passa a ser... a fazer parte da vida da gente. [...] porque parece que eles têm uma amizade, [...] Antigamente era mais... quer dizer, no início, quando tinha menos médico, era um paternalismo. Agora, num tem esse paternalismo, mas tem um atendimento, assim, mais integrado. Você tá mais perto do paciente. Antigamente era assim: num tinha aquele negócio da equipe tá fazendo seu acolhimento. Quem tava na portaria marcava a consulta pro médico. [...] Tinha fila lá fora, mas era tanta gente, que eles não sabiam nem pra quem que ia marcar [...] Muita gente comprava a ficha da consulta. Agora num existe mais isso. [...] Eu acho que agora tá melhor... Hoje, ninguém sai sem marcar uma consulta. Todo mundo que vai no acolhimento no horário, a gente marca uma consulta. Mesmo que vai depois do horário, ela num sai sem resposta. Mesmo que não seja só consulta. Qualquer resposta, qualquer coisa que a pessoa precisar. Que seja

uma informação, a gente num sabe, a gente vai ligar pro órgão que a gente sabe que pode informar. [...] eu pergunto à minha colega. Então, a gente pode tá sempre conversando, procurando sempre uma resposta pro paciente. (AE2)

Observa-se que, com o fato de as equipes de Saúde da Família terem responsabilidade por determinada população, o médico passou a se envolver também com as questões relacionadas ao acolhimento, pelo menos dando retaguarda à equipe de enfermagem:

Nosso acolhimento de pediatria sempre foi o dia inteiro. Atualmente nós estipulamos uma enfermeira que faz o acolhimento de pediatria de todas as equipes de manhã. No horário de almoço geralmente tem uma enfermeira aqui na unidade e a tarde, as pessoas vão pro trabalho de campo, vai pra visita, pros grupos que são na comunidade. Então a enfermeira que está aqui na unidade, indiferente da equipe pede pra avaliar a criança, aí avalia. Se tiver pediatra na unidade e tiver vaga, a gente coloca pra o pediatra e se o médico da equipe da criança da aí, a gente da encaminhando pro médico da equipe. Se não tiver médico (o que agora é muito difícil de estar acontecendo isso) aí o enfermeiro da unidade se tiver precisando de uma consulta de urgência, manda pra policlínica. Para ir para policlínica agora tem que até mesmo avaliação médica, quando ele vê que não pode fazer nada na unidade. [...] Eu vou atrás do médico que está com mais vaga, que o acolhimento tá mais tranqüilo e quando eu vejo que o bicho tá pegando, que ninguém pode aí eu venho oh, M1, por favor, atende pra mim. (riso) Porque o M1, pra começar ele tem o perfil de médico de urgência e ele atende aqui em baixo, então, quando é urgente, mesmo, a gente bate e ele já vai. Quando dá tempo pra chamar os outros médicos das outras equipes, [...] eu vejo qual médico tá mais folgado, pra também não sobrecarregar o M1, só porque tá atendendo nesta sala, que ele vai atender todas as urgências que chegar ali. (E2)

Parece que começou... primeiro E2 ficava fazendo o acolhimento geral do adulto. Então tinha assim: cinqüenta, sessenta pessoas na fila a manhã inteira. Na verdade, tinha só duas enfermeiras até eu chegar, uma fazia de criança e a outra fazia de adulto. Elas distribuíam tudo para os médicos que estavam atendendo. Aí depois quando eu cheguei, nós começamos a dividir o acolhimento de adulto por equipe. E o da pediatria continuou geral, como é até hoje... Não separou por equipe. Porque tem duas pediatras. Neste caso a gente ocupa as vagas dos pediatras, caso agudo. (E1)

Mas, hoje em dia é mais fácil de... a pessoa conseguir as coisas. Antigamente era mais difícil. No sentido de conseguir as consultas... a pessoa tinha que dormir... passar a noite pra marcar uma consulta. Hoje em dia num precisa mais disso. Hoje em dia tem tanto perigo, tanta violência. Eu acho o que cada um puder fazer pra tá ajudando o outro. Seja um paciente da gente, ou de outro lugar... a gente tem

que tá fazendo... Mesmo que num seja da nossa equipe, que num seja da nossa... comunidade, que pertença a outro posto de saúde. O primeiro atendimento a gente dá. Nunca nega não. Aí depois a gente manda procurar o caminho certo. Se puder acompanhar, a gente acompanha. Se num puder a gente põe eles no caminho. Na equipe deles, mostra o caminho pra eles. (AE2)

Os sujeitos descrevem o acolhimento como uma postura acolhedora dos trabalhadores durante todo o tempo, pois eles não se restringem somente a ficar numa sala determinado horário, mas buscam escutar e dar respostas às demandas de todo usuário que procura o serviço. Além disso, procuram reorganizar o processo de trabalho da UBS, que articula as ações de diferentes profissionais de saúde para prestar uma assistência mais resolutiva. Portanto, entende-se o acolhimento nas suas três dimensões, apresentadas, por Silva Júnior e Mascarenhas (2004, p. 243-246): como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. O acolhimento “como postura, pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas”, abrangendo ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário. Na dimensão técnica, o acolhimento “instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados”. E como reformulador do processo de trabalho ou diretriz de serviço, o acolhimento pontua problemas e oferece soluções e respostas. Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço”.

O acolhimento, então, possibilita que a ESF identifique as necessidades de saúde da sua população e reorganize suas ações de saúde:

Quando o paciente chega no acolhimento a gente já define, principalmente do adulto qual enfermeira que vai tá atendendo, porque geralmente a enfermeira que faz, a não ser que ela tenha outra atividade ou por alguma falta, o auxiliar da equipe que faz. Então, a gente já tem a referência ou os auxiliares já sabem pra onde definir. E o enfermeiro quando ele termina o acolhimento dele, sempre tem alguém aqui no corredor pra tá avaliando os casos agudos, porque os casos agudos indiferente da equipe eles são atendidos. (E2)

Então hoje já tem essa facilidade. Quando a pessoa chega, eu já posso oferecer alguma coisa. Antes a gente não tinha nada disso. Você num tinha condições, num tinha gente,... enfermeira... Então

era assim, doze consultas e morreu assunto, você não podia marcar pra depois; tinha que vir de madrugada ou então você tava muito ruim, você já tinha que mandar pra policlínica. (AE1)

Uma coisa que a gente implementou é o acolhimento feito por mim. Eu achei isso válido até pra tirar o sufoco que tava. Por que, o acolhimento feito pela E 2 ela tem uma resolutividade. O acolhimento feito pelo auxiliar de enfermagem é outra resolutividade. Quando o acolhimento é feito por mim, essa resolutividade é muito maior. É, assim, tipo uma consulta mesmo mais objetiva, você vai naquilo que o paciente veio buscar. Eu faço ele concentrar naquela queixa principal, naquilo que mais está incomodando ele. [...] quando é consulta programada, eles vêm falam o que querem, têm o tempo, pois eu dou toda liberdade, disponível que precisa. Mas no acolhimento, eu tenho que ser mais objetivo, porque eu vou atender 30 a 40 pessoas. [...] em reunião de equipe, a gente determinou, toda segunda-feira, eu tô no acolhimento. Eu não agendo nada, porque se é eu que tô fazendo o acolhimento não tem necessidade de eu agendar. Então, a agenda fica toda livre pra quem vai pegar o acolhimento nos outros dias. Isso tem dado uma resolutividade grande, melhorou bastante a nossa demanda, em termo de não deixar de acolher ninguém. Então, a gente dá uma resposta pra cada um que chega aqui na segunda-feira. [...] a gente conseguiu com isso concentrar todas as consultas naquela semana, pra não ficar jogando consulta pra semana que vem igual acontecia antes. Acho que é uma coisa até inédita pra o pessoal dos outros Centros de Saúde, trabalhar o médico com o acolhimento. (M2)

Os enunciados revelam que as mudanças na lógica do atendimento provocadas pelo o acolhimento foram mais evidentes após o PSF, pois a equipe, ao se tornar referência para os usuários, acabam criando vínculos e têm uma atitude mais acolhedora, procuram dar uma resolutividade para os problemas por eles demandados.

O PSF possibilitou que o trabalhador de saúde conhecesse as reais necessidades de saúde do usuário indo ao espaço em que ele vive, seu domicílio, à comunidade dele, e estabelecesse um vínculo entre eles e uma co-responsabilização para a resolução dos seus problemas. Isso provocou mudanças no processo de trabalho da UBS, pois houve a ampliação do acesso do usuário ao serviço de saúde, uma postura acolhedora da ESF e a integração dos trabalhadores da saúde, *procurando sempre uma resposta para o paciente (AE2).*

O objetivo é que nem todas as pessoas têm condições de pagar um táxi, tem carro próprio... de vim ao posto de saúde. Fica em casa passando mal, até que caía num estado que precisa chamar o SAMU ou um serviço qualquer... Pois é, essa parte eu acho que foi

excelente na unidade, porque você chega e tem aquele pessoal da sua equipe com o tempo que você já trabalha eles já te conhecem, já chegam... vai direto na gente [...] O agente comunitário, o médico ir na casa, o enfermeiro, auxiliar, todo mundo fazer a visita é muito importante! (AE1)

Eu só ficava na farmácia à tarde. Mas, agora eu já participo de tudo na unidade, eu fico rodando, faço um pouco a sala de vacina, fico no corredor, tem curativo que eu fico só de manhã. Acolhimento eu faço, quando precisa. Faço grupos, visita, às vezes tenho que fazer alguma injeção, algum curativo fora. [...] Às vezes até tem uma escala, mas nem sempre a gente cumpre aquilo ali, sabe? Às vezes falta uma pessoa a gente tem que modificar. É a enfermeira que faz rodízio. Ela que define o que a gente vai fazer. Aí delega função. Uma pessoa vai pra sala de vacina, a outra vai pra recepção. (AE2)

E eu acho que trabalhar também com esse tanto de enfermeira é mais fácil, do que antigamente quando era duas ou uma. A gente sofria muito mais. Às vezes eu penso como é que a gente dava conta de fazer algumas coisas... tanto de coisa e a gente não ficava fora. Porque antigamente a gente não fazia visita, a gente não ficava lá vendo todos os curativos... a gente consegue fazer uma escalinha assim, sabe?... quando não tem ninguém de licença ou de férias... em cada setor fica uma enfermeira. Então, uma semana na pediatria, a gente ainda não conseguiu separar a pediatria... acho que nós não temos nem interesse de separar, sabe? Mesmo porque pra mim, na minha equipe seria ótimo! Nós já fizemos um levantamento, a minha equipe e a 4 é a que menos traz criança. Porque, é... a nossa equipe é mais adulto. (E1)

Agora eu acho que tá mais dividido, o pessoal tem aquele médico certo... enfermeira certa. Num fica aquele negócio, um pra um, pra outro. Acho que ficou muito melhor depois das equipes montadas. Não tem aquele negócio do pessoal dormir na fila... é atendido no mesmo dia... eu acho que foi 100% melhor mesmo. A gente passava aí, tinha pessoal dormindo na fila. Depois das equipes montadas, isso acabou... a gente que vai atrás das pessoas. A pessoa chega de manhã, tendo vaga, é atendida no mesmo dia. Eu acho que eles resolvem bastante. Sempre que trouxe problemas, foi resolvido... O trabalho da gente, dia-a-dia vai aumentando. Sempre tem uma coisa nova pra gente fazer. (ACS5)

Observa-se um movimento de mudança no processo de trabalho, principalmente a partir da implantação do PSF nas unidades, que vem refletindo na organização da assistência à saúde, apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelas equipes de Saúde da Família. Percebe-se que, com a entrada dos agentes comunitários de saúde na UBS, um trabalhador leigo e ao mesmo tempo usuário da comunidade mudou suas relações de trabalho dentro da equipe de saúde. A princípio, com o PACS, a equipe de saúde não considerava muito o saber do ACS,

assim como o usuário. Ao longo do tempo, os trabalhadores de saúde foram interagindo com o agente comunitário e reconhecendo a importância desse saber, principalmente após a formação da ESF, para sua prática cotidiana. Isso gerou mudança na relação não só com ACS, mas também com usuário.

O usuário, a partir do momento em que é chamado a conhecer a proposta, percebe que o serviço de saúde *tem melhorado e o PSF busca melhorar* (ACS3) cada vez mais. Isso faz com que a população participe ativamente desse processo, como expressa um dos respondentes que aponta que se tem uma *comissão local é atuante, que te ajuda, programa as reuniões de conselho local, não fica naquela de só cobrar, cobrar* (E3). Dessa forma, ela contribui muito para a efetivação das mudanças, tanto com críticas quanto reconhecendo o trabalho da ESF.

Com a formação das equipes de Saúde da Família na UBS, vários problemas vêm sendo resolvidos em menor tempo do que na época em que contava com apenas uma equipe. No entanto, inicialmente, pelo vínculo que já havia se estabelecido entre trabalhadores e usuários, nota-se que a redistribuição das famílias entre as outras equipes gerou muito mais um sentimento de perda e de insatisfação:

Eu lamento um pouco, de não poder servir as outras, também, os pacientes que eu deixei de atender. Foi uma coisa talvez um pouco triste que os pacientes, quando me vêm, assim, que são das outras equipes, foram muitos anos de convivência. E isso, aí, ficou a saudade de não tá podendo atender eles com aquela atenção que eu dava (risos). Eles lamentam isso, e eu também lamento. Talvez, mas, assim, isso é coisa que a gente vai vencendo aos poucos (risos). Este cordão umbilical que fica (risos). No mais eu estou muito satisfeito. (M2)

Quem fez o cadastro lá foi eu, que o setor era meu. Depois dividiu com aquela divisão do IBGE passou pra ela... Então eu conheço muita gente da área dela. Fora isso, não tem nada não. Nossa equipe é tudo normal... Gosto demais. (ACS5)

A divisão foi essa equipe tal vai assumir tal área. Foi aquela divisão que eles fizeram que eu não participei. A comunidade brigava demais com a gente. [...] A gente sentiu a demanda muito maior, trabalhou dobrado e deu o que tinha mesmo, pra poder conseguir chegar onde nós estamos agora que tá mais tranquilo... o povo já aceitou mais que era só briga. Saiu da equipe do M2? Há, brigavam na secretaria, eu não saio. Ainda existe umas pessoas, que fica resistente, tenta furar fila, vem a noite, passa o bico, ele não sabe falar não, nem a

gente, porque fica com dó. Acostumou demais, sabe quando você acostuma com a pessoa, que você não aceita outro, que tudo do outro dá errado? A gente sente que dá errado? Então, foi difícil pro povo, mas de repente eu me adaptei também, é bom. Pessoal agora trata a gente muito bem, tem maior carinho com a gente, comunidade toda. (AE3)

Durante o processo de formação das equipes, ocorreram muitas transferências de ACS de uma equipe para outra intra e interunidades. Houve redução de algumas microáreas de responsabilidade dos agentes comunitários, imposta pela SMSA em razão de uma nova divisão dos setores censitários pelo IBGE 2000 e uma reclassificação de vulnerabilidade de risco das mesmas (BELO HORIZONTE, 2003b). Essas mudanças não levaram em consideração o vínculo já estabelecido entre o trabalhador-trabalhador, o usuário-equipe, mas principalmente entre o ACS com os usuários cadastrados por ele.

No princípio eu não queria vim não, mas não teve jeito... 'Ou você vai ou vai ser mandada embora'. Me colocaram num pacote e eu vim. Modo de falar, mandaram o setor e me colocaram dentro e mandaram junto. O pacote é o setor. No princípio eu não queria não. Eu acostumei lá, com o pessoal,... Depois eu me adaptei bem... Eu fui muito bem recebida... Aí fui acostumando... Hoje não quero sair daqui mais não... Me dou bem com todo mundo... não tem nada contra ninguém... (ACS5)

Gerou uma insegurança muito grande. No início eles tavam morrendo de medo, primeiro porque não ia formar a equipe 5 e ficou todo mundo com medo de ser mandado embora, porque quando falaram que tinha essa redivisão, eles começaram a ficar apreensivos aí, teve essa idéia de tá reaproveitando e os agentes acharam que tinha que trocar mesmo, porque tavam com alguns vícios, não tavam tão legal. Mas deu uma outra chance... aí depois, deu tudo legal. (E1)

Essa insegurança apontada e o receio de serem mandados embora resultaram da forma como o processo de implantação das ESF foi gerenciado, principalmente pelos níveis central e distrital, dada a redução do número de equipes. O fato é que ele havia sido definido pela gerência local, *a priori*, com base no cadastramento familiar realizado pelos ACS, o que criou uma expectativa, tanto dos trabalhadores de saúde quanto dos usuários, de que cinco equipes seriam implantadas. Entretanto, a SMSA, ao determinar a quantidade de equipes em cada UBS, de acordo com o censo IBGE 2000 e a vulnerabilidade de risco (BELO

HORIZONTE, 2004b; 2004c), não considerou tal cadastramento, o que reduziu de cinco para quatro o número de equipes da UBS. Dessa forma, a incerteza da implantação de uma quinta equipe conforme planejado pelo nível local, desestimulou os trabalhadores da saúde a *criar vínculo, grupo, responsabilidade* com a população.

Assim, até a definição das equipes de Saúde da Família, nota-se uma precariedade no atendimento prestado:

Mas, no início eu reparava assim: eu não queria criar vínculo nenhum com a equipe 5. Porque... até então, eu achava: não vou ficar criando vínculo porque depois pra tirar esse vínculo é difícil. Então o que nós fizemos: nós... no grupo de hipertenso, por exemplo, a gente não chamava ninguém da equipe 5. Então, os ACS ficavam meio assim, desligados participavam pouco... sabe? De vez em quando pediam pra vir um ou outro paciente no grupo porque o paciente era mais complicado... A gente fazia as visitas de acamados. Mas, assim: criar vínculo, grupo, responsabilidade, a gente tava tentando evitar. (E 1)
A gente não tinha equipe, [...] formou a primeira, um, dois, três e a quatro e sobrou a cinco, então nós ficamos assim, sem trabalho no posto, mas, trabalhando pra área sem tá, sem ter quinta equipe, aí a gente participava das reuniões [...] mas sem compromisso de convidar os hipertensos. Eu não trazia problema nenhum, só quando era problema mais sério... Visita, não tinha, não tinha médico, consulta normal. [...] Antes eu não tinha objetivo, a gente só participava das reuniões pra aprender alguma coisa, mas nós não tínhamos uma enfermeira pra cuidar daquele acamado, fazer visita, a gente só olhava o básico, cadastrava, acompanhava as crianças, acompanhava os idosos [...] aí depois que assumiram a gente, aí a gente tinha um médico, tinha uma enfermeira, tinha os auxiliares, aí nós podíamos trazer os problemas da nossa população pra equipe. (ACS1)

Os sujeitos, ao descrevem a trajetória de implantação da ESF em estudo na UBS, apontam que as mudanças no processo de trabalho ocorreram após a entrada da enfermeira:

No início a gente tava sem equipe, um trabalho sem equipe montada tipo é, planejando, faltava médico. (ACS3)

Eu já cheguei no posto e comecei a atender, me deram...consultas, consultas, num tinha...não haviam grupos, não haviam...esse tipo de coisa. No início eu fui atendendo, atendendo, atendendo. Depois que a E 1 chegou que começou a se organizar. (M1)

[...] quando eu entrei ele (médico) já tinha uns cinco meses, quatro meses... ele já tava aqui. Auxiliar e os ACS sem enfermeira. Já era

uma equipe de Saúde da Família, mas uma equipe simples, num tava atuando, tava determinando a área. (E1)

A composição inicial da equipe foi apenas com o médico e duas auxiliares de enfermagem, com os ACS realizando o cadastramento da população da área. Prevaleceu a lógica de atendimento individual pautado em consultas médicas diante das demandas individuais. O planejamento e a organização das atividades da equipe de acordo com a lógica da Estratégia de Saúde da Família somente se iniciaram após o ingresso da enfermeira. Atualmente, a equipe se reúne quinzenalmente para refletir, planejar e avaliar o trabalho coletivo. As reuniões são coordenadas pela enfermeira, que apresenta alguns pontos relacionados à organização do processo de trabalho da equipe e da UBS para serem socializados e discutidos conjuntamente.

É evidente que o PSF contribuiu para a reorganização do processo de trabalho dessa UBS, com a formação de equipe multiprofissional atuante numa perspectiva interdisciplinar, uma vez que o trabalhador de saúde, principalmente o médico, percebeu que *é um tipo de trabalho diferente, muito importante e muito bom, porque você tem oportunidade, não se está sozinho, tem como discutir o caso com a sua equipe, você troca informações (M2)*. Ou seja, é uma estratégia que possibilitou ao trabalhador ter uma nova concepção de trabalho não centrado em um único profissional, mas dando-lhe a oportunidade de estabelecer novos tipos de relações com outro trabalhador e também com o usuário, construindo a integralidade no cotidiano do serviço.

3.2 AS PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE COMO CONSTRUÇÃO COTIDIANA

As evidências do material empírico nos levam a compreensão de que é no cotidiano do trabalho da ESF que se constroem as práticas de integralidade, a partir das diferentes formas que os sujeitos as vivenciam.

3.2.1 As práticas de integralidade vivenciadas

A dificuldade de explicitação do que é integralidade pelos sujeitos da pesquisa não significa que as ações na prática diária dos trabalhadores não estejam permeadas por ela. Essa dificuldade talvez resulte da polissemia que esse termo apresenta, com diferentes sentidos e usos, pelo fato de as pessoas, de acordo com Mattos (2001) e parafraseando Maffesoli (1988), não viverem a rigidez dos conceitos, e sim a maleabilidade das noções. Os discursos expressam momentos de silêncio, de dúvidas e revelações de uma ausência de reflexão sobre este termo.

(silêncio) O que eu entendo de integralidade? (silêncio) O que eu vou falar aqui de integralidade? (silêncio) Deixa eu tentar... porque às vezes ele tá tão misturado na cabeça que eu não consigo... formular... (E1)

... eu num tô muito por dentro da integralidade. Entendeu? Eu num tô muito por dentro dessa palavra não. (silêncio)... Integralidade... da equipe? ...no programa? (silêncio)... Hum... integralidade, eu acho que...(silêncio)...Eu acho que num vou saber te responder não (risos). No programa eu num vou saber não. (AE2)

não sei... se é isso... (risos) (silêncio)... Não sei o que eu vou te falar... Não sei onde que você quer chegar com esse negócio, né? Não sei... (silêncio) (ACS5)

É o que eu entendo, mas o significado certinho eu não sei não. (AE3)

Integralidade... eu sei, mas eu não sei expressar. (ACS4)

Integralidade? Integralidade é, explica que é integralidade, só me falar que é integralidade, eu vou saber. Ah, não sei não. (ACS2)

... é difícil, sabe, eu, talvez nunca tenha parado muito pra pensar nisso não! (M1)

Entende-se, então, que os sujeitos não conseguem definir o termo integralidade por não terem realizado uma reflexão sobre ele antes. Mas é importante ressaltar, de acordo com Maffesoli (1998, p. 18), que o vivido no cotidiano ultrapassa a rigidez dos conceitos, que sempre “impõem, se impõem, brutalizam, em lugar de deixar ser o desenvolvimento natural das coisas”. Por isso, esse autor

considera que no cotidiano as pessoas não se formatam concepções, mas, sim, vivenciam-se experiências.

Na realidade, não existe uma explicação semântica para o termo integralidade, que foi criada no contexto do SUS e pode ser compreendida como a “qualidade de integral” (TEIXEIRA, 2003, p. 89). Integral, por sua vez significa: “Adj. Total, inteiro, global” e, ainda, diz-se de “cereal que não sofreu beneficiamento; alimento preparado com cereal integral” (FERREIRA, 1999). Por isso mesmo é que um dos sujeitos entende que a “SAÚDE INTEGRAL”, a integralidade, é igual a farinha integral, pois essa é mais enriquecida com ingredientes, o que torna a massa com mais vigor, ou seja, vários profissionais ou diferentes serviços, *sem confusão, um respeitando o outro*, formam um atendimento completo, integral, para o usuário. Compara-se, assim, a integralidade com a farinha integral, como se fosse uma farinha acrescida de mais nutrientes.

Integral deve ser tudo. Bom, uma coisa integral é uma coisa que abrange tudo. Você tem direito... igual a farinha integral, ela é enriquecida com mais coisa. [...] Nós não tínhamos, nós tínhamos a farinha pura. Aí hoje em dia já tem a farinha integral. Então ali eles põe vitamina, põe cálcio, põe isso, põe aquilo. Quer dizer, você faz... o bolo, o pão e fica mais... tem mais substância, tem mais vitamina, mais vigor. Vários ingredientes a mais do que a farinha pura. Eu relaciono por isso, porque chega a pessoa, ela tá com um problema, não pode ser resolvido aqui, aí a gente manda prum hospital, vai prum médico especialista, aí ele faz o que for preciso fazer... quer dizer, a pessoa recebe um atendimento completo. De vários profissionais. É por exemplo, chega uma pessoa, uma gestante sentindo dor aí eu pego e passo... quer dizer eu sou um ingrediente. Bom, eu seria a farinha,... aí eu falo com E 1, é outro ingrediente, um a mais. Aí ela liga lá pro Sofia Feldman e já manda a pessoa pra lá, e lá vai ser a totalidade. Vai completar o pão (risos). É... vários profissionais pra formar um atendimento só. Quer dizer que nós somos assim, as farinhas e os ingredientes pra formar o atendimento perfeito. Ferro, cálcio, as vitaminas. Cada pessoa sendo um ingrediente. E elas todas, as pessoas unidas em torno daquele paciente, dar o atendimento que ele precisa. Ele que vai receber o alimento,... com vários ingredientes... com várias pessoas me ajudando. Todo mundo me ajudou. Saiu um trabalho em equipe. E sem confusão... a gente respeitando o serviço do outro. [...] Eu acho que nós aqui a gente somos ingrediente pra formar o pão. O pão seria aquele atendimento que o paciente precisa. O atendimento dentro das possibilidades de ter feito o máximo, do que a gente pode oferecer. Que eu não posso garantir que uma pessoa vá lá pra policlínica e vai ser atendido, que até aqui nós amassamos, fizemos aquela massa como devia, agora pra sair daqui e entregou lá a gente

não sabe como que vai sair lá. Enquanto tá sob nosso controle, nós fazemos a massa direitinho. (AE1)

Neste discurso, estabelece-se que cada trabalhador de saúde é como um ingrediente indispensável e que a partir de um trabalho em equipe forma-se o *pão*, o alimento, para suprir as necessidades do usuário, ou seja, prestar uma assistência integral, mas enquanto ele estiver sob o cuidado da ESF.

É certo que a integralidade pressupõe um trabalho em equipe. Concordamos, então, com a afirmativa de Fortuna (2003, p. 55) de que nem sempre o trabalho em equipe é totalização, união, portanto, não se devem adotar conceitos, pois eles aprisionam. Por isso, essa autora construiu uma alegoria sobre o imaginário dos trabalhadores de saúde em relação ao trabalho de equipe, comparando-o com alimentos que movimentam os trabalhadores na busca da equipe. E uma de suas formulações alegóricas é a equipe bolo, isto é, uma “mistura onde os ingredientes iniciais se mesclam, se transformam, formando outra coisa, o fogo, o fermento, a forma, fazem da farinha, ovos e de tudo mais uma massa crescida e saborosa. Todos juntos, misturados, todos fazem tudo, a massa cresce, dá certo porque se unifica nas provocações do fogo”. Mas ela ainda ressalta que nem sempre isso é possível. Ou seja, no trabalho cotidiano da ESF, busca-se reorganizar o processo de trabalho, numa perspectiva interdisciplinar, para prestar uma assistência de qualidade e resolutiva, mas às vezes é necessário outro tipo de *ingrediente*, um profissional em outro serviço para prestar um cuidado integral. Mas não se pode garantir que o usuário terá esse tipo de acesso ou se será bem recebido pela equipe de saúde de outro serviço.

A massa dá certo que pode desandar é a falta de cada um cumprir a sua obrigação. [...] se cada um de nós, isso aqui é uma engrenagem, nós sabemos que nosso serviço é aquele ali, se nós não cumprirmos com nossa obrigação a massa num vai dar certo... tá faltando algum ingrediente. Ou ficar muito molhada, ou muito dura, ou esfarinhada, alguma coisa assim. Você sabe que o usuário tá sentindo bem a resposta, viu? Às vezes, muitos falam assim: gente, se não fosse esse posto aqui não sei o que seria de nós viu, aqui é tão bom, a gente chega aqui, tudo que a gente precisa... outros já chega e já fala que não tem nada, que não consegue nada, mas pelo menos ele ouve de alguns que consegue... a massa pelo menos pra alguns tá dando certo, se não tá dando pra todos, não consegue uma coisa assim, integral. [...] A equipe sente isso que cada um de nós dá o máximo. Agora se pro usuário, pra gerência se nós estamos

realmente igual ao desejado, isso aí a gente não sabe... cada um de nós dá a sua parte. (AE1)

E a alegoria descrita acima seria, então, uma das formas de mostrar como a ESF deste estudo busca desenvolver as práticas de integralidade no cotidiano da ESF, pois o médico, a enfermeira, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários, “todos juntos”, vêm tentando *dá o máximo*, mesmo que não esteja como aquilo que é esperado. Ou seja, como diria Fortuna (2003, p. 55), “nem sempre o bolo cresce e fica gostoso”, pois a massa *pode desandar* se o profissional de saúde deixar de fazer a sua parte, não interagir com o outro.

Revela-se, também, que a integralidade resulta da interação entre trabalhadores de saúde dentro da ESF, ou seja, *a gente conseguir todo mundo falando mais ou menos a mesma língua. Entender o que o colega está falando também* (E1), no sentido de respeitar as diferenças existentes dentro do grupo. Isso significa, segundo Peduzzi e Schraiber (2005), estabelecer uma modalidade de comunicação que busca o entendimento e o reconhecimento mútuo entre os membros da ESF.

Nesse sentido, parte-se das noções que os trabalhadores de saúde têm sobre seu trabalho coletivo para compreender suas práticas de integralidade, em vez de se deixar, segundo Maffesoli (1998), aprisionar pela rigidez dos conceitos teóricos, que determina o que deve ser a verdade. Portanto, os sujeitos, ao falarem das suas práticas cotidianas, demonstram sua compreensão sobre a integralidade, muitas vezes permeadas pelas concepções teóricas, como expresso nestes discursos:

A gente faz muito essa parte de ouvir mesmo o usuário... não resolver só a dor de barriga dele, mas resolver todo... o problema. De tá fazendo os encaminhamentos, de tá atendendo o paciente como um todo. Então, eu acho que o PSF pega a integralidade nessa parte de atender o paciente como um todo, tentar resolver todo o problema dele, por exemplo, uma mulher, atender a hipertensão dela, a parte ginecológica, até a parte emocional... muitas vezes a gente acaba se envolvendo, que a gente pega muito na unidade. (E1)

Se eu tenho é, por exemplo, problemas sociais graves, que a gente enfrenta no dia-a-dia, que eles trazem as queixas pra gente no acolhimento. A gente escuta isso deles. A gente gostaria de tá criando, mais áreas de lazer, é estes centros culturais, isto que a

gente gostaria de ter um retorno mais rápido que são demorados.
(M2)

Revela-se, então, uma postura de *ouvir mesmo o usuário* para conhecer não só seus problemas relacionados à doença, mas também os psicossociais e prestar, assim, uma assistência integral e resolutiva.

A gente tem muito paciente que a maioria das vezes, eles querem ser ouvidos. Saem do consultório sem nenhuma, nenhum papel. Sem nada. Eles querem ser ouvidos. Às vezes no acolhimento, aqueles que já conhecem, eles vêm pra serem ouvidos... você pergunta: e aí? Você veio por quê? O que tá acontecendo? Ah... tudo. Ou então, não fala nada. Quando eles não falam nada, você já fica atento, porque na cabeça dele tem um tanto de coisa. Que aí ele fala: não... nada não... tô precisando de fazer não sei o quê,... e aí quando você vai ver, é um paciente que tem várias demandas. Não é só aquele nada que ele falou. Então assim, eu acho que é atender o paciente como um todo e atender a família como um todo. Então, eu acho que precisa conhecer a família toda. Criar esse vínculo. (E1)

Essa atitude de ouvir o usuário além da sua queixa e também do não dito, *quando eles não falam nada, você já fica atento*, revela uma postura de escuta acolhedora, pois os sujeitos identificam as necessidades mais silenciosas que não são demandadas diretamente. Isso, portanto, exige do “profissional de saúde uma reflexão sobre o usuário, enquanto sujeito portador de individualidade, para quem os serviços de saúde são oferecidos” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 244) e uma mudança na sua prática cotidiana para *atender o paciente e a família como um todo*.

A postura acolhedora é observada desde o acolhimento do usuário na UBS, quando o ACS prioriza o atendimento daquele com maior vulnerabilidade de risco ou mais agudo e não segue a “ordem burra da fila”, ou seja, ordem de chegada.

Então é uma forma de você conhecer seu usuário, tando nessa escala do acolhimento... a gente vem, pra já identificar [...] se é da equipe tal, ele entra na sala com aquele papelzinho, a enfermeira já sabe de qual área que ele é... É esse o trabalho [...] dar preferência pro idoso, eles vão ser acolhidos primeiro. [...] e tudo que a enfermeira precisar nós vão lá buscar. [...] o acolhimento da criança é separado. Antes a gente até ajudava, ia lá colocava as mães tal direitinho, aí depois as mães criam problema, agora tem uma enfermeira que acolhe lá na sala, e já dá o número da fichinha. [...] O

acolhimento, nas equipes pode ser feito pela auxiliar, se a enfermeira tiver em outra função. [...] a gente fala com a enfermeira, na hora que terminar aí dá uma olhadinha nele aqui porque ele não tá passando bem, não tá conseguindo ficar lá fora, ela larga lá o acolhimento esperando e vai olha ele, [...] ela vai fazer o acolhimento ali, ela já passa pro médico, coloca a ficha dele primeiro. (ACS1)

Mas, a urgência, a gente tem que ficar muito esperto com ela, que as pessoas passam a gente pra trás. Então, a gente tem que tá sempre conversando com o médico ou com a enfermeira. Quando eu tô no acolhimento, quando aparece alguém assim, aí eu falo: E 1, como é que eu faço? Já preparei o soro e falou que tá com diarreia, desde ontem... a gente já fica ali, observando. Se a gente realmente perceber que tá indo no banheiro toda hora, aí tudo bem. Ele (médico) atende no consultório. Ou se tiver que encaminhar ele encaminha pra alguma coisa. [...] Sempre que eu ponho a urgência pra ele, eu pergunto depois se era mesmo urgência, o que aconteceu com o paciente se foi encaminhado pra alguma coisa. Ele fala. (AE2)

Considera-se que essa atitude acolhedora por parte dos trabalhadores da ESF possibilita a criação de vínculo com o usuário, como afirma Merhy (1994, p.138), ou seja, um encontro entre sujeitos no qual se estabelecem relações tão próximas e tão claras que o profissional de saúde se sente “responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal”. Nesse tipo de relação, o profissional integra-se com a comunidade e se torna referência para ela. Portanto, *criar esse vínculo* (E 1) implica a responsabilização pela resolução do problema do usuário no sistema de saúde, pois, a partir do momento em que ele tem acesso garantido num serviço de saúde e é acolhido por um profissional que se sensibiliza com o seu sofrimento, estabelece-se uma relação de responsabilidade pelo cuidado integral do usuário:

É... dá uma resposta ao cidadão. A partir do momento que ele te procurou, entendeu? você abrir... a porta de entrada,... tudo é o posto de saúde que é a porta de entrada... até o final do tratamento daquela pessoa. Seja uma cirurgia, qualquer coisa. Até a volta ao posto de saúde com o problema resolvido. Acompanhar aquela pessoa e tê o retorno... Seja... satisfatório ou não. Desde que entrou na nossa equipe, a gente tem que tá acompanhando essa pessoa... ao menos que a pessoa fuja... num queira mais o tratamento, vai embora... E aí vai procurar e não acha também... num mora aqui... Aí a gente fica perdido. (AE2)

Tanto as atitudes observadas no trabalho cotidiano da equipe como os discursos dos sujeitos reafirmam tal postura de escuta, de vínculo e de

responsabilização pelo usuário que, segundo Silva Júnior e Mascarenhas (2004), traduzem à integralidade como um dos sentidos atribuído por Mattos (2001) de uma “boa” prática dos profissionais. Ou seja, os relatos assinalam o que esse autor afirma ser integralidade, um valor que se expressa na forma como os trabalhadores da saúde respondem aos usuários que os procuram e na recusa em reduzi-los somente à sua doença, mas com a capacidade de apreender suas necessidades de modo mais integral.

Você conhecer a pessoa assim: do lado direito ao lado avesso. [...] Você entra assim, com tudo na vida da pessoa... Você sabe assim, tudo da pessoa, o que diz respeito à saúde você tá dentro... Pra mim é isso... É integral mesmo... um problema da família... Eu acho assim: que a equipe, ela... passou a viver assim esse problema das pessoas. (ACS2)

E ele (médico da ESF) tem esse perfil de deixar o paciente falar, que às vezes eu acho que esse PSF é isso. Às vezes o paciente chega aqui e fala, fala,.. que não é nem dele. É da família dele, é do pessoal da casa. Mas, ele tá doente por causa daquele problema. Então, se você ajudar a resolver aquele problema na casa, você resolve o problema dele. Então, eu acho que integralidade é isso, atender o paciente. (E1)

Integralidade, não é quando é juntar, integrar não é? Tudo o que acontece na área, o que acontece talvez no centro de saúde, tudo, eu acho, não sei se tô certa. Lá fora ajudar os usuários e aqui pra passar o que a gente tá, sabendo lá fora, é isso? Pra equipe. Tentar solucionar os problemas dos usuários. (ACS4)

As práticas de integralidade reveladas nos discursos e observadas no cotidiano da ESF mostram uma visão ampliada das necessidades de saúde, quando o trabalhador escuta tanto os problemas pessoais do usuário quanto os relacionados à sua família, estabelecendo, assim, um vínculo entre equipe-usuário/família e uma co-responsabilização pelos sujeitos. Isso demonstra que a ESF valoriza, segundo Merhy (1997), o uso das tecnologias leves, pois se estabelece entre o trabalhador e o usuário, o encontro da subjetividade, no qual os trabalhadores da equipe se relacionam com sujeitos e não com objetos durante os atendimentos individuais e coletivos.

Portanto, nota-se que a implantação do PSF na USB gerou uma mudança no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Estes, ao desenvolverem atividades de vigilância à saúde, têm a oportunidade de conhecer e conviver *com o*

paciente mais diretamente, criando vínculos entre eles e o usuário, que é uma das premissas da estratégia. Considera-se que trabalhar no PSF dá ao trabalhador de saúde a possibilidade

... até assim, de... melhoria de salário e também a gente tem mais oportunidade de tá conhecendo o paciente, de tá convivendo com o paciente mais diretamente. Tem uns casos de paciente que só ia ali, pegava um remédio que ele usava... a gente num tinha aquele conhecimento com o paciente. Agora eu acho que a gente conhece mais a comunidade. Igual, 'eu moro aqui! Trabalho aqui!' e muita gente eu não conhecia, mas as pessoas me conheciam, mas eu não sabia quem era, mesmo trabalhando na farmácia [...] tem horas que a gente olha só pra frente, [...] às vezes num dá tempo nem de conversar com a pessoa. (AE2)

A reestruturação do modelo de atenção à saúde de Belo Horizonte, dessa forma, vem fazendo com que os trabalhadores de saúde reorganizem seu processo de trabalho na lógica da Estratégia da Saúde da Família. Observam-se na micropolítica do trabalho cotidiano da equipe os membros da ESF agindo e interagindo com seu meio, atuando como autores e atores que contracenam com outros autores e atores, construindo, assim, o trabalho coletivo. O reconhecimento da necessidade de mudança do processo de trabalho pelos profissionais, numa perspectiva interdisciplinar, articulando ações curativas e preventivas voltadas para o indivíduo e a comunidade, advém da vivência no cotidiano do PSF, e não apenas daquilo que propõe o discurso teórico. É nítido que a prática pressupõe ação – reflexão – ação:

Então, com o tempo eu vi que... a finalidade de se trabalhar em equipe é que as coisas simplesmente funcionam melhor! Se fosse uma coisa mais... solta... mais... individual..., mas quando eu vejo que a prática me mostra algumas coisas que a teoria me mostraria com mais tempo... mesmo eu não me preocupando muito com isso, a gente vai se inserindo nesse trabalho, nessa equipe de PSF... eu não sabia que ia ser assim... organizado... reuniões... palestras... discussão de caso por caso... eu conhecer tanta gente e tantos problemas da minha equipe. Eu pensei que ia ser uma coisa mais... superficial. Então, hoje vejo que eu já tô inserido nesse sistema, e o nosso trabalho,... eu vejo que funciona, chega a ponto de eu conseguir uma medicação, pra um paciente com representante, que outra não funciona e o agente de saúde levar até a casa do paciente. E o agente de saúde trazer até a mim notícia daquele paciente... e... os pacientes ficarem... tão satisfeitos e gratos. Que eles fazem o possível pra seguir o que você recomendou. (M1)

O enunciado revela que a prática no PSF coloca o trabalhador da saúde diante de certos desafios no seu cotidiano que o faz refletir sobre sua maneira de agir e de pensar. Essa é uma condição, de acordo com Ceccim (2005, p. 165), indispensável para a pessoa decidir mudar, pois a “vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato como o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações”.

Entretanto, aponta-se ainda uma herança do modelo curativo exigido pela população, a qual também precisa compreender a existência de outras possibilidades de se fazer saúde fundamentada na integralidade:

... a própria população ainda da muito voltada pra assistência dentro do centro de saúde. Eles valorizam muito pouco as ações educativas que a gente faz lá fora. Então, às vezes a demanda a nível de assistência é muito grande e o que impede a gente tá saindo pro campo mesmo pra fazer nossas visitas, dar um passeio na favela e orientando o pessoal que fica sentado na beira do córrego. Então, falta melhorar muito ainda é esse tipo de educação, a gente trabalhar educando a população e trabalhando com a promoção da saúde. (E2)

Assim é que a vivência no PSF faz com que os sujeitos reconheçam a necessidade de *trabalhar educando a população e trabalhando com a promoção*, de aprimorar as ações de educação para saúde, pois é importante que o usuário se aproprie dos conhecimentos e direitos para melhorar suas condições de vida e adquirir autonomia para viver.

Eu acho isso importante, você também ser conselheiro, não ser só médico, não ser só enfermeira. Então, eles aprenderam isso com a gente. Eles agora já sabem como é que fala, buscar os seus direitos em relação as pendências que ficam. Então, a gente passa muito isso pra eles, o que eles têm que lutar também o que eles devem fazer lazeres, culturas, esportes. O que puder fazer, não visando só, ação de saúde em si, é tudo. (M2)

Na organização do processo de trabalho com ações tanto curativas quanto preventivas, de promoção, centrado no usuário, com informações que

possam fazer com que ele participe mais, a ESF é reconhecida por parte da comunidade:

A finalidade desse trabalho em equipe é ajudar as pessoas, a população, é cuidar, prevenir doenças, orientar que a gente dá orientação o dia inteirinho, tem vez sábado e domingo. Então eu acho isso bom eu poder informar as pessoas do que tá acontecendo, como é que funciona isso aqui e elas vêm naquele horário e depois elas passam pra gente, 'Ó, adorei, foi bom, você me indicou aquele horário, foi naquele horário realmente que eu resolvi aquele tipo de problema'. Então aquele retorno que vem da pessoa, 'Ó tá ótimo, unidade de vocês tá funcionando muito bem, nós tão adorando, que continue assim, vocês são ótimos, o médico... a enfermeira...' Isso é prazeroso, te dá prazer, vê resultado naquilo que você faz que é andar o dia inteiro nesse sol, chuva, quando você vê aquele resultado você fica feliz, eu fico muito satisfeita. E todo mundo unido, a equipe, todo mundo trabalhando pra prevenir e curar doenças. (ACS1)

... prefiro a minha equipe. Parece que tem assim mais união entre a E1, M1, AE1... eu adoro trabalhar... então por isso que eu procuro fazer o que eu posso e o que eu não posso, porque... a maior satisfação minha é quando eu vou na casa de um usuário e que eles falam: Nossa, a E1, M1, vocês tão de parabéns, suas equipes são excelentes! É uma coisa gratificante você fazer um serviço, pessoa reconhecer não é. Quem não gosta de ser elogiada. Como também tem alguma crítica. (ACS4)

Evidencia-se nos discursos uma tentativa de mudança da lógica do processo de trabalho da equipe mais centrado nas necessidades de saúde do usuário, como proposto por Cecílio (2001, p.114): necessidades de ter 'boas condições de vida', "ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida"; necessidade de ter vínculos (a)efetivos com uma equipe e/ou profissional, que significa mais do que a adscrição a um serviço. Significa, sim, o encontro de subjetividades e a necessidade de ter autonomia no seu modo de levar a vida por meio da informação e da educação em saúde.

Isso amplia uma visão sobre a saúde:

Então assim, eu percebo sim, que houve uma diferença, antes a gente não sabia a história daquela família, agora não, você já conhece a família, eu percebo isso muito deles assim, em reunião, você vê a pessoa conversando tudo, a respeito assim,... sabe que a família, sabe que o irmão, sabe que o pai é hipertenso, que a mãe é hipertensa, coisa que a gente sabia eventualmente. Inclusive até eu como gerente, acaba a gente se envolvendo. Eu tenho aqueles

pacientes que eram conhecidos da época de enfermeira e você percebe assim, a diferença que agora a gente conhece de forma diferente a pessoa, é outro olhar, você não olha só pra aquela dor de barriga daquele paciente. Isso aí foi bem visível mesmo, é até assim bom pra gente parar e pensar como é que melhorou depois do PSF. (E3)

Assim, a ESF conhece de forma diferente a pessoa: não apenas olha a doença, mas passa a ver o usuário como um sujeito na sua singularidade inserido num contexto social e familiar. E é esse novo olhar da ESF que permite a materialização da integralidade no cotidiano do trabalho.

Percebe-se que os sujeitos apresentam uma concepção mais ampla de saúde quando assinalam que a integralidade das ações visa à compreensão do indivíduo no todo, ou seja, atender às suas necessidades no seu contexto familiar e social:

Têm integralidade, as ações visando atender o indivíduo integralmente, numa visão holística mesma. Vamos atender o indivíduo tentar ter uma visão dele tanto da saúde física, mental, espiritual. (E2)

Porque integralidade é mesmo integração mesmo... entre o usuário, o acesso ao usuário mais fácil. O ACS menos burocrático... entender o usuário como um todo... não atender só aquela parte dele ali, aquela doença dele... atender ele como um todo. Às vezes o ACS ele traz o problema pra gente. Lá da família. Eu acho que é mais ou menos isso mesmo. Então, a gente tenta atender o paciente com o problema dele. (E1)

Integralidade é você olhar a saúde como todos os âmbitos, todos os campos, que ela abrange. O conceito da saúde é muito amplo, não é só um bem estar físico, engloba, também, o bem estar social, o bem estar familiar, o bem estar financeiro, então cultural. Então, eu acho que a gente tem que olhar como um todo, a gente num olhar só a parte ruim, a ausência de doença. Saúde num significa só isso, saúde significa é muito mais amplo. (M2)

Os enunciados revelam que o termo *saúde é muito mais amplo* do que a expressão, bem-estar físico, mental e social, portanto, concordam de certa forma com Penna (1997, p. 73), que diz que a saúde vai mais além do que equilíbrio-desequilíbrio entre homem e meio ambiente do conceito proposto pela Organização

Mundial de Saúde (OMS)¹. Como também não pode ser considerada como resultante das formas de organização social da produção, ou seja, “como a somatória de outras tantas condições, que se precisa ter, para alcançá-la”, como a concepção que fundamenta o SUS².

É necessário, portanto, considerar uma nova concepção de saúde, como proposta por Vaistman (1992, p. 171), que recupere o

significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, [...] não só através do trabalho, mas também do lazer- ou da sua ausência, por exemplo- do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada de saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases, onde a instituição da sociedade pudesse atender o mais plenamente à atenção das diferentes e singulares necessidades humanas.

O dia-a-dia do PSF mostra a necessidade de se reorganizar o processo de trabalho de acordo com uma concepção ampliada de saúde, ou seja, de reconstruir o seu modo de pensar e desenvolver a clínica, conforme afirma Campos (2003, p. 154), “tomando não apenas a doença, mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença)”, como relatado a seguir:

Um exemplo que eu acho que venha ser integralidade, nós temos uma paciente que vinha no curativo com uma ferida muito feia, reclamava muito de dor e que eu tava lidando com impaciência com ela, todo dia pegava remédio e não sarava aquela ferida [...] Aí, nós descobrimos que ela é diabética,... nós começamos a aprofundar um pouquinho mais nela. [...] O problema não era a ferida. E aí o ACS foi trazendo pra mim: o lugar que ela mora é muito precário... Os filhos são catadores de papel. [...] Aí, chegamos lá pra fazer o curativo [...] a situação dela é muito ruim mesmo. Não tem banheiro, não tem água, a luz é puxada do vizinho, e não tem um lugar pra tomar banho, não tem um banheiro, o mínimo, não tem. E uma casa feita de lona... Então, o problema dela é por aí. [...] depois que a gente sentou e foi ver qual que era o problema dela, [...] orientando que ela

¹ A OMS conceitua saúde “como um estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta de um ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo. Não é um interrelacionamento passivo entre matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta ativa no sentido de reajustamento” (LEAVELL, CLARK *apud* PENNA, 1997, p. 71).

² Concepção de saúde do SUS citada por Penna (1997, p. 73): “Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida”.

precisa de controlar o diabetes dela pra cicatrizar a ferida. Ir lá fazer os curativos dela quando ela não der conta de vir aqui. [...] Então, o que eu vejo na integração da equipe foi nessa parte aí. Se a gente tivesse tratado... sem saber nada da vida dela, ela tava chorando até hoje e essa cicatrização num tava boa. Hoje eu a vejo, tá rindo, brincando, batendo papo, sabe? [...] Então, depois que teve o PSF, que a gente pôde ir lá ver a realidade da paciente, a gente entendeu ela melhor, pra poder ajudar não só cuidar da ferida,... A gente atendeu ela como um todo, escutou, viu os problemas, tentamos ajudar, família toda... onde é que ela podia conseguir os recursos... conseguimos algumas doações pra ela, quer dizer, melhoramos um pouquinho a qualidade de vida, e atendemos no problema que ela tinha primário que era a ferida, cicatrizando. Ela não tem uma qualidade de vida ótima, mas melhorou um pouquinho, tá? Isso porque a equipe interferiu ali. É a gente tentar fazer alguma coisa, em equipe, não foi eu sozinha que fiz, o ACS trouxe, o problema, e a gente junto conseguiu fazer alguma coisa por ela. Então, eu acho que mais ou menos, integralidade é isso. Que eu entendo. (E1)

A prática de integralidade manifestada neste relato só foi possível graças à *integração da equipe* e representa a articulação de ações preventivas e assistenciais da ESF no contexto de vida do usuário, pois envolve, segundo Mattos (2004, p. 1.414), de um lado, apreensão ampliada das necessidades e, de outro, a análise do

significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder às necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro.

Percebe-se que a ESF vem procurando, em cada encontro do sujeito com a equipe, adequar suas ofertas de ações de saúde ao contexto específico daquela situação. Entende-se, portanto, que esse esforço de traduzir e atender da melhor forma possível às necessidades de saúde dos usuários no âmbito de cada serviço resulta, segundo Cecílio (2001), na “integralidade focalizada”. Os relatos dos sujeitos revelam a integralidade como fruto do trabalho em equipe; é a interação, a articulação e trocas de saberes e práticas na ESF e, também, com outras equipes da unidade para uma assistência mais resolutiva, ou seja,

Integralidade é... união da equipe poder ir atrás, em busca das pessoas que precisa,... das negligências das mães que infelizmente

cometem... É... união que faz aquela integralidade pra ir atrás, pra descobrir os problemas. No entanto não tem isso não, união completa não... A equipe é como eu te falei. Não tem essa união... Eu pelo menos da minha parte, eu acho que eu faço por onde. Ela tenta resolver o problema. Marca pra mãe vir se mãe não vem corre atrás... Vai até nas últimas, né? Tenta. (ACS5)

Integralidade pra mim é unir o útil ao agradável em todas as questões, não seria isso? Que as coisas não sejam de equipe diferenciadas, quer dizer, cada um vai resolver o problema da sua equipe, mas tudo aquilo que for conscientizado que é o melhor, que não seja individual pra cada equipe, que seja prestado entre as enfermeiras, cada coisa que for descoberta de melhor trabalho. Então integralidade que eu entendo, tem que ser todos com a mesma busca ativa, com o mesmo ideal de resolver todos os problemas e buscando soluções de outra forma, quem tiver mais conhecimento, que seja a enfermeira ou o médico, tá sempre levando aquilo que é de melhor pra todos. (ACS3)

Nota-se que estes discursos acima convergem para um outro sentido da integralidade que se relaciona aos aspectos da organização dos serviços, pois, segundo Mattos (2001, p. 51), “a postura do profissional é algo fundamental para a integralidade, mas em muitas situações a integralidade só se realizará com a incorporação e redefinição da equipe de saúde e de seu processo de trabalho”. Assim, as equipes de Saúde da Família de acordo com a proposta do BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003), tem como um dos desafios para a assistência integral à saúde começar com a reorganização do seu processo de trabalho, a partir de equipes multiprofissionais que operem por meio de diretrizes como acolhimento, vínculo e responsabilização do cuidado. O projeto vê a produção do cuidado de forma sistêmica e integrada aos diversos serviços de saúde, como uma rede de cuidados progressivos centrada no usuário.

Esta proposta da SMSA de trabalhar com a imagem de uma linha do cuidado na rede de assistência integral busca romper com a idéia de pirâmide que pensa o Sistema de Saúde “com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica” (CECÍLIO, 1997, p. 469). É que, segundo esse autor, é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do Sistema, redesenhados a partir dos desejos e necessidades dos usuários e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão. Isso implica “oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada” e

construir, assim, um Sistema de Saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas.

É importante ressaltar que a viabilização dessa proposta não se dá por normas e protocolos, e sim a partir do “desejo” de aderir ao projeto e da discussão conjunta entre os gestores, trabalhadores e usuários de como esse se dará na prática. Além disso, também a partir da vontade política para organizar um grande pacto na rede assistencial que garanta (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003, p. 131):

- Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidados;
- Fluxos assistenciais centradas no usuário, facilitando o seu ‘caminhar na rede’;
- Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- Garantia de contra-referência para as ESFs na Unidade Básica, onde deve dar-se o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial;
- Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo acompanhamento seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos;
- Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais;
- Busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença.

É evidente que o projeto da SMSA, teoricamente, é muito bem desenhado, mas não pode ser uma proposta que engesse, pois os sujeitos têm formas diferenciadas de expressar as idéias do BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL.

Bem, quando você falou integralidade, você tá falando de saúde integral, eu acho que... pra passar... a idéia de que... o paciente tá sendo abordado como um todo... o sistema tá funcionando... pra tratar a família toda. (M1)

Integrou a... acho que é unificação, né? Mais ou menos isso? Da saúde... Porque aqui você pode ser integrado aqui, na policlínica, o que não tem condição de resolver aqui, manda pra policlínica que eu acho que é muito importante. (AE3)

Integrar? Integralidade. Integrar é juntar, unir isso, unir a, integrar a saúde, é unir as outras, como é que fala, unir pra um só objetivo que é prevenir, curar, saúde, ali tá unindo de juntar, tá unindo a unidade, hospital é é é, que mais, é união, que você vê a unidade junto com o hospital, junto com as UPA. É porque eles são três etapas, primeiro vem a unidade de saúde básica, que é o posto, aí tá com problema lá, uma emergência, vai pra UPA, aí na UPA ele vai ficar na observação várias horas ali, vai ser medicado, urgente e tal, se for o caso, dependendo dos exames é que ele vai ser, dali ele vai ficar aguardando o leito pra ir prum hospital pra internação pra tratamento. É unir os três serviços. (ACS1)

Evidencia-se que a integralidade é entendida como a unificação da saúde, no sentido de integrar os três serviços, pois na prática cotidiana ainda existe uma desarticulação no Sistema que dificulta a garantia da referência e a contra-referência do usuário na rede de cuidados progressivos. Isso aponta para uma tarefa da gestão do sistema para se conseguir um atendimento digno, em todas as instâncias, não somente como responsabilização da ESF o “caminhar do usuário na rede”.

Seria assim, por exemplo, um trabalho mais perfeito. É um trabalho mais, por exemplo, da Secretaria de Saúde que taria atendendo todas as necessidades da comunidade, do cidadão. Tudo que ele precisa, desde a prevenção até o curativo. Por exemplo, se a pessoa precisa de uma consulta especializada, entendeu? Pra pessoa conseguir aquilo tudo dentro do SUS. (AE2)

Entende-se a integralidade, também, como a integração de todo o sistema de saúde, no sentido de articular as ações preventivas e assistenciais em toda a rede para garantir o acesso do usuário a todas as tecnologias necessárias para atender às suas necessidades. Considera-se que, apesar de o princípio da integralidade ser entendido dessa forma, é ainda, de acordo com Silva, Pinheiro, Machado (2003, p. 235), um “grande” desafio para a consolidação do SUS, a garantia do acesso universal com efetividade e a resolutividade em todo o sistema.

Integralidade é a gente conseguir dar um atendimento digno, em todas as instâncias, nem sempre a gente consegue devido a uma série de dificuldades, e eu acho que já consegui muita coisa, só que é um problema muito grande, Belo Horizonte é muito grande pra você chegar e já conseguir... ter toda essa integralidade que o SUS fala. [...] Aqui a gente consegue dentro da nossa instância, o que depender da gente, então isso gera também muito descontentamento, porque a pessoa vai naquela ânsia querendo ajudar e chega pára num local. Então, a pessoa fica até um pouco

frustrada, de não conseguir andar, mas tem as recompensas que quando a gente consegue, a gente fica tão feliz, principalmente quando tem muitos que voltam satisfeitos falando que teve um atendimento excelente no hospital também... Então, esse negócio de integralidade, de compromisso, eu acho que o fundamental se você tiver compromisso com seu serviço... você consegue resolver tudo, pelo menos dá um encaminhamento pras coisas. (E3)

Um dos problemas vivenciados no PSF é a dificuldade de encaminhamento do usuário para as especialidades, o serviço de urgência e internação, dado o número reduzido de especialistas na rede, o limite de consultas por especialista e a grande demanda que busca esses serviços não só de moradores de Belo Horizonte, mas também de outros municípios. Portanto, evidencia-se a comunicação por escrito, após o contato prévio por telefone autorizando o encaminhamento, como uma forma de integração entre os diversos níveis de complexidade de atenção, muito utilizada para referenciar o usuário formalmente no sistema, mas não para contra referenciá-lo. Para Cecílio (2001), a integralidade só será possível mediante uma “boa” articulação entre os serviços, cada um cumprindo sua parte, contra-referenciando de forma responsável para o serviço que encaminhou. É o que se pode ver nos discursos a seguir:

Existe, assim, a comunicação, por exemplo, a unidade básica aqui ela comunica com a UPA e a UPA recebe aquele paciente que tá passando mal, que não pode ter atendimento aqui porque nós não temos recurso aqui pra atender ele, existe essa comunicação entre a unidade e as UPAs, que fala que é secundária, e a UPA tem com hospitais porque através dali é que eles vão acionar a Central de Leitos se for o caso, pra levar para os hospitais pra internação. (ACS1)

... essa integralidade têm que haver dentro do posto também, as equipes se unirem. Dentro da equipe, tem com as outras equipes e tem também com as UPAs, os hospitais. Somos nós todas as equipes todas juntas, nós temos também essa relação boa entre nós, nós temos reuniões onde que participa todas as equipes. (ACS1)

Percebe-se, da vivência no trabalho na UBS, que por mais envolvido, por mais motivado que o trabalhador de saúde esteja com seu trabalho, por mais integrado que esteja à equipe, não consegue atingir todo o objetivo da integralidade. Como salienta Cecílio (2001, p. 117), por melhor que seja a equipe, os trabalhadores, a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas, a

integralidade está além do espaço singular dos serviços de saúde, pois ela é objetivo de rede, isto é, integralidade ampliada, que busca uma perspectiva de rede, também, de ação social, de intersetorialidade.

Nesse sentido, cabe aos profissionais da Saúde da Família identificar os problemas da comunidade e a maior responsabilização para buscar ações intersetoriais. Portanto, o ACS traduz para a equipe a realidade da comunidade e, conseqüentemente, os trabalhadores de saúde da ESF reconhecem a importância dessa tradução reorganizando seu processo de trabalho com ações tanto na unidade quanto no domicílio e na comunidade, voltadas também para promoção da saúde numa perspectiva de intersetorialidade. O ACS também faz o caminho inverso, traduz para a comunidade como é o funcionamento da ESF e os serviços prestados na UBS. Isso possibilita a construção de novos vínculos entre a comunidade e a equipe e amplia o acesso ao serviço de saúde:

Então eu acho importante isso, a gente sempre tá ensinando, sempre passando informações pros outros. [...] Eu acho excelente. Por exemplo, a gente tem elas (ACS) pra trazer a notícia. Como que a gente ia saber que numa casa tal, tal, tal tem um acamado, se a gente fica aqui o tempo todo atendendo e não tem tempo de nada? Então a gente precisava desse funcionário pra trazer pra gente arranjar um tempo praquela família que tá com um acamado, porque, às vezes, você vai lá até num tem assim o que fazer, mas você tem o que orientar. (AE1)

Então, você tem chances de buscar a intersetorialidade, de melhorar alguma coisa do nível social. A gente se vê até numa situação inusitada, às vezes, de ter que ligar para zoonose, pedir uma avaliação de uma área de risco, o que pode ser feito buscar um conhecimento maior para ser aplicado ali... Você busca informações sobre outros setores comunidade, em relação, a área de lazer, busca criação de grupos de ginástica, grupo de dança... Eu não tinha o domínio sobre área, como nós vamos programar aquilo... era, assim um apoio total da equipe, desde médico até agente comunitário, trazendo, coordenando, cada um com seu, suas informações, seus conhecimentos. A gente está sempre buscando parceiras... Então o trabalho em equipe envolve tudo, não só o trabalho em equipe em si, da minha equipe, como as parcerias que a gente consegue com a comunidade e com os outros setores da prefeitura... um trabalho que surtiu efeito [...] a gente visita creche, vai em asilos, faz palestras em igreja, faz visitas domiciliares, você participa da vida da comunidade. Então, é um outro lado de si trabalhar. Então, a integralidade é tudo isso, você visando ações comunitárias de um modo geral. Não só na ausência de doença, mas olhando, também, o que falta pra aquela área, o que falta pra aquela comunidade, quais as carências que elas têm em relação aos outros setores, as pendências, aquilo que eles

buscam. A gente ajuda, organiza isso também. Então, a gente orienta às vezes, até em termos de orientação. Eles não sabem, nem alguém procurar, como resolver aquele problema. (M2)

Apesar de a ESF ter mais *chances de buscar a intersetorialidade*, não cabe ao setor de saúde a maior responsabilização por isso, pois a intersetorialidade surge numa perspectiva de solução integrada, decorrente da incapacidade das políticas setoriais fragmentadas de superar os problemas vividos pela população. As mudanças necessárias incluem aproximar os responsáveis dos diversos setores e a leitura das necessidades do coletivo: “cada serviço sediado numa dada comunidade compõe uma rede de ação social. Essa rede deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas” (JUNQUEIRA, citado por BRASIL, 2004b, p. 48). Isso porque a complexidade dos problemas sociais, segundo Junqueira (2004, p. 27), “exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social”.

Observa-se no cotidiano do PSF que a intersetorialidade ainda apresenta desafios de gestão e operacionalização. Ou seja, as equipes de Saúde da Família nem sempre conseguem articular ações conjuntas com os outros setores, porque cada qual mantém a sua lógica e as suas prioridades, apesar de atuarem no mesmo território e para a mesma população.

No entanto, a ESF tem que priorizar o atendimento aos idosos por uma reivindicação da própria comunidade para que se cumpra o estatuto do idoso, assim como, entende-se que

... dentro do programa, eles... têm uma prioridade pra atender... A mulher... tem o idoso... todos têm prioridade. Num tem? Então, eu acho que é uma integralidade de... todas as faixas de idade... todas as pessoas que precisam... de um trabalho da equipe, do programa. (AE2)

O discurso revela que no PSF, além do idoso, *todas as pessoas que precisam [...] de um trabalho da equipe, do programa*, têm prioridade também, ou seja, a equipe tem de priorizar os grupos populacionais de maior vulnerabilidade de risco, garantir acesso igual para os desiguais e acesso universal e igualitário a uma pessoa ou grupo de pessoas aos cuidados de que necessitem (BELO HORIZONTE, 2003b). Expressa-se aqui como a integralidade se relaciona aos princípios de

equidade e universalidade constituindo, segundo Cecílio (2001, p. 113), “um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo”, no qual está implícito a busca pela superação das injustiças sociais, pela cidadania e pela saúde como direito de todos. Essa concepção ampliada de integralidade nos permite perceber a prática vivida no cotidiano do trabalho da ESF refletida no BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL e repensar a organização desse projeto que resulte em possibilidade de integralidade na micropolítica da ESF, ou seja, enxergar de acordo com esse mesmo autor (2001, p. 119), como o “micro” está no “macro” e o “macro” no “micro”. Portanto, considerar, ainda, que cabe à gestão mediar essas duas dimensões de forma participativa (CAMPOS, 2003).

Nesse sentido, é fundamental que a gestão perceba que é preciso relativizar o “dever ser” instituído pelo projeto, “o que é” vivido na prática cotidiana, mas nunca se contrapondo. Não mais pensar a prática de integralidade tal como ela deveria ser, mas, sim, coerente com Maffesoli (1998), tal como ela é, pois, consciente da polissemia da realidade social, faz-se necessário

reconhecer que não há um Sentido estabelecido de uma vez por todas, mas, muito pelo contrário, uma pluralidade de situações pontuais, e que podem variar de um momento ao outro. Trata-se aí, claro, de uma das conseqüências da ênfase posta sobre o presente e do retorno em massa deste nas práticas e representações próprias aos diversos atores sociais. Trata-se, igualmente, de uma manifestação do relativismo, que retoma importância em todos os domínios e cujos efeitos ainda não foram integralmente avaliados” (MAFFESOLI, 1998, p. 115).

Entender, assim, que a integralidade não pode ser trabalhada como um conceito fechado, pois, como imagem objetiva, tem múltiplos sentidos e usos que possibilitam que diferentes atores sociais expressem por meio desse termo suas aspirações de transformações em algumas características das práticas do cuidado, do modo de organização dos serviços ou, mesmo, das políticas (MATTOS; PINHEIRO; KOIFMAN, 2005). Portanto, uma imagem objetiva não diz como a realidade deve ser, mas resulta, de acordo com Pinheiro e Guizardi (2004), da prática social, produtora de relações, signos e significados das várias vozes sociais que dão sentidos a esse termo no cotidiano dos serviços de saúde.

Percebe-se que essas questões vêm sendo consideradas tanto pelo trabalhador da saúde da Atenção Básica que vem reivindicando sua participação

nas discussões sobre o BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL, desde a implantação do PACS/ BH VIDA, como também pela atual gestão da SMSA, que criou espaços de discussões entre gestores e trabalhadores, como a Mesa Municipal de Negociação do SUS, colegiado gestor local, grupos de trabalhos temáticos e Oficinas de Pactuação da Organização da Atenção nas UBS, que resultaram na construção de um documento intitulado “Recomendações para organização da atenção básica” (BELO HORIZONTE, 2003b).

Então, a partir do momento que a gestão da SMSA dá essa abertura para a negociação das relações entre trabalhadores e gestores, evidencia-se que o projeto BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL não é uma verdade pronta e absoluta, portanto necessita dos discursos dos atores sociais e de suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde para enfrentar as dificuldades encontradas na construção da integralidade do cuidado e da atenção.

3.2.2 As dificuldades encontradas

Evidenciam-se, na UBS, dificuldades em relação à estrutura física, aos recursos materiais e humanos e à organização do processo de trabalho, antes mesmo da implantação das equipes de Saúde da Família, e que deveriam ser enfrentadas pela gestão local. Porém, mesmo com tais dificuldades reconhecidas pela SMSA (BELO HORIZONTE, 2003a), as equipes de Saúde da Família foram montadas e cabe aos trabalhadores de saúde prestar uma assistência de qualidade, resolutiva e integral:

Nós precisávamos inclusive pra montar as outras equipes tivemos que fazer adequação da área física, porque, antigamente, onde estão os consultórios era o laboratório. Deve que esperar liberar e construir um outro laboratório, para tirar o pessoal que estava lotado aqui, pra prefeitura vir fazer os consultórios pra poder montar. [...] Então, teve que dividir até os horários pra adequar todas as equipes pra tá atendendo. (E2)

A UBS, a princípio, teve de sofrer uma *adequação da área física* para comportar as quatro equipes de Saúde da Família juntamente com os médicos e a enfermeira de apoio, a equipe de Saúde Bucal e os setores da unidade. Além disso, os profissionais da saúde dividiram até os horários para adequar o atendimento das equipes, mesmo após a reforma da unidade. Assim, as equipes vêm enfrentando o desafio de prestar uma assistência de qualidade e resolutiva a todo tipo de demanda que chega à UBS, mesmo com recursos escassos:

Então, falta recursos materiais, por exemplo, agora aqui unidade de saúde virou meio... urgência, também. Nós somos a referência da comunidade, tudo drena pra cá, e daqui a gente vai drenar pra UPA, tá sendo assim. Então, chega nós não temos recursos materiais, materiais de consumo mesmo, equipo de soro, scalpe, nós temos muita demanda pra este tipo de assistência aqui, todo dia a gente chega tem um paciente com sorinho ligado... Nós viramos a referência na comunidade, inclusive até mesmo pra ir pro... vou pra lá que eles me arrumam uma ambulância, e me mandam pra onde te ver que ir. (E2)

O PSF evidenciou, além da deficiência de uma estrutura física adequada para atendimento à população, a *falta de recursos materiais* necessários para prestar assistência, a partir do momento em que a UBS tornou-se uma *referência na comunidade*, diversificando inclusive suas atividades e aumentando o número de pessoas atendidas:

[...] tinha muita gente aqui que nunca vinha no posto de saúde, nunca veio, e agora todo mundo vem, onde a demanda ficou lá... É muito mais trabalho do que antes. Antes a gente trabalhava seis horas. Eu percebo que melhorou. Antigamente dava um trabalho, nem tanto funcionário também, pra quem trabalhava tendo que lixar as agulhas pra fazer a injeção, aquela multidão de agulha e hoje já vem tudo descartável, então muito fácil hoje. Percebo não, é a realidade. Vivi. [...] Teve os medicamentos e assim, todo mundo tinha, que a comunidade, a população era pouquinha, agora nada que chega não dá mais. Chega medicamento hoje de manhã, à tarde acabou. Então é assim, tudo, cada tempo é um tempo. (AE3)

Se, de um lado, algumas facilidades são apontadas, como o uso de descartáveis que contribui, inclusive, para a melhoria do atendimento, de outro, o aumento da demanda evidencia uma falha estratégica, por exemplo, na aquisição de

medicamentos pela população, pois *chega medicamento hoje de manhã, à tarde acabou.*

Esse aumento de demanda revela um problema, presente desde o início da implantação do programa em Belo Horizonte, que dificulta a sua operacionalização como planejado pela SMSA:

É lógico que o trabalho aumentou a gente, às vezes, fica sobrecarregado, a demanda cresceu. Houve, vamos supor, não sei se isto pode ser chamado de um ponto negativo. Mas, em termo de trabalho aumentou, sem dúvida duplicou, a gente trabalha mais. A demanda tá muito grande, a gente não está conseguindo ficar só atendendo o pessoal da equipe, um problema que tá ainda sem solução, porque não tem como, assim, as equipes, nós temos só três, agora que nós perdemos mais uma médica de uma outra equipe, resolveu sair. Então, nós estamos sempre, assim, um tem que apoiar uma outra, tem que atender um paciente de outra. [...] a gente não consegue ficar só com os pacientes da nossa equipe. Este é um problema que está desde o início do PSF. [...] Então, é... seria bom se a gente pudesse dedicar todo este tempo só a minha equipe, aos pacientes da minha área. Coisa que ainda não tem como, por causa da deficiência de recursos humanos. (M2)

A realidade vivida na UBS após o PSF revela que o *trabalho aumentou, sem dúvida duplicou.* Trabalha-se mais e uma equipe precisa apoiar a outra, *por causa da deficiência de recursos humanos.* Isso é ressaltado por uma das respondentes ao afirmar que pelo *excesso de serviço [...] ultimamente está sendo muito solicitado as enfermeiras, muito mesmo, serviço triplicou (AE 1).*

O que a gente nota é uma sobrecarga de trabalho, nós temos todas as atividades da equipe, mas o centro de saúde continua. [...] aumentou o número de enfermeiros e o número de horas de auxiliares, mas a vacina é o tempo todo, a farmácia o tempo todo, a avaliação aqui no corredor, verificação da PA, fazendo micro e terapia de reidratação oral. Estas atividades continuam enquanto tiver demanda a gente tá avaliando. Então, às vezes, a gente, nossa quem vai ficar aqui? Nós, ainda por cima temos que contar com as licenças e faltas por algum motivo [...] Então, nossa ninguém vai poder sair, como é que vão duas pessoas pro grupo e o outro fica aqui. Isso todos os dias a gente tem que fazer essa avaliação, quem tá onde e quem vai poder sair. As quatro enfermeiras e a gerente, também, de vez enquanto quem olha o problema primeiro, vai tá tentando encaminhar. [...] Eles não gostam, porque eles falam assim, que eles têm responsabilidades, eles gostam de fazer. Ai, a gente fica assim, olha infelizmente não vai poder deixar a unidade descoberta. (E2)

Apesar do aumento quantitativo de profissionais e de carga horária, passando de seis para oito horas diárias, percebe-se que o número de auxiliares de enfermagem é ainda insuficiente para atender às demandas da ESF e dos setores da UBS. O fato é que se convive, neste momento de transição, com um modelo tradicional de atendimento da demanda espontânea e a proposta do PSF que propõe uma mudança nesta lógica. Além disso, espera-se uma redução no número de auxiliares de enfermagem na UBS, pois quatro delas *vão aposentar, uma está até de licença* (E 2), e nestes casos não existe na SMSA uma política de reposição desses funcionários.

Eu acho assim, que é acúmulo de serviço, a falta de funcionário, porque infelizmente a gente trabalha por três, por quatro. [...] Eu acho assim, aqui a gente trabalha demais e a quantidade de funcionário é muito pouca pra demanda daqui. Que a tendência é só aumentar. Nossa, aumentou a demanda demais! Triplicou! Aqui tem que se desdobrar, aqui não tem aquele negócio de dizer assim: porque você é enfermeira você vai fazer só aquilo, você é auxiliar você faz aquilo, aqui você faz de tudo. [...] vê agora a campanha, nós vamos pegar os ACS pra anotar; porque como é que você vai preparar a vacina, aplicar, anotar, com a fila rodando quarteirão? Aqui também a gente abre a vacina, a fila já foi assim, já voltou e já tá lá do outro lado. E outra coisa, aqui a gente, mesmo que você esteja escalado pra um local, não tem como você ficar só naquele local. Às vezes as meninas tão na vacina, eu to no acolhimento, tem gente no corredor pra olhar pressão; quem tá desocupado na vacina corre lá na... quem tá desocupado na farmácia vai fazer outra coisa... Eu acho que o maior problema aqui é falta de funcionário, de auxiliar de enfermagem. Se tivesse mais não ia precisar das enfermeiras largar o serviço delas pra fazer o da gente. (AE1)

Evidencia-se que o número reduzido de funcionários, principalmente de auxiliar de enfermagem, que o médico (M 2) diz erradamente *enfermeiro*, influencia o atendimento da ESF para os respondentes, limita a implantação dos objetivos propostos pelo programa de forma integral:

Os 'enfermeiros' são, assim, eu acho que elas estão ainda muito apegadas ao Centro de Saúde. Em termo de PSF em si são os que mais tão sendo é..., como fala? Prejudicados no trabalho de campo que o PSF precisa, porque devido esta falta de recursos humanos, de escassez de equipe, a gente não pode liberar eles pra ir numa casa, por exemplo, medir uma pressão, fazer controle, um acompanhamento daquele paciente, fazer um curativo, que às vezes,

a gente demanda isso na nossa equipe. Se sair, se a gente libera o 'enfermeiro', o posto de saúde fica sem. [...] Tem um horário fixo pra elas ficarem no grupo. Então, isso limita um pouco. Não, a enfermeira nem tanto, tem mais liberdade. Ela fica, programa as ações dela de acordo com cronograma, tudo da equipe. Os auxiliares que são mais prejudicados, que tem tempo pra ficar num determinado local, não pode. Tem que ficar mais a disposição do Centro de Saúde do que propriamente da equipe. Então, eu não sinto eles assim só da equipe, da nossa equipe. Eles são do Centro de Saúde, porque têm que dá uma cobertura total ao posto de saúde. Eu acho que eu me sinto mais médico do PSF e a E 2 também, mas, assim, é lógico que as nossas ações são mais voltadas pra equipe. As dos auxiliares nem tanto. As dos auxiliares são mais voltadas pro Centro de Saúde como um todo. Então, eles não podem se dedicar tanto como nós, quanto eu e a enfermeira. Visando só a equipe, só área de abrangência, só a comunidade da nossa equipe. [...] Eles não podem ficar. Eles têm que cobrir o que é demanda do Centro de Saúde e não a demanda da equipe. Isso pra mim seja um outro ponto negativo que a gente tem vivenciando. Mas esperamos que, então, com ao passar dos anos isso vá melhorar. Que eles, a gente possa dá funcionando, a equipe integral, visando só aquela comunidade em si, que é o objetivo do PSF. Então, a gente espera isso no futuro se concretize (risos). (M2)

[...] a questão das visitas domiciliares, os auxiliares da minha equipe ficam muito..., além de ter número de carro pra visita, porque os horários não coincidem, por causa de arrumar carro pra visita e também na questão da saída da unidade pra tá indo no campo, por causa do número de pessoal, porque eu acho que precisa mais pessoas de apoio. Então, recursos materiais e humanos mesmos pra gente tá dando o apoio na unidade pra gente poder ficar mais livre pra fazer o trabalho do PSF. (E2)

[...] às vezes não dá pro auxiliar vim, acontece muito quando a unidade tá cheia de gente pra atender, aí só vai ACS e o médico. (ACS1)

Salienta-se que a ESF, além das dificuldades em relação à estrutura física, material e de pessoal que efetivamente possa participar do trabalho da equipe, ainda não pode desenvolver uma prática integrada com a equipe da odontologia, dada a falta de profissionais dessa área. Isso inviabiliza a implantação da proposta de reorganização da atenção à Saúde Bucal integrada ao PSF nesta unidade, uma vez que essa proposta define que deve ser implantada uma equipe de saúde bucal (ESB) para cada duas equipes de Saúde da Família nos municípios com uma população superior a 6.900 habitantes como uma das estratégias para a incorporação das ações de saúde bucal no PSF (BRASIL, 2004c).

[...] mandamos para eles, pra eles resolver. Eles têm o acolhimento deles, o serviço deles não enquadra no nosso não. Chega uma pessoa lá 'ah, tá com dor de dente, tá assim precisando de algum atendimento' aí ele sobe a escada e vai na sala da odontologia, conversa com a auxiliar do dentista e vê o que pode fazer. Nós não intervimos no serviço deles, nós não sabemos como que funciona lá [...] mas sempre teve só uma equipe mesmo. (AE1)

Uma das questões apontada para a *deficiência de recursos humanos*, é a grande rotatividade de profissionais, principalmente de médicos, que queiram aderir à proposta do PSF:

Tem muita rotatividade de médico. Nestes quatro anos, nós tivemos uns quatro a cinco que não chega a ficar nem um ano,... contratos. [...] inclusive dois que queriam ficar, tiveram que mudar, porque os do concurso optaram ficar aqui. Então, teve que ceder o lugar pra eles. Então, dois saíram, mas sem querer. Eram dois profissionais, que a comunidade estava gostando muito, mas infelizmente eles tiveram que ser transferidos. O efetivo, também, já pediu exoneração. Eu acho, assim, eles entram muito recente, eles não conhecem o trabalho, este novo modelo de atenção à saúde, que é o PSF. Então, eu acho que os profissionais estão entrando despreparados Nesse sentido, não em termo de conhecimento, mas pro objetivo que é trabalhar em equipe, neste novo modelo de atendimento, o médico generalista. Talvez, haja um pouco de insegurança. Eu sinto isso, uma falta de preparo melhor neste aspecto do emocional do profissional. Eu não senti tanto, porque eu logo tive o curso. Eu tive oportunidade, eu acho que eu fui privilegiado neste aspecto, porque eu entrei no final do ano e já tive o curso totalmente à disposição. [...] Então, eu acho que faltou mesmo o preparo pra esta área. O pessoal saber que eles têm que procurar e não ficar esperando tudo de mão beijada, têm que correr atrás. Ou então, não era aquilo que eles queriam também. Mesmo porque é uma outra realidade de trabalho. Às vezes, aquele médico quer mais ficar só com um certo tipo de cliente, não quer ser generalista. Entra, depois vê a realidade e quer mudar. Então, eu acho que foi isso que aconteceu como esta rotatividade que nós vemos tendo nestes quatro anos. (M2)

Para solucionar tal problema, a SMSA realizou, em 2004, um concurso público de médicos e enfermeiros exclusivo para o PSF. A princípio, a efetivação dos profissionais aprovados por concurso gerou muita transferência entre as unidades, pois os primeiros colocados podiam optar pelas UBS, onde queriam trabalhar. Inclusive, aqueles que *queriam ficar, tiveram que mudar, porque os do concurso optaram ficar aqui*, independentemente do vínculo já estabelecido com a comunidade e com os outros membros da equipe. Entretanto, mesmo após a

realização do concurso, a contratação temporária continua existindo, pois alguns desses profissionais não quiseram aderir ao PSF e outros que aderiram, principalmente os médicos, ao entrar em contato com esta *outra realidade de trabalho*, percebem que *não era aquilo que eles queriam também, ser generalista e, às vezes, pedem exoneração:*

Eu acho que aqui deu certo, tá dando certo, mesmo os médicos que entraram e saíram por motivo deles, agora com o concurso que venho mais fixo pra cá. Eu acho que caminha mais, porque você tendo estabilidade você vai ficar aqui, você não vai ficar mudando de centro de saúde todo dia. [...] Então, assim, isso da muita instabilidade profissional, às vezes, até motivação pra ele não trabalhar, mas agora, não ele vai saber que ele vai sair daqui só se ele quiser. (E2)

O problema é que, para solucionar a falta de pessoal da saúde até a realização de um concurso público, geralmente moroso, a SMSA faz contratos temporários por um período de dois anos, o que gera *instabilidade profissional*, pois, após esse tempo, o profissional é obrigado a sair por força de legislação. Além disso o fato de os profissionais entrarem despreparados para trabalhar em equipe, diante de um novo modelo de atenção à saúde, faz com que a rotatividade aumente, tornando o processo do PSF moroso.

Outra questão ressaltada é o perfil do trabalhador que irá atuar na Atenção Básica, sua crença e comprometimento com o projeto político de mudança como uma forma de garantir a efetivação da proposta do BH VIDA SAÚDE INTEGRAL na prática. No discurso expressa-se que é importante repensar a forma de seleção e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam na ESF. Reconhecer, segundo Leite (2001, p. 214), que, às vezes, existem alguns impedimentos para a construção desse “novo saber, fazer e ser”, tais como a formação do profissional em direção à especialização, “o aprisionamento dos sujeitos no seu fazer específico como estratégia de manutenção de poder, as inseguranças vividas pelos trabalhadores diante das inúmeras contradições presentes, as limitações decorrentes da restrita composição da equipe”.

Agora o que eu mais condeno no serviço público é o concurso, passa..., vem pro serviço público sem fazer uma avaliação, se a pessoa tem perfil pro serviço público que é completamente diferente

trabalhar num hospital, trabalhar no seu consultório particular, do que trabalhar numa unidade. [...] se a pessoa não tiver perfil, não gostar do serviço público, não vai adiante, você não consegue implantar nada... eles não conseguem nem trabalhar em equipe, eles não deixam desenvolver o trabalho. [...] equipes, que o médico tem perfil de saúde pública, que a enfermeira é compromissada, se engaja mesmo no programa, aí você percebe trabalho de equipe direitinho, pessoal bem enturmado, os ACS traz, leva os problemas, o médico que vai atrás, ele não fica só parado aqui, tenta resolver de outra forma o problema. Eu acho que depende mais é da enfermeira, na equipe. Agora o que eu percebo é que depende muito do perfil, que tem aquele agente comunitário que nasceu praquilo, que gosta então ele faz, ele trás as coisas, agora eu tenho uns agentes comunitários que se você falar pra fazer A, ele só faz A, e não olha em redor do A um milímetro. (E3)

Essa deficiência de profissionais, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, é um problema grave para a implantação e a expansão da estratégia da Saúde da Família, que precisa do envolvimento não só dos gestores, mas também da academia e dos pólos de educação permanente (CAETANO; DAIN, 2002; CAMPOS; BELISÁRIO, 2001):

O curso me possibilitou dominar as áreas que eu tinha mais dificuldade. Eu também, procurei suprir as minhas carências na área da ginecologia, na área da pediatria. Então, a parte prática, eu tinha que me virar com ela. A parte prática não tem no curso. A parte prática, eu tinha que fazer meus estágios, sozinho; procurar como que era uma consulta de pré-natal, como que era colher uma citologia. (M2)

Por meio do discurso, percebe-se que o M2 reconhece que o curso de especialização do PSF possibilita ao profissional médico capacitação teórica, enquanto a parte prática depende de esforços individuais, ou seja, a mudança na prática do profissional da ESF depende de uma busca pessoal de capacitação com os outros profissionais de apoio, como o pediatra e o ginecologista, pois *a parte prática não tem no curso*. Com exceção do módulo sobre trabalho em equipe, que é o único momento do curso que possibilita uma discussão sobre a prática, por oferecer a proposta pedagógica da problematização de como “trabalhar aprendendo e como aprender trabalhando” (SANTANA, 2000, p. 12). É um módulo no qual a equipe repensa a sua prática e elabora uma proposta de intervenção para ser implementada e discutida na UBS no cotidiano do trabalho. O discurso da enfermeira que já participou desse módulo com uma ESF da qual ela fazia parte em outra

unidade reforça que é importante esse *treinamento em equipe*, pois ela acredita que fica *mais fácil trabalhar com a equipe*, depois que eles entenderem a importância da responsabilidade compartilhada:

Quando a equipe fizer o treinamento em equipe, pra mim vai ficar mais fácil trabalhar com a equipe. Porque às vezes eu acho que as responsabilidades estão muito nas minhas costas. Eu sinto que eu tô mais sobrecarregada. As coisas estão... não que sejam fáceis pra eles, mas tá muito diluído, chegam pra eles muito diluído. Então, acaba eu me preocupando, às vezes acordando de manhã e pensando: meu Deus! O que eu vou fazer amanhã? Sobre o que eu vou falar no grupo? (E1)

O enunciado acima expressa que enquanto todos os membros da ESF não tiverem um momento de reflexão sobre o que é trabalhar em equipe, na lógica da estratégia da Saúde da Família, com um tempo para discussão e planejamento conjunto para atender às demandas dos setores da UBS, os profissionais da saúde vão estar sempre se sentindo sobrecarregados.

A proposta do PSF busca, então, a reorganização do processo de trabalho na UBS a partir de equipes multiprofissionais, com ações integradas que possibilite, além do estabelecimento de vínculo entre usuário e profissionais de saúde, maior acesso ao serviço de saúde e assistência integral e resolutiva. No entanto, evidencia-se que na prática, apesar da integração da equipe, ainda falta um novo entendimento, por parte dos trabalhadores de saúde, de suas novas atribuições como membros de uma ESF. Considera-se que é necessária a capacitação de todos sobre o trabalho em equipe, pois a enfermeira acaba se sentindo sobrecarregada com a coordenação sozinha de todas as atividades da ESF. De acordo com o relato abaixo,

o trabalho em equipe seria organizar mais o serviço e dar condições da equipe de avançar mais. É organizar, dividir tarefas... as funções na equipe pra gente poder atender um número maior de usuário e com melhor qualidade. Acho que aquele negócio de cada um ir fazendo uma coisa atropelado, sem organização, sem tá dividindo o serviço, fica cansativo. Do meu lado eu tô me sentindo um pouco cansada. E acho que o resultado não é o que a gente espera, se não tiver uma equipe integrada... Apesar da nossa equipe, entre a gente tem uma integração, acho que tá faltando é sistematizar mesmo o que é trabalho em equipe. Qual que é a função de cada um. Eu já falei lá nas reuniões o que eu lembro, mas eu acho que é desde o

treinamento. Você tem que botar na cabeça, olha, trabalho em equipe é isso... Nós estamos precisando fazer isso aqui. Porque eu tento dividir a tarefa, mas eu não consigo dividir. Eu fico mais... de coordenadora que manda fazer tudo, mas não consigo diluir o meu serviço. Eu fico com a parte mais pesada. Eu acho que por causa desta característica mesmo a da equipe não ter feito o curso, então, só eu da equipe fiz o curso... eu tenho essa iniciativa de sair dividindo, mas não consigo mostrar pra eles que aquilo ali é importante, é função daquela pessoa. Passa como se eu tivesse distribuindo a tarefa, então fez a tarefa tá bom. Não tem iniciativa de tá falando, de tá participando. (E1)

Revela-se neste discurso a necessidade de um processo educativo para todos os membros da ESF, mas ainda se tem arraigada a idéia da formatação, ou seja, que se *botar na cabeça que trabalho em equipe é isso*, eles mudarão a forma de agir. Na verdade, esse tipo de capacitação que se baseia somente na transmissão do conhecimento, segundo Ceccim (2004/2005, p. 161), não se mostra eficaz na incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas. Por isso, concordamos com o autor quando ele diz que é necessário um processo educativo incorporado ao cotidiano do trabalho que possa orientar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde. Ou seja, a Educação Permanente em Saúde,

ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Dessa forma, acredita-se que a Educação Permanente em Saúde possibilitará aos trabalhadores da ESF a percepção de suas necessidades e de que devem se envolver na organização do processo de trabalho da equipe para que ele não fique centrado na figura do médico ou da enfermeira. Do contrário, é o que se constata, hoje, a enfermeira assume nitidamente o papel de coordenação da ESF delegado pela equipe e aceita essa posição mesmo sentindo que *fica com a parte mais pesada*. Ou seja, a enfermeira da ESF é apontada como a *coordenadora que manda fazer e distribui a tarefa*, enquanto os outros membros da equipe entendem

que é para seguir somente o que é mandado, sem desenvolver iniciativa e participação.

Então, eu deixo a E2 mais assim como chefe de equipe, ela tem mais liberdade. Então, eu deixo ela mais coordenando de um modo geral. (M2)

... a E1, ela é um tudo ali, ela é uma psicóloga, ela tenta solucionar, então ela foi uma pessoa pra coordenar uma equipe, ela não diferencia, se ela tiver que falar uma coisa comigo, ela fala. E a gente aceita com todo respeito, entre equipe, é porque ela respeita a gente, a gente sabe que ela quer o melhor pra nós, pra todos em geral, mas ela busca solucionar o problema de todo mundo, ela é uma terapia na equipe. (ACS3)

De acordo com a proposta, existem no PSF atribuições predefinidas que são específicas para cada membro que integra a ESF e outras comuns a todos, que devem ser seguidas pela equipe. (BRASIL, 2001). O Ministério da Saúde, ao implantar o PSF num molde preestabelecido, espera que os profissionais da ESF estejam preparados para dar soluções aos principais problemas de saúde da comunidade, organizando suas atividades em torno do planejamento de ações assistenciais, preventivas e de promoção, num trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar e com abordagem integral à família. Entretanto, no cotidiano do trabalho onde realmente acontecem, elas podem ser geridas de diferentes formas.

Uma luta diária na qual a ESF deve buscar a resolutividade dos problemas que se apresentam e cada um tem um papel a desenvolver:

A finalidade desse programa... da equipe... é procurar resolver o problema, porque a equipe realmente ela preocupa com o problema, a gente leva o problema, que o agente de saúde, a obrigação dele é levar o problema pra equipe. (ACS2)

A finalidade mesmo é essa... pra ter um número de pessoas, atendimento... Eu acho que o objetivo é ir atrás das pessoas, que tão em falta, a vacina de criança, os acamados... Ir atrás das gestantes. A gente vai atrás, na busca ativa e passa pra equipe. A equipe depois vai à casa. É... tentar resolver, quando é possível. (ACS5)

Evidencia-se, então, que o ACS entende como sua *obrigação levar os problemas para a equipe e tentar resolver, quando é possível*. Portanto, cabe-lhe: identificar as necessidades da população adscrita; buscá-las ativamente e comunicar os possíveis problemas encontrados à ESF. Ou seja, o Ministério da Saúde

considera o ACS como “elo” entre a comunidade e a equipe de saúde. No entanto, o agente comunitário, por ser ao mesmo tempo um membro da comunidade e da equipe, não poderia ser apenas um “elo” com a população, no sentido de ser somente um veículo de comunicação. Deveria, sim, ser considerado, segundo Silva *et al.* (2004), um “laço”, pois o ACS possibilita a criação de vínculo, de ampliação do acesso tanto ao serviço de saúde quanto ao cuidado e a reorganização do trabalho em equipe, modificando atitudes herdadas do modelo tradicional de saúde:

O trabalho em equipe é assim, nós agentes de saúde somos os buscadores dos problemas, nós levamos o problema pra equipe solucionar. A gente aprendeu, a nossa equipe, só aqueles que não tem possibilidade de ser resolvido entre o médico e a enfermeira que precisa do auxílio da gerente que é levado, porque é uma forma da equipe tá evoluindo. (ACS3)

Eu brinco, a gente fica igual fofoqueira, vai na casa do usuário, passa pro médico, pra enfermeira. Eu acho bom trabalho em equipe. Que uma só, duas não consegue, igual a visita, o agente que vai mostrar onde é a casa do usuário, que o médico, a enfermeira nem sempre sabe, a não ser os antigos que eles já foram. [...] amanhã, eu já estou lá pra saber como que o paciente ta... eu trago notícia, ele já melhorou muito. É um leva-e-traz. (ACS4)

Qualquer coisa que tem passa pra enfermeira. Se a enfermeira num ta, a gente passa pra gerente ou pros auxiliares. Uma visita, uma queixa, tudo a gente passa pra ela. (ACS5)

... a equipe, o agente de saúde foi feito pra ajudar. O agente de saúde, ele não é só agente de saúde, eu acho que ele é um pouco psicólogo, porque a gente entra na família,... na casa, sem querer a pessoa vai se soltando pra gente. Aí a gente vai e passa pra equipe. Aí a equipe vê um jeito, uma solução de tentar resolver o problema daquela família. [...] A gente tenta resolver entre a equipe mesmo. Se é um problema de saúde a gente tenta agendar a consulta. O médico consulta, a gente vai e visita. Se é um problema que não dá pra equipe solucionar passa pra gerente. Ela tenta resolver de outras formas se for possível, mas sempre procura resolver o problema. (ACS2)

Os enunciados evidenciam que os próprios agentes comunitários se reconhecem não só como elo, os *buscadores dos problemas, fofoqueira, leva-e-traz*, ou seja, o ACS *não é só agente de saúde, é um pouco psicólogo*, que escuta e se identifica com o usuário e suas necessidades, pois ele possibilita a criação de um “laço” afetivo entre a ESF e a família, fomentando, assim, o vínculo e a co-

responsabilização da equipe e também da gerente para a resolução dos problemas identificados.

Existe, porém, uma questão ética suscitada pela ESF em relação à privacidade das informações relativas ao usuário obtidas pelo ACS: esse trabalhador possui uma situação singular na ESF, uma vez que reside na área de atuação da equipe e não é um profissional submetido ao controle de conselho ético de nenhuma profissão. No entanto, é o próprio ACS que expressa essa preocupação em relação ao sigilo das informações obtidas nos domicílios referentes ao usuário, que segundo ele devem ser somente compartilhadas dentro da ESF. Isso revela, portanto, uma postura ética do agente comunitário:

Esse trabalho nosso [...] Você vai na casa da pessoa você não tem que ficar falando o que você viu na casa da pessoa. [...] você descobre muita coisa que só a equipe fica sabendo e você tem que discutir em equipe. Não precisa outros ficarem sabendo, que era tudo discutido junto com todos os agentes de saúde em vez de separado. Então eu achei importante por causa disso: a equipe. (ACS2)

Em relação às atribuições do ACS no município de Belo Horizonte, além do cadastramento, do acompanhamento e do encaminhamento dos usuários ao ESF, feito por meio das visitas domiciliares, o agente comunitário marca consulta, leva exame e medicamento no domicílio para os acamados ou pessoas com dificuldade para deambular:

A partir do momento que eu passei a fazer parte da família dela, que eu entrei dentro da casa dela, ela já começou a contar comigo. [...] marcava uma consulta pra ela, eu já levava um exame pra ela, eu pegava remédio pro marido dela. [...] eu fui uma amiga que ajudava onde ela não encontrou nos vizinhos, que o marido dela tava morrendo em cima da cama e ela não tinha condições de levar ele no médico e nem sair e deixar ele sozinho. [...] um problema que o agente de saúde resolveu de levar um remédio, de fazer isso e aquilo. (ACS2)

Eu acho que eles (ACS) tem um limite também pra atender as comunidade. Eles num tem que tá levando medicamento pras pessoas na casa, eles não foram contratados pra isso. A menos que seja uma pessoa a-ca-ma-da, não tem ninguém pra ir buscar o remédio. (AE2)

O enunciado a seguir revela que o ACS se sente importante por levar os problemas para a equipe, acompanhar e cobrar as questões relacionadas à saúde das famílias, mesmo que não seja do interesse do usuário as orientações dadas:

Assim é ótimo esse programa. Porque a mãe querendo ou não o agente de saúde tá obrigando, tá sendo assim uma obrigação na vida daquela família,... a mãe a fazer uma coisa que às vezes ela não queria fazer. Porque quem vê um agente de saúde às vezes não dá nada pra um agente de saúde, mas se a pessoa parar pra pensar o quando o agente de saúde é importante... Porque ele leva os problemas pra equipe, ele cadastra a pessoa pro cartão do PSF, ele fica em cima do acamado, se tá sendo bem cuidado, se tá sendo bem olhado, se tá tomando remédio direito, se a vacinação tá em cima, leva a lista de acamados pro posto ir atrás pra poder vacinar..., orientando sobre a dengue, orientando sobre camisinha. Se tem um exame a gente tem que levar o exame pra pessoa,... pode tá sol ou chuva. Então... eles têm medo da gente... Às vezes atende a gente até pela grade lá do portão... A gente fica lá: 'Ó, se não levar o conselho tutelar vai vir aqui'... Aí a gente pensa que não vai levar e no outro dia a mãe tá lá com o menino. Às vezes não recebe a gente, mas escuta o que a gente fala e leva. (ACS2)

Esse papel híbrido do agente comunitário pode ser um elemento facilitador como dificultador para a ESF, pois, como membro da comunidade, ele se considera também usuário e, portanto, quer que os outros membros da equipe e a gerente o tratem como tal.

O discurso do ACS revela que existe uma contradição, pois é cobrado do agente comunitário que ele deve escutar e acolher o usuário, mas há momentos em que os profissionais da equipe e a gerente não o escutam e não compreendem os problemas pessoais que o impedem de participar de alguma atividade da ESF.

O agente de saúde ele é muito cobrado... A gente vai procurar resolver um problema... 'Ó, hoje não dá pra eu participar de uma reunião', alguma coisa assim... Se tem um enfermeiro, um auxiliar ou até mesmo um agente de saúde que está estressado... às vezes não tenta compreender o outro. E, eu acho nessa vida, a gente tem que ser compreensivo porque a obrigação do ACS é compreender o usuário... escutar. Então às vezes a gente fica chateado porque um enfermeiro, um auxiliar, sei lá... alguém do posto... Às vezes as auxiliares mesmo não compreendem os ACS, aí fica aquela picuinha sabe... de auxiliar com ACS... (ACS2)

O enunciado acima nos faz refletir que é preciso considerar o trabalhador de saúde em relação à sua subjetividade, procurar escutá-lo e compreendê-lo, pois,

do contrário, isso pode gerar insatisfação, atritos e mal-entendidos. Como evidenciado neste discurso, os agentes comunitários se sentem discriminados no Centro de Saúde, pois eles têm de trabalhar somente na rua, por isso eles não têm direito a lanche, vale-refeição, um local adequado destinado exclusivamente a eles na UBS. Mas, às vezes, eles estão escalados para trabalhar dentro da UBS no acolhimento:

Nós, ACS aqui, pra falar a verdade a gente se sente discriminado no centro de saúde porque às vezes você vai conversar com um auxiliar alguma coisa eles te dão cada rachada que você fica até sem rumo. Às vezes a gente fica na escala no posto, a gente tá na rua, vai pra escala e fica morrendo de fome, não almoçou... Às vezes tem até um lanche alguma coisa assim sobrando, mas o agente de saúde não tem direito, a gente tem que pedir. Assim, às vezes eu posso tá enganada, mas o ACS ali no posto eu acho que é muito discriminado. A gente tinha uma sala nossa, puseram a gente num quartinho lá no fundo. Só vai reduzindo o horário da gente que tá certo, o agente de saúde tem que ficar na rua, mas às vezes ele tem que ficar no posto, ele tem que resolver alguma coisa no posto... Ele tem que ir no posto pegar um exame, ele tem que resolver algum problema. Até pra consulta às vezes é difícil. (ACS2)

Entende-se que existe no ACS um sentimento de inferioridade em relação aos outros membros da ESF e acredita-se que alguns dos motivos sejam estes: por ele ser um membro da comunidade, por não ter uma formação profissional, por ser terceirizado e por não ter os mesmos direitos que os funcionários públicos:

Olha, eles [ACS] são... meio arredios com a gente. Mas, num deixa de tá assim, integrados com a gente, não. É que às vezes eles acham, não sei, tem hora que parece que eles acham que a gente, quer dizer, já foi até comentado que a gente quer diminuí-los. Eles acham que a nossa função é melhor do que a deles. Num é...! Todo mundo precisa de todo mundo. Eles acham que nós não precisamos deles. Com a gente eles num fala não. Mas, uns entre os outros, a gente sempre fica sabendo. Porque às vezes tem certas coisas que a gente precisa que eles façam pra gente. Eles não querem fazer, mas fazem. (AE2)

Às vezes eles ficam meio arredios com a gente por causa... que eles acham que a gente não quer fazer as coisas pra eles, mas o problema é que a gente tem as normas a seguir. E às vezes eles não entendem. Sabem das normas, porque tudo é discutido na nossa equipe, nas nossas reuniões. E sempre tem alguma coisinha assim que eles querem prioridade. A gente num pode fica dando prioridade pruma pessoa que trabalha junto com a gente e sabe das normas! A gente pode até abrir um precedente, mas não num horário de aperto.

Eles ficam contra a gente, por causa dessas coisas. Entendeu? Esses pequenos detalhes... (risos) Uma coisa boba. (AE2)

Hoje a gente se dá bem, conversa o que é necessário, comprimenta, tá sempre... numa boa. Mas, muitas vezes a gente num tem aquela amizade, aquela... intimidade, sabe? A gente convive bem. Eles tem alguns atritos de vez em quando, questão deles lá. Com relação ao nosso trabalho, já foi superado. Agora eles entendem melhor. Às vezes ainda querem alguma coisinha, mas já... sabem como é o regulamento... aí já fica mais responsável. Porque antes, eu acho que eles pensava que eles podiam... a gente tinha que fazer pra eles, porque eles tavam servindo a comunidade. (AE2)

Coitadinhas [ACS], elas... coitadas, elas se sentiram assim... quando elas entraram, elas ficaram assim muito desentrosadas. Mas aqui entre nós, não tem esse problema, a gente chama todo mundo pra participar de tudo. Então aqui elas foram logo entrosando. (AE1)

Os agentes comunitários tiveram dificuldade de entrosamento no início do trabalho na unidade, principalmente em relação aos auxiliares de enfermagem, pois eles acham que a função destes é melhor que a do ACS, o que, de certa maneira, incentivou-os a fazer o curso de auxiliar de enfermagem. Já os auxiliares entendem que os agentes comunitários, como trabalhadores de saúde, devem seguir as normas da unidade e não querer privilégios por estarem servindo a comunidade.

É importante ressaltar que, após a implantação do PSF, houve sobrecarga de trabalho para as equipes e, conseqüentemente, aumento no nível de tensão nos trabalhadores de saúde, gerando conflitos, licenças médicas e faltas no trabalho. Os discursos expressam que as dificuldades nas relações interpessoais dentro ESF compromete o trabalho da equipe. Isso fica evidente quando não existe ajuda mútua e afinidade entre os membros da ESF, pois se adota o individualismo como uma postura dentro da equipe: *Eu faço a minha parte e pronto:*

A vantagem de fazer papel em equipe é a gente tem com quem dividir... A que dividia a área comigo, ela me ajudava, eu ajudava ela. Eu queria ter uma pessoa assim... aqui num tem... Eu não posso contar com minha vizinha de área. [...] Gosto do posto... Sou muito bem recebida na minha área. Não tenho nada de queixar... Eu não tenho nada contra os ACS não... só acho chato não poder contar com eles. Eu queria que fosse uma equipe mais unida, mas infelizmente a gente não é... Mas, tá tudo bem... Tenho nada contra não... Eu faço a minha parte e pronto. (ACS5)

Ah, no começo era bem mais unido, um compreendia o outro, um tentava ajudar o outro, agora já é mais assim... Não sei se é devido ao serviço ter aumentado... Tá todo mundo mais estressado, mais

cansado... E aí um não pode nem brincar com o outro porque o outro já tá dando mal resposta no outro... Aí começa aquela... confusão boba, uma coisa que não precisa daquilo... tem agente de saúde agora que fica sem conversar um com o outro... Fica uma coisa difícil porque às vezes tem uma visita pra fazer. (ACS2)

No cotidiano do trabalho da ESF, percebe-se um estresse gerado tanto pela sobrecarga de trabalho e pelos conflitos entre trabalhador-trabalhador, como nas interações entre trabalhador-usuário, pois cabe à ESF a responsabilização, a assistência integral e a resolutividade dos problemas de saúde da população adscrita. O enunciado a seguir evidencia que a ESF cria vínculo com o usuário e a família, e isso implica responsabilidade pela resolução de todos os problemas identificados:

Todo mundo tá tão estressado que eu acho que a equipe tem problema porque depois que mudou o programa nós passamos assim a ter os problemas da gente com os problemas de outra família... aquilo mexe muito com a cabeça da gente... Eu acho que a equipe, ela se tornou a família de todo mundo... Se tornou a família dos usuários todos faz parte da equipe... Os usuários que têm problema na nossa área, a gente tá ali com o problema junto com eles. Eles não podem resolver o nosso, nós que temos que resolver o deles. Nós estamos vivendo com os problemas deles, você tem que resolver aquele problema. Se você não resolve, você fica preocupada... Eu sou assim, eu fico chateada com aquilo. Enquanto eu não vejo a solução daquele problema eu não fico na boa, eu quero resolver... A equipe se integrou completamente com as famílias [...] a gente toma amor pelas pessoas. Quando a gente perde um usuário, às vezes a gente até chora. Eu me sinto responsável por aquelas famílias,... em ajudar aquelas famílias que precisam. (ACS2)

Assim, na tentativa de prestar cuidado integral centrado no usuário/família, a ESF encontra, no dia-a-dia do trabalho, limitações que a impedem de resolver determinados problemas de saúde, o que, muitas vezes, não é bem aceito pela comunidade. Isso porque, a medida que a referência para resolução dos problemas, tanto de saúde como sociais, é de responsabilidade da equipe, sendo até mesmo veiculado pela mídia que a população deve procurar as UBS próximas às residências para atendimento de suas demandas, espera-se uma solução, o que nem sempre acontece:

O objetivo da equipe é tentar ajudar em partes assim, de doenças, até mesmo psicológico, a gente conversa e tenta ajuda a família o máximo que puder. Só quando não tem jeito mesmo, não tem recurso, a família não aceita que a equipe não tem como ajudar. (ACS2)

Se, de um lado, os discursos revelam uma postura de escuta acolhedora, que cria vínculo e responsabilização com os usuários, demonstrando uma prática na perspectiva da integralidade, de outro, os próprios sujeitos ainda reforçam a lógica do modelo curativo, pois

[...] a gente ainda tá voltado muito pro curativo, porque a população está procurando muito a gente com isso mesmo, pro curativo. Você vê o nosso acolhimento é enorme, a gente fala assim: Ah! Meu Deus do céu, esse acolhimento não vai acabar nunca, não? Não é possível tá todo mundo doente, todo mundo precisando de médico, de consulta médica. Acaba a gente ouve muita coisa, mas aí, a gente fala assim: meu filho, mas é realmente você está com a dor, um lombalgia. Você trabalha com que? Vai ver é outras coisas que estão gerando a doença dele. Vou mandar o cara mudar de serviço, sendo que é só aquilo que ele sabe fazer. Então, é muito complicado. (E2)

Evidencia-se, aqui, que o trabalho cotidiano da UBS ainda está voltado para a consulta médica, para o atendimento da demanda espontânea, da cura de doença, de pronto atendimento, pois a própria enfermeira, que é uma referência na UBS e para o trabalho em equipe, reafirma a lógica do modelo médico hegemônico, que não mudou. Ou seja, quando ela não se cita como um profissional que o usuário procura, independentemente de ter ou não médico na unidade, querendo o acolhimento, que é feito principalmente pela enfermeira, a consulta de enfermagem, a vacinação e outros atendimentos de enfermagem.

Da mesma forma, que outras atividades, como por exemplo, o “grupo de dança” e o “grupo de ginástica”, que a equipe estruturou, consideradas de lazer, lúdicas e, atualmente, não são mais realizadas:

Nós temos grupo de dança, tá parado agora, porque tá arrumando a igreja, não tá tendo salão, temos o grupo de ginástica. É maravilhoso! O povo vai, aquelas velhinhas tadinha, chega lá quase morta. (AE3)

Antigamente eu tinha um grupo de ginástica, foi até muito bom, lá na igreja. O pessoal tá até cobrando pra gente voltar, mas a igreja tá em reforma. E assim, tô até com dificuldade de voltar agora, porque a

demanda do centro de saúde aumentou tanto, que pra gente sair da unidade tem que da programando de tantas em tantas horas eu posso tá saindo. (E2)

Apesar dos usuários cobrarem o retorno dos grupos de dança e de ginástica e dos sujeitos reconhecerem que essas experiências vividas foram positivas tanto para os trabalhadores como para a população, a ESF não reorganiza esse tipo de atividade em outros locais na comunidade, o que poderia contribuir para diminuir a demanda espontânea na unidade.

Na verdade, vêm-se seguindo a lógica do modelo curativo, pois o que é cobrada da equipe e avaliada é a produtividade, independe se eles têm ou não postura acolhedora, se eles estabelecem ou não vínculo e responsabilização pelo usuário. Isso reflete na lógica do atendimento na UBS, com aumento da demanda tanto por consultas médicas quanto por atividades de enfermagem, como acolhimento, vacinação, dispensação de medicação, curativos, avaliação e verificação de dados vitais; o que dificulta, principalmente para o auxiliar de enfermagem, devido número reduzido deste funcionário, de participar dos grupos operativos e das visitas domiciliares junto com a ESF.

O pessoal fica falando: Ah, você tem que preencher papéis... eu sempre falei: não! Eu gosto de resolver, gosto de atender. Mas, eu tenho idéia que seja isso... quer dizer, integralidade é abordar o máximo possível os problemas... tentar prevenir... e... num sei! (M1)

O enunciado expressa que existe uma cobrança em relação ao preenchimento de papéis para mostrar a produtividade, enquanto, para o trabalhador, o que é importante são as respostas que consegue dar aos problemas demandados pelo o usuário.

Evidencia-se, então, uma dicotomia entre o discurso e a prática do BH VIDA SAÚDE INTEGRAL (BELO HORIZONTE, 2003b), pois o projeto tem como imagem-objeto a integralidade, mas a avaliação do processo de trabalho da equipe se restringe muito mais à produtividade do serviço, ou seja, à quantidade de atendimento, visitas domiciliares e grupos operativos realizados do que a produção do cuidado integral. Essa cobrança de produção por procedimento é muito mais para atender à exigência do Ministério da Saúde no que se refere ao repasse do

financiamento do PSF do que para uma avaliação conjunta com a equipe do processo e do impacto qualitativo na comunidade:

Eu acho que o trabalho em equipe vai ajudar a gente até mesmo quando mais tarde, pegar uma estatística e ver o que é que melhorou com a saúde da família a partir da hora que ver a quantidade que nós começamos atender e a organizar melhor. [...] dados da nossa equipe que tem, são dados das ACS e dados meus. Então, assim, visita domiciliar, eu faço a produção minha e dele. Porque senão, ele não faz. E aí vai parecer que a equipe não faz visita domiciliar. Não vai tá lá computado. Ele não conseguiu ainda perceber que a produção é... eu acho que eu tive essa dificuldade de entender isso no início. Eu não conseguia entender que a produção é importante pra equipe. São dados pra gente poder tá avaliando até como é que essa equipe tá indo. Onde é que nós precisamos atuar mais. (E1)

O enunciado revela que os dados da produção gerados pela ESF que deveriam auxiliar no planejamento e na organização do trabalho da equipe não são incorporados na prática dos profissionais, dada a falta de confiabilidade e de entendimento da importância da utilização deles.

Outro fator limitante para a integralidade apontado pela ESF é a *burocracia* nas instituições, que dificulta a interação e a integração dos serviços de saúde com os demais setores.

Às vezes, a gente não consegui chegar, ao final daquele objetivo, por mera burocracia, nem é limitação financeira. Então, eu acho que a integralidade ela seria, ela tem que aprimorar mais nisso aí. Deixar a burocracia de lado, cada um fazer sua parte cada um procurando se ajudar um com outro... todos tão buscando um mesmo objetivo. É melhorar a qualidade de vida da comunidade. É a gente se entender mais ter mais comunicação, trocar mais informações, eu acho que falta isso, também, pra gente mostrar pros outros setores, que a comunicação é importante. E então a gente tem tanta burocracia que dificulta. Às vezes, a gente tem que marcar, com fulano, pra poder conseguir aquele objetivo. Se fosse umas coisas mais simples a gente resolveria mais coisas também. Então, a integralidade tem que existir, tem que aprimorar mais o lado burocrático. Eu acho as coisas tem que se tornar mais fáceis, mais acessíveis, pra gente buscar um objetivo. (M2)

Ressalta-se que para desenvolver práticas de integralidade é preciso repensar a estrutura burocrática das instituições e valorizar a comunicação como importante forma de integração da saúde com os outros setores, no sentido de resolver questões relacionadas ao limite de ação do setor saúde para atender às

necessidades referentes às condições de vida da comunidade. Conforme revela o enunciado, a limitação da ação do profissional de saúde em relação às questões ambientais que interferem na saúde da população decorre da falta de resolutividade de outras áreas. Portanto, é necessário que haja, como nos afirma Junqueira citado por Paula *et al.* (2004), uma articulação intersetorial com intervenção, por exemplo, na área de saneamento básico, como no caso relatado:

Que a gente pudesse falar, assim, estamos a todo vapor, tá tudo dando certo. Então, infelizmente a gente esbarra nessas questões, aí, de não tá podendo resolver tudo. A gente faz a nossa parte, eu faço com toda dedicação possível mais esbarra nessas limitações que infelizmente não são rápidas, estes retornos. [...] Então, eu digo o retorno é Nesse sentido de não ter a resposta imediata para aquela ação que a gente busca, melhoria da qualidade de vida daquela comunidade. Que isso o PSF colocou a tona, porque é muito amplo, se vai trabalhar com todas as áreas... não adianta eu ir só lá prescrever um vermífugo pra aquela criança, sendo que no outro dia ele vai dá lá brincando na água contaminada, pegando o mesmo verme, aquele círculo vicioso continua. Então, quer dizer se não há participação, se não tem o retorno daquela área que precisa ser saneada, ali resolver o problema. O papel de médico vai ficar um pouco limitado. Quer dizer eu preciso disto, também, o saneamento seja feito. (M2)

Destaca-se a necessidade de eliminar as barreiras que impedem a ESF de ser mais resolutiva, assim como de melhoria das condições de trabalho, desde estrutura física e materiais, mas principalmente que os trabalhadores de saúde sejam valorizados “como sujeitos sociais em processo de relação (relações atuais, passadas, históricas, sociais, culturais, de poder), no qual produzem as práticas de saúde, não sendo, assim, mais um dentre os muitos recursos necessários, como materiais e físicos” (FORTUNA *et al.* 2002, p. 19). Portanto, considerar os trabalhadores de saúde, como potenciais sujeitos da mudança e de reformuladores das práticas que buscam, no dia-a-dia do trabalho do PSF, formas de enfrentar as dificuldades nos diferentes espaços de interação existentes.

3.2.3 Espaços de interação

É importante ressaltar as reuniões tanto de equipe quanto da gerente *com todas as equipes juntas* (M2) como um dos espaços que possibilitam aos profissionais o conhecimento do trabalho uns dos outros, como também das outras equipes, a discussão dos problemas vivenciados no cotidiano da UBS e a busca de soluções compartilhadas. Pois

eles todos tem liberdade de falar o que querem. A gente tem a reunião de equipe, também, pra isso. A cada quinze dias a gente faz uma reunião só entre a gente pra gente ver e avaliar os nossos trabalhos e programar os próximos, o que a gente vai fazer. [...] Eu to sempre, conversando com eles, mesmo sem poder o tempo todo, as meninas estão passando as informações, os agentes comunitários. A primeira coisa que eu chego, eu procuro saber informações do que está acontecendo em cada área de abrangência. Então, antes de eu começar o atendimento, eu vou busco informações, uma coisa de mais urgência que precisa ser resolvida. Eu dou ampla liberdade pra elas, pra tá me comunicando tudo que acontece, dialogando comigo o que a gente precisa de mudar. (M2)

Aqui na nossa equipe nós todos temos um retorno [...] o entrosamento é geral, num tem essa dificuldade não. (AE1)

As reuniões de equipe, portanto constituem um importante espaço para reflexão conjunta de alguns problemas de saúde apresentados pelos usuários identificados por todos os membros da equipe. A ESF, além das reuniões periódicas, também tem outros espaços para articulação de saberes, práticas e interação entre os trabalhadores de saúde no dia-a-dia do trabalho. Esses encontros permitem “a distinção e a recomposição dos trabalhos parcelares em totalidades nas quais cada trabalhador possa reconhecer-se, simultaneamente, como agente do trabalho e sujeito histórico-social” (PEDUZZI; PALMA, 1996, p. 241). É o que confirma o discurso a seguir:

Eu vejo como proveitoso, porque eu acho que a gente tem que trabalhar em equipe não só dentro da minha equipe, mas também trocar idéia com os outros. Porque cada um tem uma maneira diferente, por mais padronizado que seja, a gente tem uma certa liberdade pra criar coisas novas. Então, a gente busca informações com os outros colegas, o que eles estão implementando de novo. [...]

Tem as reuniões de quinta-feira, que é com todas as equipes juntas, exatamente pra isso. Tem um espaço da gerente, ela fala dos temas principais, o que precisa no geral, depois ela dá o espaço pra gente trocar as informações entre as equipes. Ai, a gente vê, troca idéias, informa, assim, que um tá fazendo de novo. Então, cada um tem seu espaço para falar. (M2)

É importante salientar que cada trabalhador, como sujeito social e trabalhador parcial, tem valores, crenças, projetos próprios e constrói estratégias de adesão ou recusa as práticas propostas num certo modo de organização. Portanto, cabe à gestão do serviço de saúde propiciar espaços dialógicos nos quais *cada um tem seu espaço para falar* e possibilitar, assim, a integração da equipe de saúde da UBS ao projeto institucional e a novos projetos. O enunciado abaixo evidencia as reuniões semanais entre a gerente com todos os funcionários da unidade como um espaço que cumpre não só esse objetivo, mas também propicia encontros para comemorar aniversário, um momento de descontração *muito bom, até mesmo pra integralidade, você ri um pouquinho*. Como diz Maffesoli (1984), é uma forma de socialidade, ou seja, um estar junto compartilhando um sentimento que se esgota no presente.

Eu percebo na reunião semanal... que a pessoa ela consegue, ela se expõe, mesmo diante de todo mundo. Eu acho a reunião semanal pra mim foi excelente, eu arrependo de não ter começado isso há mais tempo, porque é muito bom, até mesmo pra integralidade, você ri um pouquinho, aí servem um suco, descontraí ali um momentinho. É um momento que a gente para, tem dia até que o assunto é pouco, mas aí é bom, eu percebo que o pessoal já abitolou, eles já vêm: Tem guaraná? Aquela brincadeira assim... é um momento que faz unir, dá uma união, uma integração da equipe mesmo... A gente sempre faz a festinha de despedida e de vez em quando a gente faz de aniversário. (E3)

No discurso acima, a enfermeira reconhece que as reuniões não podem ser um momento somente para repasse de informações de ordem administrativa, mas também um espaço de troca de conhecimentos e experiências entre os trabalhadores onde, além de comemorar aniversários, podem realizar despedidas dos que saem da unidade, isto é, podem compartilhar sentimentos e emoções. É *um momento de união, uma integração da equipe*.

É porque ia vir um médico... assumiu a minha equipe... eu ainda não tinha sido chamado... fizeram uma despedida pra mim, foi a tarde do choro... eu chorei, o povo chorou, todo mundo chorou... os agentes da saúde choraram... e as enfermeiras choraram... foi uma choradeira... foi um dos dias que eu mais vi choro na minha vida. Aí ele veio aqui, só que quando ele veio ele já viu que alguma coisa tava errada. O pessoal olhando pra ele meio assim... Alguns assim, porque vai tomar o meu lugar. Aí ele num veio... ele desistiu. Aí recebi a carta e aí fui efetivado. Foi ótimo. Todo mundo achou bom... Eu vi o quanto que o pessoal gostava de mim aqui. (M1)

Elas já fizeram uma festa pra mim melhor do que essa. Nossa Senhora, pra mim foi uma surpresa. Isso me deu a certeza que ninguém é insubstituível, que eu saindo daqui, é claro que os outros vão promover. [...] [...] Aqui toda vida foi assim... esse posto de saúde é um posto abençoado, que todo mundo que vem aqui... tem o coração aberto pra aceitar as coisas que existe aqui. O espírito de comunidade, de amizade, de amor... essa mesma festinha nós fizemos aqui de ano novo. Então aqui a gente tem esse espírito de comunhão, de conviver... Tem que ter comunhão senão não tava acontecendo até hoje. (AE1)

Esse espírito de comunhão presente nas pessoas dessa unidade revela necessidade que os trabalhadores sentem de estar juntos, de se encontrar para festejar. Isso expressa, de acordo com Maffesoli (1984, p. 44), um viver em socialidade, sem interesses predefinidos, mas que dá sustentação a esse grupo, ou seja,

a comunhão de emoções ou sensações, difundidas nos atos mais cotidianos ou cristalizados, nos grandes acontecimentos pontuais ou comemorativos (aniversários, agrupamentos,...) é, *stricto sensu*, o que funda a vida social ou que faz lembrar sua fundação. O lúdico não é, portanto, um divertimento de uso privado mas, fundamentalmente, o efeito e a conseqüência de toda socialidade em ato. [...] elas (festas) estruturam toda a existência, tornando-a uma aventura coletiva que não pode fragmentar-se. Não há dúvida de que a festa pode adquirir formas múltiplas e bastante tradicionais, mas ela está presente inclusive nas atividades mais 'sérias'.

Observa-se na cultura vivida no cotidiano do trabalho da equipe que existem outras formas de socialidade, nas quais a interação entre trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário não é unicamente racional, mas também afetual,³ que se manifesta num “estar junto, compartilhando coisas que possuem significado

³ Afetual, segundo Maffesoli (1996) citado por Pinho (2000, p. 77), “é a demonstração de toda arte, de todo prazer e carinho. É sentir-se com o outro, sem a possessividade e o apego exagerado”.

especial para quem as vive no momento em que as vive” (PENNA, 1997, p. 82). Ou seja, os “pequenos nada” sem finalidade são ricos de significado e fazem parte do “viver humano”, como se pode comprovar no discurso a seguir:

Mas nós começamos a reparar que o pessoal, eles não vão só porque é grupo de hipertenso e pra ouvir a palestra eles vão para encontro mesmo ou é para falar alguma coisa com o médico, pra trocar uma receita ou então pra ter uma atividade mesmo. Então, o grupo deixou de ser um grupo de hipertensos e diabéticos visando só o controle... pra ser um grupo de encontro. Então, a maioria vai em todas as vezes e eles vão de boa vontade e vão pro encontro mesmo, pra tá conversando, tá batendo papo, pra tá tendo uma atividade, um lazer. (E1)

Nós temos grupo de dança, tá parado agora, porque tá arrumando a igreja, não tá tendo salão, temos o grupo de ginástica. É maravilhoso! O povo vai, aquelas velhinhas... (AE3)

Porque a relação médico/paciente é uma prática e na prática é uma coisa muito importante... se o paciente não se relaciona bem, não confia, não faz, não tem aquela preocupação de seguir o que você pediu... Então, eu acho que... na prática eu vejo que o nosso trabalho, realmente, é uma coisa que funciona bem, na medida que... os pacientes gostam desse sistema de... PSF, eles gostam de vim aqui, depois na hora de ir na reunião, eles gostam de interagir, de fazer amizade... são amigos nossos... das agentes de saúde e da enfermeira... e as coisas parecem que tão funcionando, porque muitos pacientes nossos melhoram... eles vêem que são olhados... eles tinham problemas que hoje foram resolvidos... que foram melhorados. (M1)

Os discursos evidenciam essas minúsculas situações e práticas não institucionalizadas como espaços de encontros entre sujeitos, de interação, de lazer, que estabelecem o diálogo, o vínculo, a co-responsabilização e, ainda, estimulam a autonomia dos usuários. Um desses espaços de encontro são os grupos operativos de portadores de doenças crônico-degenerativas, que conta com a participação de todos os membros da ESF. Os grupos operativos acontecem quinzenalmente num local cedido pela Associação do bairro, que facilita o acesso do usuário, pois a UBS não dispõe de um espaço para desenvolver esse tipo de atividade. Os ACSs são responsáveis pelo convite à comunidade, mas, independentemente disso, os usuários procuram o grupo espontaneamente. Cabe aos auxiliares de enfermagem verificar a pressão arterial e avaliar junto com a enfermeira a necessidade de alguma orientação, discussão, renovação de receita ou agendamento de consulta. Com isso,

a ESF procura reduzir a demanda espontânea que busca o horário de acolhimento na unidade, organizando, assim, as atividades da equipe.

Além disso, a ESF reconhece que o grupo operativo *deixou de ser um grupo de hipertensos e de diabéticos visando só o controle da doença para ser um grupo de encontro, como uma atividade, um lazer* para os usuários. Por isso, os membros da equipe vêm refletindo sobre essa prática, procurando diversificar o tipo de abordagem metodológica, como discussões de dúvidas relativas a qualquer assunto apresentado pelos os usuários ou após a apresentação de vídeos educativos referentes não só à doença. Além disso, a equipe também firmou um convênio informal com uma das academias de ginástica da comunidade, garantindo uma taxa de mensalidade reduzida para o usuário fazer hidroginástica, num esboço de intersetorialidade na comunidade. Normalmente, esses encontros são coordenados pela enfermeira, com a participação do médico, nos quais ela repassa informações sobre a organização do trabalho da equipe e da UBS e garante um espaço para o usuário avaliar e dar sugestões sobre novos assuntos e sobre a dinâmica do grupo.

Entende-se que os trabalhadores de saúde, também, sentem a necessidade de espaço para o encontro com o outro, dos momentos festivos, pois é uma forma que encontram de expressar sua afetividade pelo outro, sua criatividade e de se revigorarem para o trabalho cotidiano do PSF. A festa, os *momentos de descontração, de confraternização*, relativizam a existência mesmo dentro de *uma sociedade muito estressada, competitiva*. Nesse sentido, Penna (1997, p. 123) afirma que “o lúdico é esse sentimento compartilhado por todos e que também fundamenta esse estar junto, como forma de enfrentamento dos vieses da vida”.

Que os membros da minha equipe fazem parte de uma sociedade que hoje é uma sociedade muito estressada, competitiva e muitos fazem parte de uma classe média que acabou caindo em poder aquisitivo nos últimos governos, então, criou-se problemas. Acontece que isso acaba refletindo um pouco no relacionamento entre elas. E eu acho que a maioria dos probleminhas que tiveram foram probleminhas bobos. Ninguém tem problema sério com ninguém. [...] Por isso que a E1 falou sobre dar uma festinha pra ver se entrosa mais. É difícil você prever alguma coisa, mas talvez um momento de descontração, um momento de confraternização. Mas, eu acho que é uma tentativa válida. Se vai funcionar, talvez o tempo diga... Então, assim, uma festinha pode até ajudar um pouquinho, mas no fundo as coisas de base continuam. (M1)

O discurso revela que os profissionais da saúde, apesar de uma formação profissional mais voltada para racionalidade, valorizam as relações afetuais na dinâmica do trabalho cotidiano da ESF quando percebem a necessidade de *dar uma festinha* para maior entrosamento entre os membros da equipe diante dos conflitos vividos.

Observa-se, na prática cotidiana da UBS, que a ESF segue a lógica racional da divisão do trabalho, da identidade profissional imposta pelo projeto, ou seja, a equipe deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS cumprindo determinadas atribuições e objetivos. Isso seria, assim, o que Maffesoli (1991) chama de “solidariedade mecânica”. Entretanto apesar dessa racionalidade imposta, a equipe também segue a lógica afetual, da identificação,... *talvez exista isso mesmo porque... a gente tem as afinidades... existem pessoas que são mais... afim entre aspas* (M1). O essencial para as pessoas, segundo Maffesoli (1996), é o “estar-junto” compartilhando um sentimento comum, uma solidariedade orgânica que se desenvolve na socialidade. A esse respeito, Bellato e Carvalho (1998, p. 155) acrescentam:

A socialidade, engendrada por um grupo que partilha afetos e espaços, longe de ser estável e duradoura, deve ser considerada em pontilhado, visto que ela se manterá enquanto houver interesses e sentimentos comuns a serem vividos coletivamente. Dessa forma, a socialidade é vivida num espaço/tempo próprios, calcados no aqui e agora, no querer estar juntos, que fogem às concepções utilitaristas e finalistas das relações sociais mecânicas.

Portanto, no cenário deste estudo, os trabalhadores de saúde vivenciam tanto relações mecânicas impostas pela organização formal do trabalho, assim como relações afetivas, pois eles compartilham um sentimento comum que os mantém ligados por uma “ética grupal” em microgrupos ou “tribos”⁴. Percebe-se isso, por exemplo, em alguns agrupamentos de agentes comunitários que se unem em torno de uma mesma ética para transgredir a ordem imposta pelo projeto e cobrada pela

⁴ Tribo, segundo Maffesoli (1987, p. 119), é uma “forma social que é a rede: conjunto inorganizado e, no entanto, sólido, invisível”, servindo como esqueleto sustentador da tessitura social. Essa forma é regida pela lei da simpatia, da proxemia, do ser-estar junto à toa.

gerente, na qual o ACS deve ser responsável por sua microárea e não pode trabalhar de dupla e muito menos de *quarteto*.

Antigamente, no princípio, a gente saía pra cidade resolver o problema do pagamento... pra gente ir lá receber... lá pra pastelaria comer pastel... aquela turma, aquela união. Fazia churrasco... depois só foi tendo aborrecimento daqui prali. Eu não tenho grupo nenhum. Graças a Deus. Eu combino com todo mundo. Mesmo fora da minha equipe. Mesmo na equipe que agora estou me procuram, mas eu não tenho nada contra elas não. Se tiver que falar alguma coisa pro grupo eu não tenho coragem, não. Tem muitos ACS de outras equipes que eu me dou super bem. (ACS5)

Aquele vínculo assim que a gente ficar conversando, fim de semana era sábado, domingo, vinha tudo reunir aqui em casa e fazia chá da amizade,... (ACS3)

Era melhor até uns seis meses atrás, dentro da própria equipe, com os próprios agentes, era bem melhor. Parece que a gente era mais unido. Você presenciou aquele dia, que a gente tava com problema na equipe. Olha, eu acho assim, eu sou paga pra fazer o serviço, ir na casa do usuário, entregar as consultas, visitar uma criança, o acamado. É o que eu tenho que fazer não é? Então isso tá me causando problema... Incomoda pessoas da própria equipe... Aqui dentro nós somos equipe, mas do portão pra fora, eu acho que não. Eu aqui dentro, eu não tenho nada contra ninguém... A partir do momento que eu vi que eu estava fazendo algumas coisas tava saindo fora do meu serviço, aí eu parei, aí que começou os grandes problemas... Aí que começou esse atrito, a partir do momento que eu falei, pensei não tá certo o que eu tô fazendo. (ACS4)

A gente era tão unido que uma vez nós saímos de quatro escondidos da gerente, e por azar nosso a gerente pegou, passou na avenida e viu nós quatro trabalhando juntas. Aí ela falou: - Ah, agora vocês tão trabalhando de quarteto... E tal, no outro dia veio assim... era vontade de estar perto um do outro, a necessidade era tanta que a gente não queria desgrudar. Quando chegava no final do dia e a gente ia embora, a gente ficava doido pra chegar no outro dia pra poder ficar perto de novo. Porque era uma amizade tão gostosa [...] A gente almoçava junto, quase todo final de semana tinha festinha na casa de um, festinha na casa de outro... E com o tempo isso foi acabando, foi acabando... E foi saindo um, saindo outro, aí teve que vir os novatos... aí separaram a gente, os quatro... (ACS2)

Os sujeitos recordam o que mantinha o grupo de ACS *mais unido* era uma *vontade de estar perto um do outro*, pelo simples prazer de estar junto para *comer pastel* ou para *resolver o problema do pagamento* ou no *chá da amizade*. Nesse sentido, observa-se na dinâmica do cotidiano da UBS que a motivação dos trabalhadores ao desenvolverem o trabalho do PSF vai além de agrupá-los em uma

ESF e que, assim eles trabalharão, em equipe como determina o projeto. É necessário considerar que há uma importante ligação afetual entre eles que se traduz no sentimento de pertencimento a um grupo ou tribo.

No princípio era melhor... antes do PSF, os ACS era mais unido. A gente saía mais junto... Aí, depois que alguns saíram, entraram outros, mudou muito... teve muita divisão, separação... Aí começaram a fazer grupinho de ACS, às vezes uma de uma equipe, outra de outra... (ACS5)

As que trabalha quase cinco anos, tem as panelinhas, infelizmente tem. (ACS3)

Ó, não tenho nada a reclamar de ninguém, são ótimos... todos se entendem tem umas exceções, tem uns que você pode contar na hora que você precisa de uma ajuda, tem outros que quer te ferrar mesmo... no começo, com os agentes todos mais velhos, era... não é menosprezando os que entraram agora... muito mais unido, um compreendia o outro... Aí veio essa nova turma, teve uma desunião é uma fofoquinha daqui, uma fofoquinha dali. Nós passamos por muita coisa juntos, foi muitos treinamentos,... Pra receber cada mês era num lugar, ia todo mundo junto, um era o braço direito do outro, tava todo mundo unido ali. Então ninguém queria afundar o outro,... Tudo que acontecia um tentava ajudar o outro até mesmo sem a gerente saber. Agora não, a turma nova é assim: eles acham que os mais velhos querem ser mais do que eles, então fica aquela diferença... eles querem derrubar os mais velhos, os mais velhos não aceitam, aí começa aquela guerrinha. (ACS2)

Evidencia-se certo discurso de desunião entre os agentes comunitários apontado por alguns entrevistados, com a formação de *grupinhos*, depois do PSF, da saída de alguns ACS e da entrada de outros. Tais discursos apontam o início de algumas diferenças e os atritos devido à competitividade entre os ACS mais antigos e os mais novos. Desvela-se, então, o trabalhador de saúde compartilhando emoções com outro, um viver junto que “emerge com força suficiente para desestabilizar o trabalho em equipe, transmutando-o em trabalho em grupo, que tem seus pilares na relação afetual, na atração-repulsão entre seus membros” (BELLATO; CARVALHO, 1998, p. 157). Nesse grupo, independentemente de como a vida se apresenta, há um sentimento de pertencimento que confere uma identificação que não se espelha no dever ser, e, sim, como nos diz Penna (1997, p. 134), no

estar junto, à toa ou não, vivenciando instantes que são importantes pela sua própria efemeridade. É o experimentar em comum, trocar,

ter significados próprios, experienciar sentimentos, sejam eles quais forem, pois a socialidade não é vivenciada apenas harmoniosamente, pelo contrário, ela é da ordem do diferente e por isso conflituosa, por isso compartilhada numa 'harmonia conflitual'.

Percebe-se que em grupos mais numerosos, com a convivência mais estreita e a coexistência da alteridade, como os dos agentes comunitários e os de enfermagem, são mais freqüentes, segundo Bellato e Carvalho (1998), tanto os conflitos quanto os laços afetuais, o que evidencia a harmonia conflitual que aí reina.

Quando eu cheguei aqui, existia aquela mentalidade, aqueles grupinhos, aos poucos nós fomos juntando tudo num grupo só. Foi muito bom isso. Em vez de dividir as equipes continuou a mesma coisa... acabou aquelas picuinha, e todo mundo é uma pessoa só. A gente não critica a religião dos outros, a gente tem aqui uma amizade de coração mesmo. Inclusive a gente conversa a mesma língua, não deixamos ninguém falar de posto nenhum, nós não aceitamos. Se você não conseguiu lá talvez é porque no dia aconteceu alguma coisa que não tinha. Aqui não é diferente de posto nenhum. Todo posto é igual. A gente não admite que fale de colega, uma coisa que nós temos aqui é isso. Não é porque nós somos boazinha não (risos). É porque a gente sabe que chega lá eles vão falar a mesma coisa de nós, então por que é que a gente vai falar dos outros? (risos) É a gente já sabe como é que é... fala. Tem gente que pinta com a gente. (AE1)

A minha equipe é ótima. Maravilhosa! Nós nunca tivemos problemas, nenhum... falo assim, de ter um funcionário criador de caso... a gente trabalha muito, muito ligada uma a outra. Nós da enfermagem não temos muito problema. (AE3)

A divisão da equipe de saúde da UBS em várias equipes de PSF provocou mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde, com a formação de equipes multiprofissionais com a responsabilidade somente por determinada população na área de abrangência da unidade. Isso estimulou ainda mais a competitividade nas equipes e evidenciou que as relações sociais no trabalho e na família são permeadas por conflitos.

É muito bom o nosso trabalho, a gente é bastante unido, apesar que, de vez em quando alguma coisa sai do controle, igual aquilo que você assistiu, aquilo ali foi a primeira vez que aconteceu aquele episódio de lavar roupa suja. (ACS1)

É o que a gente discute isso na equipe, não tem separação, igual nasceu união verdadeira na equipe aqui, às vezes a gente se dá tão bem, que eu acho que gera, gerou um atrito. (ACS3)

Eu acho que a equipe nossa se tornou uma família... Muitas das vezes a gente tá com um problema... Sem querer a gente começa a conversar... solta na equipe... A gente conversa... é... tem discussão... Igual mesmo você ouviu eu falar... a equipe era muito unida... Agora tá cada uma mais pro lado, sabe... distanciando. (ACS2)

Durante as observações, alguns conflitos foram observados, principalmente entre os ACSs, intermediados pela enfermeira em reunião de equipe, como um *episódio de lavar roupa suja*, assim como momentos de relações afetivas entre os membros da ESF e entre as equipes:

Eu acho que a nossa equipe tem um relacionamento bom. A equipe do centro de saúde toda tem um relacionamento bom. Tem um ou outro assim, que tem um pouquinho de diferença um com o outro, mas nós não temos muitos problemas de relacionamento... A gente tem uma interação, nunca nos estranhamos, sabe? Às vezes acho até que estranhar faz parte também da integração da equipe, mas a gente não chegou a esse ponto ainda não, nunca nos estranhamos não. Só os ACS entre si é que andam... (E1)

Eu acho que mudou muito. A equipe num tá, assim, 100% não. Não com as enfermeiras, mas com as ACS mesmo. Um defeito... a gente vai falar alguma coisa, acha ruim... Então, tem hora que a gente vê as coisa e nem... tem que ficar calada... que às vezes, a gente passa na rua, um usuário: 'Ah, fulano de tal tá sumido... num vem cá' 'Aí a gente vai passar pra eles, eles acha ruim'... 'Ah, você não tem nada a ver com meu setor'... se a gente tá na mesma equipe, eu acho que a gente tem que resolver isso dentro da equipe, indiferente se esse setor é meu [...] eu não posso entrar na área dela nem ela na minha. Se ela entrar na minha, eu aceito numa boa. Mas eu não posso falar nada com relação à área dela. Isso atrapalha o serviço. A equipe de enfermagem não tem nada disso... é só com os ACS mesmo. O resto tá tudo... normal... com o médico, com as enfermeira, com o pessoal... não tenho nada contra. Graças a Deus, me dou muito bem com eles todos. (ACS5)

... a equipe, a gente cria um vínculo de amizade... Às vezes, existem algumas diferenças... ou... divergências, melhor dizendo, entre algum ou outro membro da equipe, mas eu acho que de uma maneira geral, nossa equipe se dá bem. (M1)

Os sujeitos revelam que a equipe tem um *relacionamento bom* tanto na ESF quanto com as equipes na UBS, mas reconhecem o *estranhar*, as *divergências*,

os conflitos como inerentes às relações interpessoais. Entende-se que o trabalho em equipe é realizado por pessoas em inter-relação, portanto como todo relacionamento humano pressupõe momentos de entendimento e conflito, de articulação e desarticulação, não se trata de um *status* a ser alcançado (FORTUNA, 1999). Os enunciados revelam como a ESF vivencia o trabalho cotidiano, ou seja,

Aqui tem uma vantagem muito grande, é lógico tem os nossos problemas, tem dia que a pessoa não tá nem a fim, mesmo, quem não tá? de tá colaborando. Geralmente, as pessoas colaboram. Existe isso, tem sempre um enfermeiro na unidade disponível pra tá avaliando o paciente, eu acho a relação aqui boa. [...] elas têm muita vontade de trabalhar. [...] Os auxiliares aqui eu tem que tirar o chapéu pra eles são profissionais muito bons, muito competentes, eles gostam do que faz, não tenho problema nenhum com eles. Os médicos, também, as questões médicas que são mais particulares deles, mas eu vejo que eles têm vontade de trabalhar. E os agentes comunitários, eu tive alguns problemas com alguns, logo na primeira remessa que venho pra mim, mas atualmente os agentes que trabalham comigo são muito bons. No trabalho deles, quando eles falam comigo, assim, assim, assim, eu posso ir lá checar. E eles, às vezes, falam que eu trabalho muito. [...] Eu acho que é um lugar bom de trabalhar. (E2)

Pelo menos a nossa equipe é uma equipe muito integrada. A gente se dá muito bem como auxiliares. Porque sempre, que uma precisa a outra tá ali pra cobrir algum horário pra fazer um trabalho... Às vezes ela falava comigo assim: 'Vou chegar mais tarde, você faz assim, assim pra mim'... às vezes eu até cobria o horário dela de manhã. (AE2)

Tem dia que ele (médico) tá cansado, aí ele fala que a gente tá dando muito serviço pra ele, mas ele colabora bastante. Se chegar passando mal mesmo ele não deixa pra depois. Às vezes o outro médico tá atendendo, aí ele: 'AE1, esse paciente aí já foi olhado?'. Eu: 'já dotor, não é pro senhor não.' (risos) (AE1)

Eu acho que a gente tá ali pra colaboração mesmo. Colaborar no sentido num todo, até com a gerente mesmo... Porque, assim, uma convivência de... informação... de tá procurando saber outras coisas... não só pra equipe, também pro gerente. Ele também faz parte da equipe. (AE2)

Os sujeitos expressam o espírito de equipe, de colaboração que existe entre o trabalhador-trabalhador e entre o trabalhador-gerente, assim como, ao mesmo tempo, ressaltam o contrário:

Trabalhar em equipe é ajudar, é colaborar. [...] Aqui até que o nosso trabalho tem melhorado bastante. [...] que a gente, nós viemos de uma equipe que trabalhava muito unido nisso, a gente não passava aperto, então, de repente que começou esse PSF, passou a divisão de cada um na sua equipe pra lá. [...] mas isso aí não precisa de ser se eu tô à toa porque não poder dar a mão pro outro. Porque não sou daquela equipe. Eu posso dar uma colaboração. [...] Se a menina tá apertada lá na portaria, precisa de fazer uma ligação policlínica pra encaminhar um paciente, eu posso tá fazendo isso aí, mesmo que não seja minha área, meu setor de trabalho. Eu falo assim, tem pessoas que tem corpo meio mole pra ajudar. (AE3)

Eu não sei encostar serviço. [...] Aqui ainda têm alguns que gosta de fazer de conta que não tá vendo a gente. Vê esse pessoal novo que tá começando, a gente vê muito esse tipo de pensamento. (AE1)

Nós somos uma equipe, nós somos uma família, não precisa de discussão... Tá com problema, chega na pessoa e fala: 'Não gostei disso que você falou'. Um se abrir pro outro e ficar ali numa boa. Mas infelizmente não é assim, eu penso de um jeito e cada um pensa de outro... Discussão todo lugar tem não existe lugar que não existe discussão, mas eu gosto da minha equipe. (ACS2)

Observa-se no cotidiano que uma equipe não trabalha todo tempo exatamente como se preconiza sobre o trabalho em equipe como uma “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 2001, p. 103), pois nas relações humanas há momentos de convergências e divergências:

As ACS tão trabalhando mais equipe por equipe, tem aquela divergência que a gente convive muito bem entre si, vamos bater papo, mas na hora de resolver, a gente vê as pessoas que são meio egoísta, quer achar uma solução só pra sua equipe, não quer passar pras outras. Na minha visão que todos sejam unidos em equipe, o médico, a enfermeira, as auxiliares, o respeito mútuo entre todos pra não ter atrito,... queira ou não, você viu que teve, você presenciou e é uma coisa que desagrada, aquele dia não tive condição de trabalhar. (ACS3)

Entende-se que trabalhar em equipe é reconhecer que o trabalho só ocorre com a participação de todos e, ainda, aceitar as diferenças existentes entre as profissões em prol de um objetivo comum que é saúde do usuário. Isto é, [...] a equipe não trabalha sozinha, trabalha todo mundo junto e pra equipe render, uma tem que pelo menos respeitar uma a outra (ACS3). Nesse sentido, encontramos na

equipe, segundo Maffesoli (1984, p. 32) “o mecanismo de complementaridade que se exprime no jogo da diferença”.

A ESF busca a superação da fragmentação do seu trabalho, no qual cada trabalhador de saúde realiza uma parcela das atividades, quando o próprio médico reconhece que existem vantagens no PSF, que são complementaridade e a interdependência das ações, pois o trabalho só se realiza com a participação do outro:

O programa tem essa vantagem de poder tá contando com o apoio do outro colega de equipe... Um complementa o trabalho do outro. Então aquilo que eu iniciei os outros vão complementar. Os ACS vão fiscalizar, a E2 vai supervisionar e os auxiliares, também. Então, a gente tem que ter um trabalho em equipe pra eles, porque eu sozinho não ia dá conta de estar fiscalizando tudo, acompanhando aquele paciente. Então, a gente fica sabendo notícia deles através das equipes. Então, trabalhar em equipe para mim foi uma oportunidade com PSF e acho que foi muito válida, complementa o trabalho, complementa as ações que a gente inicia. (M2)

Desde que eu entrei, eu brincava que às vezes eu acho que eu já trabalhava com a E1, porque a gente se entende... Ela me ajuda e eu a ajudo. Um fica no lugar do outro. E já que existe esse entrosamento, eu acho que isso facilita, porque... o ambiente... eu acho que conta muito quando você... tá feliz, quando você brinca, descontraí... Se eu tivesse num lugar onde eu não gostasse das pessoas, ou que as pessoas não gostassem de mim eu ia ficar mais calado,... mais na minha, e... a gente talvez fizesse com que o serviço fosse mais pesado... A gente fica mais leve de chegar no posto e brincar... Então, o pessoal bate na porta só pra me dar bom-dia... Eu gosto de tomar café conversando e, por vezes, ocorre o aniversário de um... uma festinha na casa de outro... a gente sempre vai... comparece também... Então, eu acho que trabalhar em equipe é imprescindível que você tenha um bom relacionamento. (M1)

Revela-se que o profissional médico reconhece a necessidade do outro para o trabalho ser efetivo, resolutivo e integral, pois numa mesma equipe de Saúde da Família “as diferentes profissões podem coexistir sem que, necessariamente, se prejudiquem umas às outras” (MAFFESOLI, 1984, p. 31). O autor nos mostra ainda que “a complementaridade ou troca são elementos estruturais da socialidade” (p. 31). Isto é, *um fica no lugar do outro; ela me ajuda e eu a ajudo; para trabalhar em equipe é imprescindível que você tenha um bom relacionamento*, ou quando o médico valoriza que *o pessoal bate na porta só pra me dar bom-dia*.

Considera-se, então, que os conflitos vivenciados pela ESF constituem uma oportunidade de reconstrução da realidade, pois é uma possibilidade que a vida nos dá de buscar novos rumos, novos caminhos, ou seja, permite aos trabalhadores de saúde repensar a sua prática e reconstruir cotidianamente um trabalho em equipe. Diante disso, de acordo com Piancastelli *et al.*, (2000), o trabalho em equipe implica trabalhar os conflitos, as diferenças existentes entre seus membros. Portanto, mais que gerenciar conflitos, eles necessitam ser entendidos na sua dinâmica própria. Ou seja, na *equipe, a gente cria um vínculo de amizade* (M1), por isso, segundo Bellato e Carvalho (1998), é preciso considerar o afetual como mediador das relações sociais, que se faz de pequenos gestos.

Percebe-se, no PSF, que o que garante o trabalho em equipe não é simplesmente reunir diferentes profissionais cada um com seus saberes e práticas numa mesma equipe, como a lógica do projeto impõe. Na realidade, dever-se-ia aprimorar as relações interpessoais, valorizar a ligação afetual com o trabalho, o sentimento de pertencimento:

É um trabalho que me dá prazer, quando eu vejo que foi feita alguma coisa, que resolveu o problema, fico feliz com isso. [...] Ah, muito bom, gosto de tudo, das reuniões, adoro as visitas domiciliares, a gente faz com muita vontade, com gosto mesmo, você ajudar... Chega numa casa a pessoa tá ali desanimada, muito doente. Aí trago o problema pra enfermeira, a gente marca uma consulta pra ela, ela vem. (ACS1)

Expressa-se, aqui, um sentimento afetual ao trabalho – *a gente faz com... gosto mesmo*, um sentimento de *prazer*, de pertencer à ESF. Esse reconhecimento gera um sentimento de satisfação, de prazer, de orgulho pelo trabalho desenvolvido, o que estimula os trabalhadores de saúde a continuar a desenvolver suas atribuições no PSF. Aprender a trabalhar em equipe apresenta-se como caminho sem volta e uma vontade de se aprimorar cada vez mais, na tentativa fortalecer a proposta:

Eu gosto muito do trabalho em equipe. Eu acho que só veio acrescentar pra mim. Eu não sei como retornar ao passado (risos). Eu acho que é daqui pra diante, trabalhar cada vez mais, cada elogio que a gente recebe isso só aprimora mais a vontade de continuar essa luta. (M2)

Existe, então, aquele profissional que adere à proposta de mudança por gostar do PSF e considerar que é uma emoção a mais:

Assim, uma realidade nova pra mim, que eu encarei com muita naturalidade. Porque eu já estava fazendo o curso. E também por gostar do PSF. Eu acho que isto é uma emoção a mais. Eu sempre tinha vontade de trabalhar no PSF. Então, eu não tive dificuldades, assim. A pediatria, também, eu já estou atendendo. Eu fiz o estágio com os pediatras do Centro de Saúde, mesmo. E venho adquirindo a parte prática ainda, tenho é lógico, eu não vou falar que eu to perfeito, porque isto aí é só com o tempo. Mas, ainda, tenho só dúvida muito pequena, que tenho que pedir apoio pra eles. Tem apoio, também, do ginecologista. Então, assim, aquelas dúvidas maiores, eu vou discutir com eles. Se necessário, eu encaminho o caso pra eles, mas assim, sem perder o contato, porque o cliente sabe que eu estou coordenando tudo, eu estou por trás de tudo. Mas, assim eu encaminho, mas sempre com suporte, só mais pra uma avaliação. O paciente vai retornar pra mim. Eu vou saber que eu tenho todo respaldo do pediatra e do ginecologista. Mas, assim, pelo tempo que isso está acontecendo são pouquíssimos casos que a gente tem que encaminhar. Eu acho que o grossão mesmo, num modo geral, a gente faz 90%. Uns 10% a gente encaminha. Como generalista, eu acho que você aprende o que a gente tem de suporte e que o curso, também, passou, dá para gente resolver 90%.(M2)

O enunciado acima revela que a interação entre o generalista e os profissionais de apoio possibilita, no cotidiano do trabalho, trocas de saberes e práticas entre eles, e não somente o encaminhamento do usuário sem a responsabilização da ESF pelo seu caminhar. O médico acredita que, com o apoio de um outro profissional na prática e com a formação teórica do curso, o trabalho no PSF dá para se resolver 90%.

Considera-se, então, que para a ESF ser mais resolutiva, mesmo diante da limitação de recursos, das condições de saúde da comunidade que requerem, também, ações intersetoriais, o trabalhador de saúde...

... tem que ter muita vontade de trabalhar, pra se trabalhar integralmente, na visão da integralidade das ações da equipe; tem que ter muito o querer do profissional trabalhar, a paixão pelo PSF, sabe. Acho isso importante. Tem que ter, eu to fazendo isso, vamos fazer juntos pra melhorar pelo menos, não to falando que eu vou melhorar as condições de saúde da minha favela ali, que teria uma ação muito mais intersetorial, não só aqui do Centro de Saúde, mais com outras instituições e tudo, mas se a gente conseguir mudar de uma aqui hoje, sabe. Então, a integralidade da assistência está muito envolvida com o querer da pessoa. (E2)

Evidencia-se que trabalhar no PSF passa pela questão do desejo. Bergamini, citado por Delziovo (2003) afirma que a paixão é uma força que se encontra no interior de cada pessoa e que pode estar ligada a um desejo. Ou seja, o trabalhador da ESF tem de estar motivado e atraído pela proposta, sentir prazer naquilo que faz e que ele faz parte do projeto não só como ator, mas também como autor, para desenvolver, assim, um trabalho criativo. Como diz Maffesoli (1984, p. 73), “se não houvesse uma carga mágica na vida de todo o dia, o aspecto mortífero da automatização venceria a pulsão do querer viver”.

Isso faz com que o trabalhador se sinta parte desse trabalho e, assim, continue atuando na ESF:

... eu já tive várias vezes com vontade de sair por causa de muita sobrecarga de serviço... Às vezes o serviço fica pesado... com muito paciente, muita coisa pra você pensar. Muito problema pra você resolver. Só que o trabalho em equipe e a amizade que a gente tem às vezes ajuda você... que aquilo fique mais leve, não só na minha equipe, mas em todo o posto de saúde. Eu me dou bem com todas as pessoas.(M1)

Desvela-se que o afeto dá sustentação ao trabalho da equipe mesmo diante da *sobrecarga de serviço*. Pois o que torna a prática cotidiana da ESF *mais leve* é o *trabalho em equipe e a amizade*. Essa amizade que envolve os colegas de trabalho e o sentimento de pertencimento a esse local ficam evidente também, como expresso pela auxiliar de enfermagem no momento da sua aposentaria: *Eu vou com o meu coração fechado, pois eu sinto aqui como se fosse minha casa*.

Então eu tenho que aposentar agora, eu vou com o meu coração fechado,... é eu sinto sei lá, isso aqui pra mim é minha vida, minha casa, eu sinto aqui como fosse minha casa, entendeu? Que eu posso ajudar as pessoas, que eu posso resolver alguma coisa que tiver no meu alcance, quando eu não posso, eu tenho alguém que acima de mim que pode resolver, então eu acho muito gratificante, eu acho muito legal. É meu coração tá fechadinho. (AE3)

Nesse sentido, os trabalhadores, no seu cotidiano, demonstram, nos pequenos gestos, uma ligação afetiva com o centro de saúde, como se fosse a casa deles. Um local com sua carga afetiva na qual surge a necessidade do estar junto, que Maffesoli (1984, p. 58) chama de espacialização da socialidade, ou seja, “onde

tudo junto adquire corpo é um lugar dinâmico, feito de ódios e amores, de conflitos e distensões, é uma ‘casa’ objetiva e subjetiva onde uma socialidade é vivida diariamente, na palidez e no brilho, fundada como toda situação mundana, no limite”. É o que se observa no discurso a seguir:

Todo mundo tem aquele carinho, isso eu acho muito bonito porque você não se sente melhor do que ninguém e essa união, eu acho integralidade é isso aí, é de todos usuários, de todos os agentes, a equipe toda no geral, fica feliz. Não importa se o paciente é de outra ACS, ou minha, quando se tem a notícia de que melhorou é um motivo de alegria pra todo mundo. Foi o resultado de uma equipe, de um trabalho de uma equipe. Eu acho que isso é integralidade, que não importa eu ter um trabalho pra mim sozinha, se eu encontro alguém que chega pra mim e pergunta, com o mesmo prazer que eu respondo pra um usuário meu eu respondo pra outro, e é isso que às vezes eu acho que as ACS das outras equipes, no geral, não tão acostumada com isso. Eu não acho que o usuário é meu, é propriedade minha só eu que posso solucionar o problema dele. (ACS3)

Então, compreende-se o centro de saúde como um local no qual se deve considerar essa necessidade do estar junto – não só entre os trabalhadores, mas também entre eles e os usuários. É nesse encontro trabalhador-usuário, encontro entre sujeitos, com suas subjetividades, a partir desse laço afetivo, que se constrói o vínculo, a co-responsabilização e se produz um cuidado integral.

No entanto, para trabalhar na ESF com essas diretrizes é necessário que o profissional da saúde, além da competência técnica, como evidenciado pelo médico (M1), *não se mostre muito distante, ou muito superior ou inacessível*, pois se ele agir dessa forma no seu cotidiano não construirá a integralidade da atenção e do cuidado:

Quando você não se mostra muito distante, ou muito superior ou inacessível, isso fica mais fácil. Então, eu sinto que isso me ajuda no meu trabalho porque no fundo eu vejo que muitas pessoas, elas precisam muito de... serem ouvidas nos problemas, problemas familiares, problemas pessoais. Então, assim, se o médico... tiver aquele perfil teórico, muito é... científico, talvez... ele deixe passar muita coisa. Então, você ouve, conversa, ri, você ajuda a pessoa da forma que você pode. Nem sempre você tem que ser médico pra ajudar o paciente. Tenho que ser amigo, mas existe um limite. Porque amigo não é aquele que dá conselhos... Amigo, porque você, às vezes, estende a mão, pára e conversa sobre outro assunto... umas coisas assim que você vê que o paciente acaba pegando por

... você um carinho que... é uma coisa diferente. Que extrapola um pouco o relacionamento médico/paciente. A gente tem que saber dosar isso, mas a amizade é uma coisa que... eu fiz com muita gente aqui no posto, gente que me chama pra almoçar... gente que queria me ver no meio de convívio dos amigos. Eu acho que é porque... eu converso, eu atendo todo mundo, tenho atenção pra todo mundo... Às vezes eu não resolvo o problema de todo mundo, mas eu, pelo menos atendo... Tem gente que, não! não! Manda falar só amanhã... não sei o quê? Tem isso. (M1)

O enunciado revela que nem sempre o profissional *tem que ser médico para ajudar o paciente*, mas ser um *amigo*. Não para *dá(r) conselhos* e sim para *estende(r) a mão, para(r) e conversa(r)*; ou seja, que considere o usuário não como objeto da sua ação, mas, sim, sujeito com sua subjetividade. Na prática cotidiana do PSF, percebe-se que os trabalhadores de saúde vêm reconhecendo a necessidade de se trabalhar cada vez mais com as tecnologias relacionais (leves) que se referem à subjetividade, à afetividade, à escuta, ao vínculo, à responsabilização com o usuário do que priorizar o uso das tecnologias leves-duras e duras. Além disso, eles consideram importante a contribuição de cada profissão com seu olhar, seu núcleo específico de conhecimento e a integração entre eles para atender à complexidade das necessidades de saúde do usuário.

Neste momento de transição entre dois modelos de atenção à saúde, a reorganização do processo de trabalho na lógica da Estratégia da Saúde da Família vem possibilitando que a relação de trabalho construída entre o médico e a enfermeira na ESF resulte numa assistência integral e resolutiva, pois a enfermeira coordena as atividades da ESF para que seja centrada no usuário.

[...] num era bem o meu perfil de ser organizado. Então, a E1 me completa nisso. Ela organiza bem as coisas e eu, na medida do possível, sigo... as coisas propostas. [...] Olha, com o tempo de... trabalho, eu comecei a entender e vi que as coisas funcionam... melhor. Então essas coisas de reunir e discutir esses estados de paciente por paciente... Aconteceu isso e isso com ele... As ACS interagem e passam pra gente alguns casos e a E1 ajuda a definir planos do que fazer, como a gente vai lidar... e como que a gente vai aproveitar o tempo, melhor que a gente tem... Hoje tá com a agenda cheia, vamos cortar sua agenda da tarde, vamos fazer uma visita, porque tem aquele paciente que precisa mais. (M1)

Ele (médico) faz o serviço dele, atende os pacientes, pode botar lá 20 pacientes para ele atender que ele atende. Mas programar, fazer uma coisa de acompanhamento, de controle, isso a gente tem que

ajudar ele a fazer. Fazer por ele. Então, a agenda dele, quem resolve a agenda dele toda sou eu. (E1)

Atualmente, as enfermeiras têm a função de planejar e coordenar tanto as atividades da ESF, dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários dessa equipe, como dos setores da UBS (imunização, farmácia, curativo, limpeza e desinfecção dos artigos e área física), além de substituir a gerente, na ausência desta, e, ainda, gerenciar os conflitos resultantes da vivência coletiva das diferenças na ESF, no grupo de enfermagem e na ACS:

Mas o relacionamento deles entre si, eu acho que é bom, com médico, enfermeiro, até quando tem alguma rusgazinha, a enfermeira normalmente pára, chama, conversa, jogo aberto, falando, porque senão quando começa aquele tititi, vira aquele tumulto. (E3)

Nossa equipe às vezes uma desavença, um desacordo entre os ACS. Eu me vejo lá no papel de tá fazendo... chamando todo mundo... tentando interagir todo mundo pra ver se a gente une um pouco mais. (E1)

Isso ocorre porque compete à enfermeira a gerência da assistência de enfermagem, com a coordenação dos auxiliares de enfermagem, mas também, segundo o projeto (BELO HORIZONTE, 2003b), a dos agentes comunitários. Nota-se, entretanto, que as enfermeiras do PSF estão envolvidas com novos desafios do trabalho na estratégia da Saúde da Família, pois seu espaço de ação está indo além dos muros dos centros de saúde, chegando até a família e outras instituições, dando outras dimensões à gerência da assistência de enfermagem. A enfermeira, em decorrência do seu processo de formação voltado para o cuidado, no qual se adota mais tecnologias leves e leves-duras, e a abrangência de seu fazer e saber, possui um arsenal que lhe permite criar articulações com os vários atores da ESF (LEITE, 2001).

Evidencia-se um esforço dos trabalhadores em mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho com interação social entre eles, possibilitando a autonomia e a criatividade no fazer coletivo e, decorrente disso, a construção conceitual e prática do trabalho em equipe (CECCIM, 2005):

Aquilo que a gente programou e no final obtive o êxito, se o paciente, também, ficou satisfeito, se ele conseguiu fazer tudo que foi determinado. Então, quer dizer, as ações integradas, eu no meu campo, a E 2 complementando aquilo que eu faço, os ACS trazendo as informações, que é muito valiosa. Então, a finalidade do trabalho em equipe é essa, a gente visando o bem-estar do paciente, com a ajuda de todos, cada um fazendo sua parte. Cada um, contribuindo com seu grau de conhecimento, são ações integradas. (M2)

Ressalte-se que o trabalho cotidiano do PSF vem possibilitando aos trabalhadores de saúde construir uma concepção de equipe centrada não no trabalho do médico, ou seja, *cada um, contribuindo com seu grau de conhecimento [...] visando o bem-estar do paciente*. Entende-se, assim, que o discurso do próprio médico se refere a um valor ético a ser compartilhado pelos profissionais, pois a equipe tem como objetivo comum atender às necessidades de saúde do usuário.

É importante ressaltar que os trabalhadores de saúde da ESF estão sempre buscando, mediante o diálogo entre eles, informações que possam resolver os problemas apresentados pelos usuários:

[...] tem uma comunicação sim com a equipe que nós trabalhamos. Quando eu trago ele (usuário), eu fico sabendo, mas às vezes não, que de repente passou mal, eu fico sabendo depois quando eu vou fazer uma busca ativa na casa deles. A enfermeira passa a orientação todinha pra gente, aí a gente fica sabendo através da chefe de enfermagem, chefe da equipe, que paciente internou, que ele teve um enfarte. Você vai lá saber como é que ele tá, quando ele chega do hospital. O hospital manda agora procurar o posto de saúde, quando ele sai da internação, aí a gente vai lá vê se tá precisando de alguma coisa. (ACS1)

Porque eu acho que a gente, pra trabalhar, a gente tem que tá conversando com todo mundo, seja o que aconteceu algum atrito, qualquer coisa, a gente profissionalmente tem que tá conversando. Faz parte da ética... Eu acho que pra tá contribuindo um com o outro... contribuindo com a comunidade mesmo, contribuindo com o próprio trabalho, com a equipe mesmo. [...] tá integrando, informando alguma coisa pro outro. Por exemplo, se chega alguma coisa, eu tenho que passar pra minha equipe, mesmo que não seja da minha equipe e não tem outra pessoa da equipe lá, você que tá cuidando. Então, quer dizer, a gente tem que ter uma comunicação. Tem que tá sempre comunicando. Às vezes, tem falhas. A gente, às vezes não recebe... informação... tem uma paciente que foi lá num horário, que precisa voltar depois. (AE2)

Eu converso com todas, eu já tive a oportunidade de sentar e conversar, mesmo antes da E1. Já tive oportunidade porque todas elas, graças a Deus, eu trato como filhas e elas me respeitam então

elas aceitam eu conversar. Então todo problema elas me contam isso assim, assim. Eu chamo e converso... Agora, eu tô fazendo isso, num é eu que quero fazer isso não. É ordem do serviço. Eu tô seguindo ordens. Num tô fazendo nada por minha conta, eu deixei claro pra ele. A gente deve conversar do que ficar de tititi, porque aquilo ali foi uma série de tititi. Ah, melhorou demais... eu percebi que melhorou muito. (AE1)

Os entrevistados fazem referência à importância da comunicação entre os diferentes membros da ESF não só para evitar os conflitos, como também para resolvê-los, possibilitando, assim, a integração da equipe.

Da minha equipe é bom na compreensão, na amizade. Procura tá sempre se entendendo, qualquer coisa que a gente precisa dentro da equipe, a gente tá conversando direitinho a gente consegue, assim, o que é possível. As coisas que a gente precisa, que seja com uma consulta, que seja pra um favor. (AE2)

Mas é muito bom, eu tenho relacionamento excelente com médico, com E1, com as duas auxiliares sem problema nenhum e tenho com as agentes também. (ACS1)

Acho que eu me encaixei numa equipe ótima. Porque eu vejo os outros agentes de saúde reclamando da equipe, reclamando comigo disso e disso, da minha eu não tenho nada pra reclamar não... no começo da auxiliar de enfermagem tinha... Cobrava muito, ela gostava de mandar muito e às vezes a gente ia fazer visita num lugar, ela chamava atenção da gente na frente das pessoas sem precisar, uma coisa boba... Aí depois com o passar do tempo eu fui passando a conviver com ela e vi que era o jeito dela, não fazia por maldade, entendeu? (ACS2)

Observa-se que, apesar de o relacionamento entre os membros de ESF ser considerado *bom na compreensão, na amizade*, existe uma relação de poder não muito explícita nas falas, mas percebida no cotidiano do trabalho da equipe:

Apesar de eu e ele nunca ter tido nenhum problema, nem com as auxiliares de enfermagem, ele com elas também, então a equipe, assim, a enfermagem e o médico trabalham tranquilo. Existe um respeito, uma hierarquia ali junto, existe até um respeito à opinião do outro... (E1)

Até que a gente se entende bem, sabe? Tudo, assim, que a gente tem pra fazer a gente tem conversado com M1. Se tem algum problema eu chego perto da E1, passo pra ela... e ela vem até a gente, se tiver alguma coisa que tá incomodando ele, ela fala,... igual a marcação de quando a gente tá fazendo acolhimento, às vezes ele fala: 'Ah! Porque às vezes tá colocando alguma coisa pra mim que

fala que é urgência, mas não é'. Mas igual eu falo, às vezes a gente não sabe. A gente acha que é urgência pra nós, porque nós não temos como avaliar como médico. Aí, o que a gente faz: a gente passa pra ele. Aí ele chega pra nós: 'Ah... não é urgência'. Às vezes se a pessoa chega e fala assim: 'tô com muita dor'. A gente não vê dor. Ninguém. Aí chega no consultório, já é outra coisa. Não é mais aquilo. Mas ele não sabe o que a pessoa falou com a gente lá fora. Que a pessoa fala só pra entrar no consultório. Então, isso aí ele reclama, às vezes, tem razão... Apesar de quê ele não gosta que bate muito na porta não, mas a gente bate assim mesmo. Num briga nem nada não. O médico é... bom pra relacionar com ele. Bom, a menos que a gente peça uma coisa impossível pra ele (risos). (AE2)

Entende-se que a relação de poder na ESF segue a lógica da divisão técnica e social do trabalho, existindo uma submissão do auxiliar de enfermagem ao trabalho do médico e da enfermeira para encaminhar o usuário, mas essa interação se dá por meio do diálogo, do respeito ao limite do outro.

Esse tipo submissão do trabalho manual ao intelectual acontece também em relação ao trabalho do ACS, pois não só a gerente, mas todos os outros membros da ESF delegam atividades a agente comunitário. Essa relação de submissão de um saber sobre um outro reflete muito a forma como o usuário também tem de estar submisso à ação dos profissionais de saúde. Conseqüentemente, o agente comunitário se sente dono do usuário, exercendo sobre ele essa mesma relação de poder/saber, mas ele tem o poder de seguir ou não as ordens do agente comunitário. De alguma forma, todas as pessoas são ao mesmo tempo dotadas de poder e sofrem sua ação.

Portanto, como o poder é intrínseco às pessoas e as relações entre elas e como toda relação é em rede, conseqüentemente, o poder também circula em rede, perpassa por todos os indivíduos. Não se pode, assim, tomar o poder como um fenômeno de dominação de uma classe profissional sobre outros, pois, segundo Foucault (1979, p. 183), “nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão”.

Então, percebe-se que a questão do poder está institucionalizada, e como o ACS é institucionalizado ele tem o poder sobre alguém. O ACS acaba reproduzindo o modelo hegemônico que centraliza as ações de saúde em um único profissional, por exemplo, quando o médico diz que deixa a enfermeira fazer a coordenação da equipe. Assim, o agente comunitário também se considera o centro

do processo do trabalho, pois ele afirma que os outros membros da ESF só trabalham se o ACS passar informações sobre a população, ou seja,

o agente comunitário pra te falar a verdade o agente comunitário eu acho que é tudo na equipe. É a cabeça da equipe, porque se não for o agente comunitário não tem o trabalho da equipe. Porque a equipe não vai descobrir nunca, o enfermeiro, o médico não vai descobrir o que tá se passando com a população, o que tá passando dentro da casa de uma pessoa. Então o trabalho do agente de saúde é o que? Ir, visitar as famílias todo mês, procurar trazer o problema pra equipe, a equipe procurar resolver... Então é assim: o agente de saúde... Ele... É tudo na equipe: só passa o problema, o médico vai lá e resolve e pronto. É isso, o agente de saúde pra mim é o cabeça da equipe... Pra equipe resolver. Às vezes até mesmo ele resolve até mesmo sozinho, se for possível ele resolve. (ACS2)

Emerge do relato do ACS uma busca ou disputa por um poder dentro da ESF que Foucault (1979, p. XIV) evidencia como jogo de poder nas relações. Para o autor, o poder não é um objeto, algo que se toma ou se dá, não é uma propriedade que se possui ou não, mas, sim, uma relação de forças. Ou seja, “não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele aleijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce”.

Entende-se que as atitudes e os discursos dos agentes comunitários são efeitos do poder, principalmente quando um grupo de ACS não repassa as informações referentes ao usuário/família ou não segue as normas estabelecidas pela gerente ou pela enfermeira. Nesse sentido, o agente comunitário sofre o poder da gerente e dos outros membros da ESF, mas como ACS não é o tempo todo vítima deste poder, ele exerce um contrapoder, uma resistência.

Diante, então, da exigência por produtividade, percebem-se, na prática da ESF, alguns mecanismos de troca simbólica entre trabalhador-trabalhador, trabalhador-gerente, para garantir a efetivação da proposta. Os enunciados evidenciam esse mecanismo de troca, que acontece principalmente entre o médico e gerente, pois o profissional faz a sua produção, mas não aceita cobrança em relação ao seu horário de trabalho. Isso é permitido pela gerente, pela dificuldade de lotação de médico para aderir ao PSF. Portanto, ela tenta relativizar o que a macroestrutura do projeto BH VIDA SAÚDE INTEGRAL exige do profissional, com as várias nuances que ocorrem na micropolítica do trabalho cotidiano da ESF, ou seja,

[...] enquanto que tá trabalhando, que tá dentro das normas, também não pode extrapolar, dando resultado, a população ficou satisfeita, é isso aí que eu tô querendo, funcionário satisfeito, população satisfeita. (E3)

A única coisa que ela (gerente) me pede é pra fazer minhas produções... meus papéis... Então ela não me fala nada, ela vê que eu faço o meu trabalho... não me cobra... se eu acabar 5 minutos mais cedo, eu vou mais cedo... tem dia que eu acabo 1 hora mais tarde, eu vou mais tarde também, não vou cobrar hora extra... Então fica uma cooperação. Eu vejo que eu coopero e as pessoas cooperam. Eu não me sinto bem sendo cobrado. (M1)

Nesse sentido, evidencia-se o “jogo duplo” que a gerente faz para manter, principalmente, o médico trabalhando na lógica da ESF. A própria gestão do nível central e distrital no discurso diz que a carga horária de trabalho no PSF é de quarenta horas semanais e que não existe mais limite de doze consultas por quatro horas de trabalho. Na prática, porém, ela permite a liberação desse profissional uma vez por semana para dar plantão em outro local e a retribuição dessas horas durante os outros dias. Além disso, a gerente continua aceitando a limitação do número de consultas que muitos médicos ainda impõem, contanto que atenda a produtividade exigida. Com isso, a gestão prioriza uma categoria, principalmente pela forma diferenciada de remuneração salarial, reforçando o modelo hegemônico, centrado no médico.

Na dinâmica do trabalho cotidiano da ESF, evidenciam-se, como em todas as relações sociais, momentos de ajuda mútua, de colaboração entre os trabalhadores de saúde. Além disso, há, também, momentos de resistência, pois existem vários micropoderes que circulam em rede, de forma sutil. Há aquele ACSs que transgride as ordens e as normas impostas pela gestão ou por outro membro da ESF e faz com outros também transgridam, fingindo que aceitam o que foi determinado, mas, na verdade, não aceitam. E uma das conseqüências dessa duplicidade é o mecanismo de astúcia, que permite uma resistência, conservando, assim, o próprio indivíduo (NASCIMENTO, 1999). A essa resistência passiva aos poderes instituídos ou não, Maffesoli (1987) chama de “centralidade subterrânea”, e é ela que permite a relativização desses mesmos poderes e assegura a vida em sociedade. Essa centralidade em ação constante no fazer social não é única, mas múltiplas estratégias dissimuladas de resistência que se apresentam nos pequenos

gestos e ações insignificantes da vida cotidiana, como o jogo duplo, a astúcia, a transgressão, o lúdico, o corpo mole e o faz-de-conta-que-faz, mas não faz.

Não cabe aqui, segundo Nascimento (1995, p. 44), julgar, condenar, explicar, mas, sim, buscar compreender que essas estratégias subterrâneas podem ser entendidas como “válvulas de escape” que permitem quebrar o ritmo estressante do trabalho e, ainda, que elas só funcionam em decorrência da afetividade, da solidariedade orgânica presentes no grupo. Expressam, portanto, “uma forma de viver, de ser e de estar com o outro e no mundo”. Percebe-se isso, principalmente, quando os trabalhadores de saúde festejam juntos, brincam um com outro, partilham sentimentos e idéias nas reuniões de equipe, nos corredores, na cozinha no horário do cafezinho ou almoço, nos momentos de confraternização e, também, nos grupos de encontros com os usuários.

Essa solidariedade orgânica presente nessas diversas formas de socialidade possibilita que os trabalhadores de saúde se aproximem uns dos outros – trabalhador-trabalhador ou trabalhador-usuário –, ocorrendo, assim, a relativização dos poderes e a criação do vínculo entre eles. Com isso, evidencia-se a necessidade de estar junto com o outro, o que não produz procedimentos, como impõe o projeto BH VIDA SAÚDE INTEGRAL. O trabalho da equipe, aqui mostrado e discutido, vai além das relações mecânicas geralmente impostas, mas aponta possibilidades que, aliadas, podem produzir um cuidado integral que os trabalhadores de saúde e os usuários desejam. Ou seja, *a construção das práticas de integralidade no cotidiano da ESF.*

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, no qual se buscou compreender as práticas de integralidade no trabalho cotidiano da ESF, constato que seu desenvolvimento serviu para uma reflexão sobre minha própria prática como enfermeira de uma ESF.

Antes de iniciar este estudo, acreditava na existência de um hiato entre aquilo que se encontra definido e descrito no projeto e o trabalho da ESF, ou seja, as práticas de integralidade não estavam acontecendo no cotidiano das equipes. A aproximação com a literatura, o encontro com alguns autores não só através dos livros, mas também em oficina realizada no último Congresso da Rede Unida em 2005, possibilitou-me ampliar o olhar e descobrir as várias possibilidades de desenvolver a integralidade na prática cotidiana. Constato que o desconhecimento do termo ou, muitas vezes, a ausência do discurso teórico da proposta do BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL não significa que a integralidade não esteja sendo construída no cotidiano da assistência em saúde.

Nesses encontros, compreendi que a integralidade não é apenas um princípio do SUS, mas uma bandeira de luta do movimento de reforma sanitária. Parte de uma “imagem objetivo”, repleta de valores que devem ser defendidos e que, de acordo com Mattos (2003, p. 41), “tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade”, mas não impor como ela deve ser. Portanto, a integralidade é termo polissêmico e polifônico, ao qual não se pode atribuir um conceito fechado, mas sentidos distintos construídos na prática cotidiana resultantes do embate de diferentes vozes sociais, conforme ressaltam Pinheiro e Guizardi (2004).

Então, para alcançar meu objetivo, lancei um olhar sobre o cotidiano do trabalho da ESF, pois é nesse espaço que se dá a micropolítica do processo de trabalho e no qual se constroem as práticas de integralidade.

Por isso, busquei num encontro com a literatura e nas orientações dadas um caminho teórico metodológico, como o estudo de caso qualitativo fundamentado na sociologia compreensiva de Michel Maffesoli, que me permitiu olhar aquilo que é dado, aquilo que “é”, apreendendo o subjacente a partir das aparências expressas no cotidiano, e não aquilo que “deve ser”.

Nesse sentido, desvelou-se, por meio desse novo olhar, que no cotidiano os trabalhadores da ESF agem de acordo com as diferentes noções que eles têm sobre esse assunto, desenvolvendo práticas permeadas de integralidade, embora elas não se apresentem, muitas vezes, com a formalidade que a organização e o discurso teórico do projeto determinam que deva ser.

Observou-se, também, a multiplicidade de experiências coletivas baseadas não na institucionalização e na racionalização da vida (do trabalho), mas nas relações banais do dia-a-dia da equipe vividas no presente. Integrar na análise a subjetividade, o sentimento, a emoção, o lúdico, “cuja eficácia multiforme não se pode mais negar, na vida de nossas sociedades [...] constitui, queiramos ou não, o elemento de base da ‘construção’ social da realidade” (MAFFESOLI, 1996, p. 106).

A partir das categorias empíricas, os sujeitos vivenciam momentos de articulação de suas ações e interação entre eles, revelando uma tendência em superar a fragmentação. Ou seja, os trabalhadores da Saúde da Família reconhecem a necessidade do trabalho do outro, a vantagem da complementaridade e da interdependência das ações para prestar uma assistência integral e resolutive. Além disso, eles expressam conhecimento do que o outro é capaz de fazer, que existe uma colaboração, cooperação e solidariedade entre eles. Consideram, ainda, as reuniões na ESF e entre as equipes da UBS não apenas como espaço para discussões e construção coletiva de consensos sobre as necessidades de saúde da população e dificuldades vivenciadas pela equipe, mas também para vivenciarem momentos de encontro com o outro, de descontração, enfim, no que se caracteriza como “socialidade”, pois isso faz parte das relações humanas que ocorrem no mundo do trabalho.

Dessa forma, revelou-se que as pessoas dessa UBS buscam oportunidades para estarem juntos à toa, o que expressa um espírito de comunhão, uma necessidade de conviver compartilhando um sentimento comum, que proporciona momentos de alegria, um revigoramento, ajudando-os a enfrentar os desafios do PSF no dia-a-dia de trabalho e favorecer, ainda, a integração do grupo.

Nesse sentido, depreende-se que as pessoas dessa UBS estão numa vida de entrega ao trabalho do PSF com tanta afetividade, possibilidade e criatividade que fazem muito além daquilo que foi definido no projeto, expressando-se, assim, a integralidade nas relações humanas.

Se de um lado há uma cobrança formal para a produção de resultados imediatos aos trabalhadores da saúde, com avaliação em relação ao número de atendimentos ou procedimentos realizados, uma produtividade do que é quantificável e apresentado na folha de produção mensal, de outro, evidencia-se a valorização e a criação do vínculo, da escuta, as relações entre trabalhadores e destes com os usuários, que estão inscritos na subjetividade, ou seja, o uso das tecnologias leves que produz um cuidado integral.

Entende-se que o projeto não pode ser considerado, apesar de muito bem desenhado teoricamente, uma verdade única, ou seja, não pode se tornar uma “camisa-de-força”, que padroniza normas, protocolos, atribuições e metas para serem seguidas pelas equipes de Saúde da Família, com avaliação somente quantitativa do impacto das ações. Torna-se fundamental a reformulação do discurso e da racionalidade dessa proposta para evitar o engessamento. Além disso, deve-se considerar que cabe à gestão do serviço intervir na melhoria das condições de trabalho e reconhecer a subjetividade do trabalhador, ou seja, as formas que estão inscritas no cotidiano dos trabalhadores, que mostram um querer viver, um vitalismo do grupo que vai além da objetividade do programa. Pois os trabalhadores utilizam mecanismos de resistência, ou seja, das transgressões às normas, do jogo duplo, do corpo mole, como diria Rezende (1995), dos “respiradouros” para oxigenar sua prática cotidiana evitando uma hipoxia, decorrente da sobrecarga de trabalho e da cobrança constante em ter de produzir resultados.

Portanto, não se pode querer que a implantação do BH Vida se dê de forma igualitária, que o fato de se trabalhar em um mesmo lugar, ao mesmo tempo, por si, já se constitua em um trabalho em equipe no qual se busca a resolutividade dos problemas de saúde da população. O trabalho cotidiano em saúde apresenta-se permeado pelas diferenças de seus atores, de suas singularidades e subjetividades; ou seja, o que está em jogo na micropolítica das relações, segundo Merhy (2005), é um conjunto de alteridades que se interagem.

Por isso, concorda-se com alguns autores (MAFFESOLI, 1984; REZENDE, 1995; PENNA, 1997; BELLATO; CARVALHO, 1998) que afirmam que no cotidiano de trabalho se vive uma harmonia conflitual, fundada na diferença, que permite a complementaridade, as trocas, mas não são isentas de conflitos. Estes deveriam ser considerados como uma oportunidade para o trabalhador repensar a

sua prática e reconstruir, respeitando as diferenças, um trabalho em equipe, pois ele ocorre quando o trabalhador de saúde reconhece que, na alteridade, consegue-se construir um projeto comum, que se faz com diferentes olhares, e não apenas com um único olhar.

Assim, a análise das categorias fundamentada na sociologia compreensiva permitiu com um “olhar de dentro”, mostrar como vem se constituindo o processo de construção do SUS, permeado pelas práticas de integralidade no cotidiano. Essas se dão a partir de um trabalho coletivo que se configura no respeito ao outro, que chega totalmente diferente, tanto da equipe quanto o usuário e apreende que a partir dessas diferenças se podem somar e crescer.

Desvelaram-se, ainda, as várias nuances da macro e da micropolítica do PSF de Belo Horizonte. Se ainda carrega uma herança positivista que racionalmente planeja e avalia quantitativamente o trabalho das ESF, da ordem da objetividade, reconhecida como necessária, inscrevem-se no cotidiano das equipes estratégias subjetivas, singulares, que possibilitam a implementação de um cuidado permeado de integralidade.

Dessa forma, o que se delineia como mudança no agir cotidiano da saúde não é apenas o discurso teórico do projeto, mas a vivência no trabalho cotidiano, no enfrentamento dos desafios, nas discussões e trocas de saberes entre os trabalhadores. Uma observação mais atenta sobre as ações da ESF revela caminhos para a integralidade, evidenciando, assim, que a prática está sendo ressignificada. Nota-se a existência de uma postura acolhedora da ESF, da criação do vínculo com usuário, de responsabilização e, inclusive, a tentativa da resolução dos problemas em nível local, mesmo diante da falta de um sistema de referência e contra-referência, de condições de trabalho e deficiência de profissionais.

Saliente-se, porém, que o PSF não pode ser pensado como uma estratégia de transformação isoladamente do restante da rede de assistência à saúde de Belo Horizonte. Portanto, não cabe à ESF a grande responsabilidade de garantir o caminhar do usuário e a busca da intersetorialidade para se alcançar a integralidade ampliada, mas, sim, igualmente, de todos os atores envolvidos na rede de cuidados progressivos. Então, cabe à gestão relativizar a racionalidade do projeto com as várias nuances repletas de subjetividade que acontecem no dia-a-dia do trabalho das ESFs, bem como propor espaços de reflexão conjunta com os

trabalhadores da saúde para, assim, reconhecer que os discursos desses atores sociais e suas práticas são essenciais para a construção da integralidade do cuidado e da atenção.

Além disso, diante da carência quantitativa e qualitativa de profissionais para atuar no processo de construção do SUS em Belo Horizonte, aponta-se, ainda, como tarefa da gestão propor não treinamentos pontuais descontextualizados do cotidiano de trabalho do PSF, mas priorizar a Educação Permanente em Saúde. Esta deve ser entendida, de acordo com Ceccim (2005, p. 173), como lugar central e finalístico das políticas de saúde, que reafirme a importância do trabalhador como protagonista efetivo desse processo. Dessa forma, retiram-se “os trabalhadores da condição de ‘recursos’ para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde”.

Ressalte-se a importância de incluir, também, o usuário como protagonista desse processo, estabelecendo-se, assim, uma relação entre sujeitos-trabalhador-usuário para a produção do cuidado integral. Portanto, sugerem-se estudos que indaguem como os usuários concebem o cuidado prestado pela ESF.

Nesse sentido, espera-se que este estudo possa ampliar as discussões sobre a integralidade enquanto “pensar” e “fazer”, subsidiando a prática, a formação e a capacitação dos profissionais de saúde, e contribuindo, assim, para preencher a lacuna de conhecimento no que diz respeito às práticas de integralidade no trabalho cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, Fundação UNI Botucatu/ Unesp, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.

ALVES, M. *et al.* Reflexões sobre abordagem de time para o trabalho em equipe da enfermagem. **REME: Rev. Min. Enf. Belo Horizonte**, v.8, n.1, p. 165-252, jan./mar. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. **Insignificâncias essenciais** (a busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar). Cuiabá-MT: Edufmt, 1998.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *In: VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA SAÚDE*. Belo Horizonte, 1999.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BHVIDA** - Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte, jul.2001.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL**. Belo Horizonte, mar.2003a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal**. Belo Horizonte, 2003b.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos sanitários**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/regionais/servicosinformacoes/distritossanitarios/distritosanitariorte> Acesso em: 30 out. 2004a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de vulnerabilidade à saúde 2003**. Disponível em: <http://intranet.smsa.pbh/cgi/pop2000/risco2003.pps>. Acesso em: 30 out. 2004b.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados populacionais – Belo Horizonte – Censo 2000**. Disponível em: <http://intranet.smsa.pbh/cgi/deflhtml.exe?pop2000/pop2000.def>. Acesso em: 30 out. 2004c.

BODGAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto-Portugal: Porto Editora, Tradução, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS-01/1993. **Inf. Epid. SUS**, Número Especial: 49-73, jul. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS-01/96. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica de Políticas de Saúde. Programa saúde da Família. Informe Técnico Institucional. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n.3, p. 316-319, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modelo de qualificação da estratégia saúde da família no Brasil: proposta técnica – versão 7.2**. Brasília, mar. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Organizando o SUS a partir do PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, 2004b; Edição especial: 7-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267, de 6 de março de 2001**. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislação/portaria267_06_03_01.pdf.
Acesso em: 30 out. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, ano VI, n. 8, dez. 2005.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu-SP, Fundação UNI Botucatu/Unesp, v. 5,n. 9, p. 133-142, ago. 2001

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. *In*: Cecílio, L. C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu-SP: Fundação UNI Botucatu/Unesp, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a educação. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 161-193.

CECÍLIO, L. C. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./ set. 1997.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-125.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In: MINAYO, M.C.S. et al (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 51-56.

DELZIOVO, C. R. **O Programa de Saúde da Família: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu trabalho cotidiano.** 2003 Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Humana) – Universidade do Contestado – Campus de Concórdia Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Concórdia, 2003

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. *In: MINAYO, M.C.S. et al. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 31-50.

FAVORETO, C. A. A. O.; CAMARGO JR. K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva:** Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FEURWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho mágico,** Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1998.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – Em busca do desejo, do devir e de singularidades.** 1999. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1999.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida – Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção da vida.** 2003, 197p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2003.

FORTUNA, M. C.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHINA, S. M. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e o processo de gestão. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set-dez, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. Integralidade na assistência à saúde - a organização nas linhas do cuidado. *In*: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, HUCITEC, 2003. Cap. 4, p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. Unicamp, 1999. 9p. Mimeografado.

FREITAS, M.L.M. **Relatório do módulo I GERUS**. Belo Horizonte, 1995. Mimeografado.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 105-116.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

LEITE, J. C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade**. 2001, 234 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, O. V. M. Pesquisa qualitativa: modalidade fenômeno situado. *In*: BICUDO, M. A., ESPÓSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: UNIMEP, 1997. p. 35-46.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**: compêndio de sociologia compreensiva. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MAFFESOLI, M. A ética pós-moderna. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 194- 202, jan./dez. 1991.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MALTA, D. C. *et al.* Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário – centrada. *In*: CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Experiências inovadoras no SUS**: produção científica doutorado e mestrado. SAS/SGIS/Projeto REFORSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 69-101.

MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Rev. Méd. Minas Gerais**. Belo Horizonte: Coopmed, v.13, n. 4, p. 251-259, out./ dez. 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, Abrasco, 2001. p. 39-63.

MATTOS, R. A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, Abrasco, 2003. p. 45-59.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-16, set./out. 2004.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R.; KOIFMAN, L. A integralidade na prática da formação e no cuidado em saúde. *In*: VI CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, Belo Horizonte, jul. 2005. oficina/mimeo.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto (SP), 2003.

MENDES, E. V. As políticas no Brasil nos anos 80: a conformação da re-forma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, E.V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-93.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). *In*: CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-60.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 110-120.

MERHY, E. E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu-SP, Fundação UNI Botucatu/Unesp, v. 5, n. 9, p. 147-149, ago. 2001.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 19-40.

MERHY, E. E. **Trabalho em equipe é discutido em mesa do V Seminário [online]**. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?> Acesso em: 25 de nov. 2005

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, v. 24, n. 2, p. 70-77, abr./jun. 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MINAYO, M. C. S. *et al.* (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

NASCIMENTO, E. S. Compreendendo o cotidiano em saúde. **Enferm. Rev.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 31-38, dez. 1995.

NASCIMENTO, E. S. O cotidiano e alguns de seus contornos: novas formas de pesquisar. **Enferm. Rev.**, Belo Horizonte, v. 5, n. 9 e 10, p. 7-19, jul./dez. 1999.

PAULA, K. A. *et al.* Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu-SP, Fundação UNI Botucatu/Unesp, v. 8, n. 15, p. 331-348, mar./ago. 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELES B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. *In*: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, p. 234-249, 1996.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. O trabalho em equipe na formação e na prática dos profissionais de saúde. *In*: VI CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, Belo Horizonte, jul. 2005. oficina/Mimeo.

PENNA, C. M. M. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Florianópolis: Editora Universitária, 1997.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. *In*: SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde/Representação no Brasil, 2000. p. 45-57.

PINHEIRO, R. As práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio Janeiro: Abrasco, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. A democracia é a estratégia mais apropriada para a consolidação dos princípios do SUS. **RADIS**: comunicação em saúde, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, n. 16, p. 10, dez. 2003.

PINHEIRO, R. **Dez anos de saúde da família [online]**. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?>. Acesso em: 11 set. 2004

PINHEIRO, R. LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 21-36.

PINHO, L. M. O. **Educação em saúde no cotidiano do ser diabético**. 2000, 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2000.

PIRES, D. O processo de trabalho em saúde. *In*: PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. p. 158-203.

PITTA, D. P. R. Elementos de método na obra de Michel Maffesoli. **Logos**. Rio de Janeiro, n. 6, ano 4, p. 20-23, 1º semestre/1997.

REIS, A. T. *et al.* Posfácio. *In*: CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 381-387.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 492-501, mar./abr. 2004.

REZENDE, A. L. M. A harmonia da desordem: sofrimento e transgressão no trabalho de saúde. **R. Enferm.** Rio de Janeiro: UERJ, v. 3, n. 1, p. 85-92, maio, 1995.

REZENDE, A. L. M. A sedução dos mitos da saúde – a doença na telenovela. *In*: BICUDO, M. A., ESPÓSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: Unimep, 1997. p. 115-157.

RIVERA, F. J. U. Racionalidade e Planejamento Organizacional. *In*: RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. Cap. 3, p. 93-148.

SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde/Representação no Brasil, 2000.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde - o desenvolvimento do controle e avaliação. *In*: CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 31-49.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 241-257.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, set./dez., 2003.

SILVA, R. V. P. ; STELET, B. P. ; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 75-90.

TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. *In*: Pinheiro R.; Mattos, R. A. (Org.) **Construção da integralidade**. Cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 89-112.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992.

VELOSO, B. G.; MATOS, S. G. A complexa construção do SUS-Belo Horizonte: os desafios que ele propôs. *In*: CAMPOS, C. R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 83-102.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Teresa Cristina Santos Silva, aluna matriculada regular no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais, estou realizando uma pesquisa para a obtenção de título de Mestre, sob a orientação da professora Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna, docente desta Escola.

A pesquisa tem o título, provisório, de **Integralidade das ações: um desafio para o trabalho em equipe no PSF em Belo Horizonte**. Trata-se de um estudo de caso que utiliza uma abordagem qualitativa fundamentada na Sociologia Compreensiva, com base em Michel Maffesoli. Este estudo tem como objetivo compreender a integralidade no trabalho em equipe, na perspectiva dos trabalhadores de saúde, no PSF, em Belo Horizonte.

Espera-se que este estudo possa ampliar as discussões sobre integralidade como “pensar” e “fazer”, subsidiando a prática, a formação e a capacitação dos profissionais de saúde e contribuir, assim, para preencher a lacuna de conhecimento no que diz respeito aos efeitos da integralidade das ações no cotidiano dos serviços de saúde.

Para a coleta dos dados, realizarei a observação direta do trabalho cotidiano da equipe de saúde da família e uma entrevista individual agendada previamente, de acordo com seu consentimento. A entrevista será gravada em fita cassete para garantir a fidedignidade dos dados e transcrita, sendo garantido o anonimato. A utilização destas informações será somente para fim desta pesquisa e divulgação na defesa da dissertação, em eventos científicos e revistas da área da saúde. As fitas cassetes com as entrevistas serão arquivadas sob responsabilidade do pesquisador até o término do mestrado e elaboração dos artigos, por um período de mais ou menos três anos quando serão destruídas.

Sua colaboração é voluntária e será muito importante para a realização desta pesquisa, por isso solicito sua participação como informante. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar também, que o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG e da SMSA-BH, tendo sido aprovado.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros, tendo a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo, se assim o desejar, sem penalização alguma, bem como ter acesso ao conteúdo das suas informações transcritas.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Teresa Cristina Santos Silva

Eu _____
R.G. n.º _____, aceito participar como voluntário (a) da referida pesquisa, e afirmo que fui devidamente informado (a) sobre a finalidade e objetivos do estudo.

Belo Horizonte, ____ de _____ 200__.

Assinatura do participante _____

Nome da pesquisadora: Teresa Cristina Santos Silva – Tel.: (31) 99352990

Nome da Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna – Tel.: (31) 3248 9869

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – Tel.: (31) 3499-4592

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA-BH – Tel. (31) 3277-8222

ANEXO 2**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 0252004

Título do projeto: “Integralidade das ações: um desafio para o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte”

Nome do pesquisador: Cláudia Maria de Mattos Penna
Teresa Cristina Santos Silva

O Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA-BH, aprovou no dia 14 de fevereiro de 2005, o projeto de pesquisa acima intitulado. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.

Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2005.


Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

ANEXO 3

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

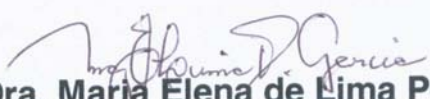
Parecer nº. ETIC 592/04

Interessada: Profa. Cláudia Maria de Mattos Pena
Depto. de Enf. Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de enfermagem/UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 30 de março de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência o projeto de pesquisa intitulado « **Integralidade das ações: um desafio para o trabalho em equipe no PSF em Belo Horizonte** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO 4**Roteiro de entrevista**

Data:

Nome: Idade:

Local de trabalho:

Profissão: Data de admissão:

Equipe de Saúde da Família.....Tempo de serviço no PSF.....

- Descreva como é trabalhar em equipe no PSF.
- Descreva a finalidade e o objetivo do trabalho em equipe para você.
- Descreva como é o relacionamento entre os membros da equipe de Saúde da Família.
- Descreva o que é integralidade para você e que relação existe entre ela e o trabalho em equipe no PSF.