

REGIANE VELOSO SANTOS

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO À GESTANTE, PUÉRPERA
E RECÉM-NASCIDO: O OLHAR DE USUÁRIAS**

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
2009**

REGIANE VELOSO SANTOS

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO À GESTANTE, PUÉRPERA
E RECÉM-NASCIDO: O OLHAR DE USUÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

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

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
2009**

Santos, Regiane Veloso.
S237i Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido
[manuscrito]; o olhar de usuárias. / Regiane Veloso Santos. -- Belo
Horizonte: 2009.
102f.: il.
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Saúde Materno-Infantil. 3.
Planejamento de Assistência ao Paciente. 4. Acesso aos Serviços de Saúde.
5. Participação Comunitária. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Penna,
Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WA 300

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI

Chefe: Jorge Gustavo Velasquez Melendez

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Villela

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Matos Penna

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: INTEGRALIDADE DO CUIDADO À GESTANTE, PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO: O OLHAR DE USUÁRIAS, de autoria da mestrande Regiane Veloso Santos, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria de Mattos Penna – EE/UFMG- Orientadora

Prof. Dr. Túlio Batista Franco – UFF/RJ

Prof.^a Dr.^a Anézia Moreira Faria Madeira – EE/UFMG

Belo Horizonte, 19 de Fevereiro de 2009

*Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos pelo apoio de sempre
e ao Wesley por ter sido o maior incentivador,
pelo amor e pela força em
todos os momentos.*

Agradeço,

A Deus, pela vida e pelo amparo em todos os momentos da minha vida.

Ao Wesley, pelo incentivo e pelas inúmeras contribuições.

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio incondicional.

À professora Cláudia Maria de Matos Penna, pelas diversas oportunidades de aprendizado que me propiciou e pela compreensão nos momentos difíceis.

Às professoras Maria Flávia Gazzinelli e Andréa Gazzinelli, por terem possibilitado meus primeiros passos no mundo da pesquisa e à Anézia Madeira e Matilde Cadete pelo incentivo.

À Cláudia Regina Baumfeld (Gerente do Centro de Saúde São Gabriel), à Graziela do Carmo Reis (Gerente da Gestão do Trabalho - DISANE) e à Rejane Ferreira dos Reis (Gerente do DISANE) por terem tornado possível a realização desta pesquisa.

Aos membros do Grupo Temático da Linha do Cuidado da Saúde da Criança e do Adolescente do DISANE, especialmente à Samira e à Jussara, pelas trocas de experiências.

Aos meus colegas de trabalho do Centro de Saúde São Gabriel, por fazerem parte de todo o processo e pela compreensão nos momentos de ausência, especialmente aos componentes da equipe de saúde da família a qual pertenço, ao Fábio e a Cláudia Virgínia.

Aos colegas de Mestrado, pelo acolhimento e pela construção do conhecimento, especialmente a Ângela, Tércia, Denize e Fernanda.

Às amigas Selma e Ana Paula, pelo crescimento conjunto e pela cumplicidade.

Ao enfermeiro Clayton Lima, pelo apoio no início dessa trajetória.

Às usuárias que participaram desta pesquisa, pois sem elas nada seria concretizado.

Carta aos leitores

Esta caminhada me proporcionou um crescimento único
não somente no que se refere ao aprendizado
que o curso em si propõe mas com relação a minha própria vida.

Com Maffesoli aprendi que o "estar junto"
e que as coisas simples do dia-a-dia, os pequenos "nadas",
que passam despercebidos aos olhos e ao
coração daqueles que se deixaram impregnar por tudo aquilo que a razão impõe,
é que dão sentido e leveza à vida

Com minha orientadora Cláudia, aprendi a importância de deixarmos
aflorar nossa sensibilidade e
colocá-la naquilo que fazemos. Com as usuárias que participaram
deste estudo, aprendi que o que os diversos autores
discutem com relação à importância da intersubjetividade na formulação
de modelos assistenciais verdadeiramente
cuidadores não representa um mero conjunto de divagações.

Regiane Veloso Santos
16/01/2009

RESUMO

SANTOS, R. V. Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias. 2009. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

Trata-se de um estudo de caso qualitativo fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, com o objetivo de compreender a percepção das usuárias sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-Nascido. O cenário da pesquisa foi o Centro de Saúde São Gabriel, pertencente ao Distrito Sanitário Nordeste do município de Belo Horizonte, Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram 12 usuárias que vivenciaram o cuidado ofertado nessa linha do cuidado. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Para tratamento e análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (1977) e Minayo (2006). Desse processo, emergiram quatro categorias temáticas: 1) A resolutividade da linha do cuidado; 2) A educação em saúde como cuidado; 3) A integralidade no micro-espço de produção do cuidado e 4) A (des) credibilidade no SUS. A primeira trata da reorganização do processo de trabalho enquanto dispositivo que possibilitou o alcance da resolutividade na linha do cuidado ressaltando as condições de acesso aos serviços e ações da linha do cuidado, os elementos propiciadores de uma assistência resolutiva à mulher - no pré-natal e no parto - e ao recém-nascido além das peculiaridades do puerpério bem como da assistência a ser prestada às mulheres nessa fase da vida. A segunda refere-se à educação em saúde enquanto forma de cuidar, contribuindo para a emancipação dos sujeitos. A terceira dá ênfase às práticas de integralidade, presentes na linha do cuidado, como o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, a responsabilização para com o cuidado e a vida do usuário. As relações cuidadoras entre profissionais de saúde e usuários compõem esse conjunto de elementos que conformam os pilares para a materialização da integralidade na medida em que inserem o usuário no espaço assistencial, considerando suas subjetividades e apreendendo suas necessidades de forma mais abrangente. Além disso, o trabalho em equipe emerge enquanto possibilidade para o cuidado integral. A quarta e última categoria mostra que, quando a assistência é pensada e implementada visando o cuidado integral e resolutivo, é possível prestar-se uma assistência de qualidade ao usuário e fazer com que o serviço de saúde tenha sua credibilidade. Espera-se que este estudo proporcione reflexões que viabilizem a construção de um sistema de saúde universal, equânime, integral e que o usuário seja concebido enquanto partícipe desse processo.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Assistência Centrada no Paciente, Saúde Materno-Infantil; Planejamento de Assistência ao Paciente; Acesso aos Serviços de Saúde; Participação Comunitária.

ABSTRACT

SANTOS, R. V. Integrality of the care of the pregnant and puerperal woman and of the new-born baby: the patients view. 2009. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

This is a qualitative study based on the Comprehensive Sociology by Michel Maffesoli, and its objective is to understand the perception of the patients about the Care Line for Pregnant and puerperal women and for the new-born babies. The research took place in the São Gabriel Health Centre, in the city of Belo Horizonte, Brazil. The subjects of the research were 12 patients that experienced the care offered by this line. Data collection was done by semi-structured interviews. To treat and analyze the data, it was used a content analysis technique according to Bardin (1977) and Minayo (2006). From this process, four thematic categories were created: 1) The resolutivity of the care line; 2) The education in health as care; 3) The integrality in the micro-space of care production and 4) The (un) reliability in the SUS. The first one is about the re-organization of the work processes as a device that made it possible to reach resolutivity in the care line, the elements that create a resolute assistance to the woman – in the prenatal period and during labor – besides the particularities of the puerperal period as well as the assistance needed in this phase of life. The second one refers to the health education as a way to care, contributing to the emancipation of the subjects. The third one emphasizes the integrality practices present in the care line, such as the nurturing, the establishment of a connection, the creation of responsibility regarding the care and the life of the patient. The care relations between professionals create a group of elements that builds the pillars of the materialization of the integrality as the patient is introduced in the care, learning her needs in a broader way. Besides, team work emerges as a possibility to integral care. The fourth and last category shows that, when the assistance is thought and implemented aiming the integral and resolute care, it is possible to provide a good assistance to the user and to create credibility in the health service. It is expected that this study provides reflections that make it possible to build a universal health system, in which the user is conceived while participating in this process.

Key words: Comprehensive Health Care; Patient Centered Care; Maternal and Child Health; Health Services Accessibility; Community Participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Fluxograma da linha de produção do cuidado em saúde.....	15
FIGURA 2 - Localização das Unidades Administrativas por Regionais do Município... de Belo Horizonte. Divisão do município em nove distritos sanitários.	33
QUADRO 1 – Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD - Auxiliar de consultório dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa da SMSA de Belo Horizonte

COEP - Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

DISANE – Distrito Sanitário Nordeste

EEUFMG - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

EMI – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIG - Figura

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPAE - Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PSF – Programa de Saúde da Família

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THD - Técnico de Higiene Dental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	13
1.1 – Objetivo.....	20
2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 – Algumas faces da integralidade em saúde.....	21
2.2 - A produção do cuidado.....	24
3 - PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
3.1 - Cenário da pesquisa.....	32
3.2 - Sujeitos da pesquisa.....	34
3.3 - Coleta de dados.....	36
3.4 – Tratamento e análise dos dados.....	37
4 – COMPREENSÃO DOS DADOS.....	40
4.1 - A RESOLUTIVIDADE DA LINHA DO CUIDADO.....	40
4.1.1 - O acesso às ações da linha do cuidado.....	40
4.1.2 - A resolutividade no cotidiano do trabalho em saúde.....	43
4.1.3 - O cuidado no puerpério.....	49
4.2 - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO CUIDADO.....	52
4.3 - A INTEGRALIDADE NO MICRO-ESPAÇO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	59
4.3.1 - Acolhimento e o estabelecimento de vínculo em interface com a responsabilização.....	59
4.3.2 - As relações cuidadoras: a inclusão do “outro” no espaço assistencial.....	66
4.3.3 - O trabalho em equipe: uma possibilidade para o cuidado integral.....	70
4.4 - A (DES) CREDIBILIDADE NO SUS.....	77
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
APÊNDICES.....	92
ANEXOS.....	94

1- INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 e homologado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, tem, como princípios doutrinários, a universalização e a equidade do acesso aos serviços de saúde, além da integralidade na assistência. Como princípios organizativos, definem-se a descentralização da gestão para os municípios, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a resolutividade em todos os níveis de atenção e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução.

Na década de 1990, tem início a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente, denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), para contribuir para a construção e a consolidação do SUS propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997; ALVES, 2005). Essa estratégia surge no quadro em que o modelo hegemônico, hospitalocêntrico e procedimento-centrado torna-se insuficiente para atender às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005). O reconhecimento das limitações do modelo biomédico tem fomentado a busca por outro, pautado na complexidade do processo saúde/doença incluindo as diversas dimensões que o permeiam: individual, social, econômica e cultural (CAMPOS; WEMDBANSEN, 2007).

Desse modo, o PSF coloca a família como objeto precípuo de atenção, estabelece mudanças na forma de atuação dos serviços, reorganizando a prática assistencial dos serviços de saúde sob novas bases e novos critérios. Além disso, está pautado no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na adscrição da clientela em território definido, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização sobre a população que reside em determinada área de abrangência (BRASIL, 1997).

Dentre as inovações trazidas pelo PSF, destaca-se a vinculação da população a uma equipe básica de saúde, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Essa equipe tem a missão de prestar assistência integral e contínua à comunidade, mediante diagnóstico de suas necessidades, realizando ações de prevenção e de promoção da saúde, além das de reabilitação (BODSTEIN, 2002). Portanto, o PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com as pessoas, as famílias e as comunidades. Assume o compromisso de oferecer uma assistência integral e resolutiva e de

humanizar as práticas de saúde, visando sempre a qualidade de vida da população e a saúde enquanto direito de cidadania.

Nesse contexto, surgem discussões acerca da prática nos serviços de saúde que, por sua vez, deparam-se com estudos sobre a integralidade enquanto fundamento dessa prática. A construção de um sistema de saúde democrático constitui um processo social e político que se realiza por meio das políticas públicas voltadas para a saúde, mas principalmente, pela prática cotidiana dos serviços de saúde. Essa perspectiva tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando a produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento de um agir, consoante com os princípios e diretrizes do SUS (ALVES, 2005). A integralidade emerge como eixo norteador do PSF ao passo que “confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa” (ALVES, 2005, p.41).

Desde 1998, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte vem discutindo o redirecionamento das ações de saúde pautadas na integralidade da assistência, a partir do trabalho em equipe. Esse processo culminou com a implantação do PSF em 2002 no programa BH-VIDA (BELO HORIZONTE, 2002), e a seguir, com a proposta intitulada BH-VIDA: Saúde Integral (BELO HORIZONTE, 2003). Esse projeto assistencial visa a construção de um sistema de saúde integral que viabilize a concretização da integralidade na prática cotidiana dos serviços de saúde. Além disso, pressupõe o trabalho centrado no usuário e operacionalizado por meio da construção de linhas do cuidado, objetivando potencializar o trabalho em equipe, a fim de contemplar as necessidades dos usuários, assistidos nos diversos serviços de saúde.

Essa proposta busca atingir esses objetivos a partir da reorganização dos processos de trabalho na atenção básica à saúde, reconhecida como a rede Centros de Saúde que comporta as equipes de Saúde da Família. Essa rede se configura como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realiza diversas ações que visam a atenção integral às pessoas da comunidade (BELO HORIZONTE, 2006). Além disso, as ações em saúde devem seguir diretrizes como o acolhimento apreendido enquanto espaço de inter-relações entre os atores no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, a vinculação com os usuários e a responsabilização pelos mesmos, a resolutividade, o trabalho em equipe, a adoção dos pressupostos do modelo tecnológico de intervenção da Vigilância em Saúde, dentre outros. A continuidade da assistência também é ação prioritária devendo ser garantida em outros níveis

de atenção, uma vez esgotadas as possibilidades do primeiro (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007).

A construção de linhas do cuidado garante o “caminhar do usuário” em uma rede de serviços integrada que o elege como “elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada”. No BH-VIDA: Saúde integral, a produção do cuidado é organizada de forma sistêmica e de modo que os níveis de assistência estejam articulados. As linhas do cuidado integram os recursos disponíveis em fluxos de assistência que garantem ao usuário o acesso aos recursos necessários a sua assistência. Trabalha-se “com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis de assistência”. (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p.130).

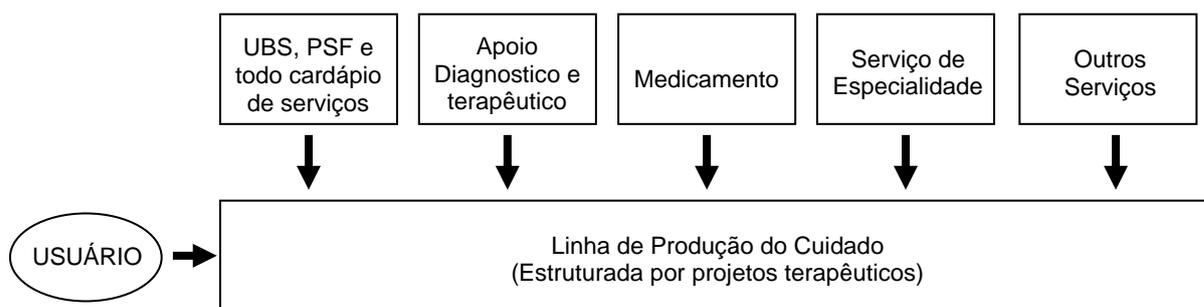


FIGURA 1: Fluxograma da linha de produção do cuidado em saúde.
Fonte: FRANCO; MAGALHÃES-JUNIOR (2007).

Além de se ter essa visão ampliada das linhas do cuidado, que articula todos os níveis de assistência, torna-se necessário compreendê-la enquanto ferramenta fundamental no processo de trabalho das equipes de saúde da família. “É importante reconhecer que há uma linha do cuidado operando internamente na Unidade Básica de Saúde, e que ganha relevância se consideramos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível da assistência” (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p.132). Do mesmo modo, essa linha do cuidado interna deve estabelecer um fluxo de assistência centrado no usuário garantindo que tenha acesso a todas as ações e serviços necessários a seu projeto terapêutico.

Deve-se ressaltar que a figura do cuidador é fundamental já que a assistência se concretiza em um espaço de interações que acontecem entre ele e o usuário. O caminhar pela linha do cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços de suporte às ações necessárias ao projeto terapêutico do usuário. Mas esse percurso não pode ser feito de forma

impessoal, mecânica e desvinculada dos sentimentos, ou seja, da intersubjetividade dos atores envolvidos (MALTA *et al*, 2004). Assim, adotou-se essa proposta inovadora do SUS no BH-VIDA: SAÚDE INTEGRAL, inicialmente na Atenção ao Idoso, Saúde da Criança, Saúde Materna, Atenção ao Agudo, Atenção às Doenças Cardiovasculares e Saúde Bucal (BELO HORIZONTE, 2006).

Nesse contexto, os profissionais do Centro de Saúde São Gabriel, pertencente ao Distrito Sanitário Nordeste (DISANE) do município de Belo Horizonte, com o incentivo e a participação ativa da gerência local, decidiram colocar em prática a proposta de trabalho referenciada nas linhas do cuidado com a construção, entre outras, da Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-Nascido. Essa proposta de trabalho surgiu a partir de problemas relacionados à integração das ações dos diversos profissionais envolvidos nesse cuidado e que levavam a resultados insatisfatórios tais como: pré-natal, puerpério e puericultura com acompanhamento desarticulado e descontínuo, baixo índice de aleitamento materno, dados de mortalidade neonatal e infantil por causas evitáveis, além da frustração declarada dos profissionais de saúde com os dados epidemiológicos.

Essa linha do cuidado teve como objetivo garantir o cuidado necessário à gestante, puérpera e ao recém-nascido pela integração das ações dos profissionais envolvidos. De acordo com Crevelim e Peduzzi (2005), é preciso se alcançar um relacionamento consciente e coordenado entre os diversos profissionais de saúde para que o conjunto do trabalho executado se constitua em um só movimento em prol da atenção à saúde.

O processo de trabalho dessa UBS, que possui quatro equipes de saúde da família, é pactuado em espaços de reuniões, legitimados no cotidiano desse serviço. Esses espaços possibilitam discussões que direcionam o trabalho a ser desenvolvido. Uma das decisões pactuadas, foi estabelecimento de duplas para gerenciar o cuidado à mulher (uma enfermeira da ESF juntamente com a ginecologista de apoio da UBS) e o cuidado à criança (outra enfermeira, também da ESF, juntamente com a pediatra da UBS) que, na construção e implementação dessa linha do cuidado, trabalharam em conjunto. Esse projeto foi delineado previamente por essas duplas de profissionais, mas incluiu um processo de sensibilização de toda a equipe da UBS, treinamento dos profissionais das categorias envolvidas nesse cuidado e participação ativa de todos eles nessa construção: enfermeiros, médicos generalistas, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, pediatra, ginecologista, além do gerente da UBS. Concluído o trabalho, foi realizado um encontro com todos os profissionais da UBS para a socialização da construção e para se deflagrar o início da implementação da linha do cuidado a partir do mês de março de 2005.

É importante destacar algumas ações instituídas que são fundamentais para a continuidade da assistência nessa linha do cuidado. Nesse sentido, foi acordado que o profissional, após o término dos atendimentos previstos, é responsável por agendar as ações que se seguem no fluxo de assistência sem que a usuária tenha que enfrentar filas na recepção para fazê-lo, caminhando, assim, na busca por um cuidado mais humanizado. Outra decisão refere-se à criação de um arquivo rotativo mensal para acompanhamento do pré-natal e de outro para a puericultura, que são monitorados pelos auxiliares de enfermagem das equipes de saúde da família. Dentro de cada equipe foi referenciado um auxiliar de enfermagem para a vigilância à saúde da mulher e outro para a vigilância à saúde da criança. Eles são responsáveis por identificar, nos arquivos, os pacientes faltosos e proceder a busca ativa por meio do ACS. Assim, cada profissional que atender um usuário deverá atualizar as fichas dos arquivos com os próximos retornos e localizá-las no mês de referência. Apesar de essa linha do cuidado ter sido denominada Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido, essa assistência foi sistematizada até o acompanhamento de puericultura durante o primeiro ano de vida da criança. Além disso, ressalta-se a importância das reuniões sistemáticas entre os coordenadores da linha do cuidado e os demais profissionais da ESF para acompanhamento dessa implementação e sensibilização constante quanto à importância e valorização do trabalho em equipe.

Durante as discussões geradas no processo de construção, implementação e acompanhamento desse projeto, houve preocupação em integrar e valorizar as ações dos diversos profissionais que participam da linha do cuidado, além de definir as responsabilidades de cada um e enfatizar a necessidade de se garantir a continuidade do cuidado ao usuário. Em estudo realizado no município de Belo Horizonte que teve como objetivo compreender as práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família, enfatizou-se a necessidade dessas ações para que se possa oferecer um cuidado baseado na integralidade em saúde. Isso representa um passo fundamental para que os membros desta equipe e os demais profissionais da UBS possam trabalhar em equipe e praticar a integralidade na assistência (SILVA, 2006).

Além disso, observa-se que, mesmo havendo uma pactuação entre todas as equipes de saúde da família dessa UBS quanto ao fluxo contemplado na linha do cuidado, fazem-se adequações, tanto para atender a particularidades dessas equipes, quanto à singularidade que cada usuário requer. Portanto, o que se propôs não foi o estabelecimento de um modo enrijecido de fazer, mas uma possibilidade de cuidar com qualidade e em sintonia com a realidade da população da área de abrangência da UBS.

A linha do cuidado, então, inicia-se com a captação precoce da gestante, que passa pelo acolhimento humanizado da mesma e garantia da primeira consulta de pré-natal o mais breve possível. Essa consulta é realizada pelo enfermeiro que, além de agendar a consulta seguinte que será com o médico generalista ou com o ginecologista da UBS, caso a gestante apresente algum sinal de risco, procede ao encaminhamento para vacinação se recomendado, para avaliação odontológica e para o curso de gestante. Esse curso é estruturado em três encontros, um em cada trimestre da gestação: o primeiro encontro é direcionado para discussões referentes à importância do pré-natal, nutrição e vacinação da gestante, queixas comuns na gravidez, saúde oral da gestante, importância do aleitamento materno, preparo das mamas para amamentação e atividade física na gestação. No segundo, são abordados conhecimentos sobre parto, vacinação do bebê, teste do pezinho, cuidados com o recém-nascido, importância da puericultura e direitos sociais na maternidade. O terceiro trata da técnica para amamentar, mitos referentes à amamentação, alimentação da nutriz e saúde oral do bebê. Para se conseguir essa abordagem tão ampla e complexa foi necessário articular um trabalho interdisciplinar envolvendo enfermeiro, ginecologista, pediatra, psicólogo, odontólogo e acadêmicos do Curso de Graduação em Fisioterapia de uma universidade conveniada com Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Após o parto, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem realizam as ações do “5º Dia Saúde Integral”, conforme a Agenda de Compromissos pela Saúde Integral da Criança e do Adolescente e Redução da Mortalidade Infantil da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que preconiza a realização do teste do pezinho, mas, também, uma atenção integral ao recém-nascido e à mulher, englobando vacinação de ambos, incentivo ao aleitamento materno, início à puericultura e ao puerpério (BELO HORIZONTE, 2004a). Nesse mesmo atendimento, é agendado um retorno para reavaliação da mãe e do bebê com o enfermeiro no máximo com dez dias de vida do bebê, momento em que ocorre a primeira consulta de puericultura, avaliação da puérpera e seu encaminhamento para o encontro referente ao planejamento familiar. Essa consulta foi planejada com o intuito de favorecer uma interlocução melhor com a puérpera, já que a vivência na UBS revelou que, no 5º dia após o parto, ela, geralmente, demonstra cansaço, pouca familiaridade com as mudanças decorrentes da chegada do bebê, não consegue articular as dúvidas e nem interagir de forma proveitosa com os profissionais de saúde. Após essa consulta, a criança é encaminhada para as próximas que serão realizadas, de forma intercalada, entre o médico generalista, pediatra e enfermeiro da equipe de saúde da família.

O encontro referente ao planejamento familiar é realizado por uma enfermeira, em uma tarde, e é estruturado em três momentos. No primeiro é suscitada uma discussão sobre o significado e a importância do planejamento familiar para os participantes. No segundo há uma exposição dialógica sobre os diversos métodos contraceptivos que existem. Já no terceiro há um atendimento individual para discussão de dúvidas que os usuários não quiseram verbalizar em público e encaminhamentos conforme cada caso. Tanto no curso de gestantes como no planejamento familiar, os temas são discutidos em rodas de conversa onde há abertura para que as usuárias coloquem outros assuntos de seu interesse, bem como seus questionamentos. Essa metodologia foi proposta com o intuito de favorecer a participação das usuárias e a troca de experiências entre elas.

A experiência da implementação dessa linha do cuidado trouxe algumas inquietações e, dentre elas, a que originou o problema deste estudo e que se refere ao fato de as usuárias não terem participado do planejamento da linha do cuidado implementada, o que traz a incerteza quanto à contemplação de suas necessidades. Esse fato é importante, se considerarmos que o cotidiano dos serviços de saúde é permeado pelas relações que os diversos atores mantêm entre si. De um lado, estão aqueles que representam o foco do cuidado, que possuem seus saberes, percepções e vivências; do outro, aqueles que cuidam, também com seus saberes, percepções e vivências, que podem ou não abarcar universos distintos dentro desse referencial. Além disso, é importante salientar que ainda existe um hiato entre o que as diretrizes do SUS propõem em relação à participação da comunidade no processo de produção do cuidado e o que ocorre na prática das instituições de saúde. Desse modo, parte-se do pressuposto de que existem necessidades que não foram contempladas na linha do cuidado implementada.

Alguns autores, que discutem o processo de participação popular, abordam a questão da dificuldade dos mediadores (profissionais técnicos e políticos) em interpretar, de maneira adequada, o que os membros das chamadas classes populares estão dizendo (VALLA, 1998; VÁZQUEZ *et al*, 2003; CAMPOS; WEMDBANSEN, 2007). Isso está relacionado mais com a postura de rejeição do saber dessas camadas sociais menos favorecidas enquanto dispositivo capaz de sistematizar pensamentos sobre a sociedade e suas necessidades do que a aspectos técnicos como, por exemplo, lingüísticos. “Se a referência é o saber do profissional, isso dificulta a chegada do saber do outro”. O saber popular é elaborado a partir da experiência concreta e das vivências que, na maioria das vezes, são distintas daquelas do profissional. “O profissional oferece seu saber porque julga o da população insuficiente, e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente” (VALLA, 1998, p.14).

Na perspectiva de busca da atenção integral à saúde e da democratização das relações entre os profissionais de saúde e entre estes e usuários, a população e os grupos sociais são concebidos como partícipes dos processos e torna-se imprescindível aprofundar a compreensão dessa participação (CREVELIM; PEDUZZI, 2005). De maneira mais ampla, a participação popular envolve as múltiplas ações que diferentes grupos sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico) (VALLA, 1998).

Atualmente, a participação social pode acontecer de duas formas: a participação institucionalizada e que, na área da saúde, pode ser efetivada nos conselhos e nas conferências de saúde, onde há representantes de instituições, dos usuários, de prestadores de serviços e do governo. Outra prática participativa pode acontecer nas atividades de educação em saúde uma vez que se constituem na convivência cotidiana com o usuário, o que possibilita o compartilhamento de saber, o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e o exercício da cidadania (CAMPOS; WEMDBANSEN, 2007).

Muitos dos programas e ações no campo da saúde são planejados e implementados para a população, quando o mais adequado seria que fossem elaborados com a população, em um movimento de interação entre ela e os e trabalhadores dos diversos serviços por meio de um processo dialógico e de negociação (CREVELIN; PEDUZZI, 2005). Assim, surge a possibilidade de desenvolvimento da co-responsabilização do usuário para com as políticas públicas, com as ações federais, estaduais, municipais e locais de saúde, bem como para com sua saúde individual.

Considerando que essa linha do cuidado foi construída sob a ótica dos profissionais de saúde, como as usuárias percebem esse cuidado ofertado? Nesse sentido, pretende-se estudar o micro-espço de produção do cuidado buscando compreendê-lo a partir do ponto de vista daqueles que o vivenciam, em um determinado período de tempo e espaço. É importante considerar que esse micro-espço está inserido num “macro” que é constituído pelas políticas públicas de saúde que são implementadas.

1.1 - Objetivo

Este trabalho tem como objetivo compreender a percepção das usuárias sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Algumas faces da integralidade em saúde

A construção da integralidade da assistência em saúde representa um dos principais desafios no processo de implementação do SUS. De acordo com a Lei 8.080, ela se configura em “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). A integralidade, a equidade e a universalidade constituem um “conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira” que serviu de base para construção do SUS (CECÍLIO, 2001, p.113). Assim, antes de ser consagrada como princípio do SUS, a integralidade era uma das “bandeiras de luta” do Movimento Sanitário ao se contrapor às formas de se pensar e se implementar as ações preventivas e assistenciais de modo desarticulado (MATTOS, 2001).

Mas a integralidade e a equidade não se restringem ao acesso a determinados serviços, uma vez que remetem, também, ao campo das micropolíticas de saúde e sua influência na qualidade da assistência oferecida aos usuários dos serviços de saúde (CECÍLIO, 2001). As práticas desenvolvidas nesse cotidiano representam um espaço de construção da integralidade na medida em que, por meio delas, novas maneiras de agir podem surgir, consoantes com esse princípio. Nesse contexto, temos a “integralidade não simplesmente como uma diretriz do SUS descrita na Constituição de 1988, mas como algo a ser construído cotidianamente pelos atores em suas práticas na atenção e cuidado em saúde” (SILVA *et al*, 2004, p.75).

Atualmente, o SUS é reconhecido como uma arena de experimentação social, podendo-se encontrar, em suas instituições e práticas, valores e inspirações referentes à integralidade, nos três conjuntos de sentidos em que se apresenta. O primeiro conjunto refere-se aos atributos das práticas dos profissionais de saúde cuja marca maior é a busca pela compreensão das necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário apresenta. O segundo conjunto refere-se aos atributos da organização dos serviços, direcionada por uma percepção ampliada das necessidades da comunidade e das melhores formas de dar-lhes respostas. O terceiro refere-se às respostas governamentais aos serviços de saúde que não podem se manter verticalizadas nem restritas a determinados problemas de saúde que atingem somente um certo grupo da população (MATTOS, 2001).

É importante ressaltar que esses três grandes conjuntos de sentidos da integralidade apresentam, como ponto de articulação, a negação ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001). Isso pressupõe que ações em saúde precisam contemplar as necessidades mais abrangentes dos usuários, ou seja, o trabalho em saúde não pode ser orientado somente pelas demandas explicitadas pontualmente pelos usuários. Nesse sentido, torna-se inaceitável restringir o ser cuidado a um “doente” ou a uma “doença” mesmo porque “as necessidades dos usuários podem estar relacionadas a desejos e aspirações subjetivas distantes dos sintomas que levaram o indivíduo à consulta” (COSTA, 2004, p.14)

Desse modo, a assimilação da integralidade a favor da reorientação do modelo assistencial implica, de acordo com Alves (2005, p.43):

integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina(...)

Portanto, a ênfase nos aspectos biológicos e a fragmentação existente entre os profissionais e suas respectivas práticas representam obstáculos para a materialização da integralidade (CAMARGO JR, 2003). Além disso, é preciso superar mais uma das modalidades de fragmentação no campo da saúde, referente ao monopólio do diagnóstico de necessidades por parte dos trabalhadores da saúde. Trata-se, portanto, da integração da “voz do outro” nesse processo (TEIXEIRA, 2003, p.91). Assim, a integralidade emerge como capacidade de profissionais e serviços de saúde de interagirem com os usuários, num processo inter-relacional que permita o diálogo e o respeito às diferenças entre os atores em cena (PINHEIRO, 2001).

Dessa forma, emerge uma questão central para a construção da integralidade: a relação trabalhador-usuário na qual o objetivo transcende a construção de vínculo e responsabilização, uma vez que requer mudança efetiva nas relações de poder (TEIXEIRA, 2003). Isso pode se aplicar tanto à abertura à participação do usuário no planejamento das ações em saúde quanto aos sentidos que os trabalhadores dão a seus encontros com o usuário, durante as práticas desenvolvidas diariamente na oferta do cuidado. Como afirma Maffesoli (1984, p.31), “o jogo da diferença permite a neutralização dos poderes, levando-os a uma confrontação e, assim, relativizando-os”. De acordo com Lopes *et al* (2007, p.34), esse poder é “exercido pelos sujeitos como uma potência que, ao mesmo tempo em que é transformadora, se torna estruturante de novas práticas emancipatórias democráticas”.

A integralidade remete-nos a um espaço de interações que emerge no encontro entre trabalhadores e usuários, mediado pelo diálogo. É nesse espaço que se configuram o acolhimento e o estabelecimento de vínculo, elementos fundamentais para a materialização da integralidade e sem os quais não há produção de responsabilização (GOMES; PINHEIRO, 2005; FRANCO; BUENO; MERHY, 2007). Torna-se pertinente que os processos de reorganização dos serviços que visam o desenvolvimento de práticas integrais, incorporem o acolhimento e o estabelecimento de vínculo enquanto diretrizes prioritárias para a construção de relações efetivamente cuidadoras.

As práticas no cotidiano das instituições de saúde representam um local privilegiado de construção da integralidade em saúde. Esta é entendida “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”. (PINHEIRO; LUZ, 2003, p.17). Torna-se necessário, então, tomar a integralidade enquanto eixo norteador de novas formas de agir em saúde e de gestão de cuidados nas instituições de saúde, possibilitando o surgimento de experiências inovadoras (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Nesse contexto, a organização dos processos de trabalho surge como ponto importante no processo de mudança dos serviços de saúde para colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007). Para isso, é necessária uma articulação de saberes e práticas diversos, concebendo o trabalho em equipe enquanto ferramenta importante na construção do cuidado integral. Segundo Cecílio (2001, p.116) “a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. Isso é o que o autor denomina “integralidade focalizada”, uma vez que é trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde. A integralidade, então, concretiza-se a partir da organização dos processos de trabalho e, além disso, depende de outros fatores para sua materialização, tais como, a criação de vínculos entre usuários e trabalhadores e a construção da autonomia da pessoa que busca o serviço de saúde para o atendimento de suas demandas e a satisfação de suas necessidades. (PINHEIRO, LUZ, 2003)

No entanto, a integralidade não se concretiza somente no espaço de um serviço de saúde singular por melhor que sejam sua organização e sua equipe.

Tal constatação nos remete, então, a uma segunda dimensão da integralidade da atenção, qual seja, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidade ou a um hospital, a uma

rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde (CECÍLIO, 2001, p.117).

No que se refere à formação e ao desenvolvimento profissional, o projeto da integralidade da atenção à saúde propõe “a interação ensino-gestão-serviço-controle social”. As mudanças nas práticas e na formação são duas faces do mesmo movimento de produção da atenção integral à saúde. A mudança dessas práticas, por sua vez, “não se esgota na relação assistencial direta (a prestação dos cuidados terapêuticos), mas prolonga-se pela organização do processo de trabalho e qualidade da permeabilidade da rede de serviços e da gestão ao controle social e participação popular” (CECCIM, FERLA, 2003, p.223).

Por fim, pode-se pensar a integralidade como “dispositivo legal-institucional, portador de valores ético-políticos, que tem no cuidado sua maior expressão como atividade humana”. A partir disso, torna-se pertinente ampliar a discussão sobre o processo de produção do cuidado que “configura o *ethos* humano, do agir em saúde, o cerne das práticas eficazes da integralidade de suas ações” (PINHEIRO, 2007, p.15, grifo da autora).

2.2 - A produção do cuidado

A produção do cuidado representa um desafio aos serviços públicos de saúde. Suscita questões que transcendem a competência técnico-científica, fundamento do modelo biomédico que domina as ações em saúde ao longo do tempo. Isso se relaciona, evidentemente, com a crescente demanda por cuidado pela população, em decorrência da atual falta de perspectivas de vida (LUZ *apud* MACHADO *et al*, 2004). Não se trata, portanto, de desconsiderar o valor da tecnologia científica e os avanços da medicina, mas de perceber o limite do conhecimento racional e abrir espaço para o processo relacional que se estabelece entre os profissionais de saúde e paciente, intrínseco ao ato de cuidar. O cuidado, segundo Waldow (2004), origina-se não somente do cumprimento de papéis profissionais ou da ciência médica e tecnológica, mas em um relacionamento de respeito, confiança, interesse, preocupação e apoio mútuos.

Assim, “cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2008, p.33, grifos do autor). Cuidar pressupõe uma atitude interativa incluindo o envolvimento e o relacionamento

entre as partes, “compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo sofrimento e pelas histórias de vida” (LACERDA; VALLA, 2004, p.95).

Para que essa interação se concretize na oferta do cuidado em saúde, torna-se necessário reportar-se às “tecnologias leves” (MERHY, 1997) que levam em conta as subjetividades e singularidades dos sujeitos envolvidos nesse cuidado, a partir de um trabalho vivo em ato no qual

se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: falas, escutas e interpretações, nos quais há uma produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado: momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (MERHY, 1998. p.106).

Mas não se trata de descartar o uso das tecnologias duras como os equipamentos de exames e fichários nem as leve-duras como os saberes profissionais estruturados, mas de associá-las sob o comando das tecnologias leves. Isso se torna relevante na medida em que a organização do cuidado em torno das tecnologias duras e leve-duras faz com que o trabalho em saúde esteja mais comprometido com estas e com a produção de procedimentos do que com os problemas de saúde e com a produção do cuidado de fato (MERHY, 1998). Assim, nem todo procedimento realizado implica na produção de um ato em saúde cuidador. No entanto, os processos de produção do cuidado representam “a base de expressão do núcleo missionário de qualquer serviço ou sistema de saúde” (MERHY, 1999, p.309).

Nesse sentido, o usuário, ao procurar um serviço de saúde, necessita ser acolhido para que possa expressar suas necessidades e se envolver numa dinâmica que possibilite a vinculação com os trabalhadores, a partir de uma relação de respeito mútuo aos saberes que ambos possuem. Portanto, por trás da má qualidade técnica da assistência e das falhas no processo de comunicação entre equipe de saúde e usuários existe “uma invisibilidade do outro e a necessidade de interagir efetivamente com esse outro” (AYRES, 2004a, p.15).

Partindo dessa lógica, torna-se importante reconhecer a necessidade de publicizar os processos decisórios em saúde, ou seja, abrir espaços para a força instituinte do usuário e escutá-los, uma vez que representam as necessidades sobre as quais os trabalhadores de saúde atuam. Desse modo, pode-se contribuir para não se perder “o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado”. (MERHY, 1999, p.312). Assim, as ações de saúde direcionadas para a produção

do cuidado traduzem-se no trabalho orientado para a resolução de problemas e em busca da qualidade de vida do usuário. Além de englobar procedimentos como um curativo ou uma consulta, volta-se centralmente para as relações humanas, o estabelecimento de vínculo e o desenvolvimento da autonomia dos usuários.

Pressupõe-se, portanto, a integração dos diversos conhecimentos que cada categoria profissional detém em seu “núcleo profissional específico” que, no entanto, tem como base o “núcleo das atividades cuidadoras” que articulam esses saberes entre si em interface com os saberes dos usuários. Pode-se dizer que o modelo assistencial que vem operando nos serviços de saúde é centralmente organizado a partir de problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar (MERHY, 1998). Isso ganha importância se considerarmos que

o cuidado surge como uma prática que ganha sentido de acordo com os interesses e necessidades dos sujeitos envolvidos, sendo entendido como uma prática que articula saúde, doença e também o contexto socioeconômico e cultural em que se inserem esses sujeitos. Nesse sentido, trata-se de um cuidado percebido como prática integral, cooperativa e culturalmente situada (ACIOLI, 2004, p.194)

As recentes transformações da medicina no que se refere ao progresso científico e à sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos. Por um lado, aceleram e ampliam o poder de diagnose bem como da precocidade de intervenções terapêuticas eficazes, eficientes e seguras, além de propiciar a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, há uma incapacidade das ações de assistência à saúde “de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes de seus próprios limites” (AYRES, 2005, p.100).

Torna-se imperativo superar o afastamento da arte tecnocientífica da medicina de tudo aquilo que lhe confere sentido, ou seja, dos projetos de felicidade dos usuários e, portanto, da subjetividade que serve de substrato para adoecer, manter-se saudável ou buscar a recuperação da saúde (AYRES, 2005)

O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação ‘dessubjetivadora’, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo ‘objeto de intervenção’ que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. Estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios” (AYRES, 2005, p.102)

Ao se reportar aos desafios para a reconstrução do cuidado, Ayres (2005) identifica aqueles mais imediatamente visíveis e os agrupam conforme três motivações fundamentais: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes. Com relação à primeira, pode-se ressaltar a necessidade de se buscar o apoio de outros campos de saberes, além das ciências biomédicas, para que se possa aproximar das aspirações e necessidades mais abrangentes dos indivíduos e população dos quais se cuida. “Conceitos e métodos da psicologia, da antropologia, da sociologia, podem nos ajudar a compreender mais ricamente os sujeitos com os quais interagimos nas e pelas ações de saúde” (AYRES, 2005, p.104).

Essas considerações remetem ao trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar enquanto ferramenta fundamental para que se dê conta desse universo complexo que constitui a dimensão cuidadora. De acordo com Merhy (1998), enquanto os trabalhadores em saúde não interagirem entre si, articulando seus conhecimentos dentro de um campo de produção do cuidado comum, não haverá concretização de um trabalho em equipe. Assim, o isolamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas restringe o processo de trabalho aos modos de fazer enrijecidos e ao conhecimento técnico-estruturado. Em contrapartida, o campo do cuidado possibilita, a todos os profissionais de saúde, um alto investimento na relação com o usuário, para efetivar a produção conjunta do cuidado.

No entanto, somente a ampliação do espectro do saber científico não garante que o outro e seus contextos estejam presentes no processo de produção do cuidado. Aqui, Ayres (2005) refere-se a Merhy quando julga pertinente a classificação por ele proposta para os “estágios” de conformação e operação de tecnologias em saúde destacando as “tecnologias leves” como aquelas implicadas com as interações intersubjetivas, tão essenciais para a efetuação dos cuidados em saúde (AYRES, 2005, p.104, grifos do autor).

Essa abordagem das tecnologias leves traz, para discussão, a segunda área de motivação que trata da otimização das interações. Considerando sua dimensão comunicacional discutida por Teixeira (2003), o espaço das tecnologias leves pode ser apreendido enquanto “espaço de conversação”, e os serviços de saúde como “redes de conversação”. O diálogo emerge não somente como matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas a conversação em si já constitui um campo de conformação de tecnologias. Isso é exemplificado com o acolhimento que, além de representar um espaço de recepção dos usuários ou um ponto determinado de um fluxograma, pode perpassar todos os encontros que acontecem no desenvolvimento do trabalho em saúde (AYRES, 2005). O importante é

permitir a inserção do outro (usuário/paciente) no espaço assistencial, de modo que possa expressar suas diversas necessidades.

O último grupo de motivações diz respeito à ênfase na “interdisciplinaridade e intersetorialidade. A essas bandeiras de luta acrescenta-se a “da pluralidade dialógica”, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a formas alternativas de cuidado como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais dentre outras (AYRES, 2005, p.106, grifo do autor).

Considerando que a assistência se configura pelo encontro entre profissionais/serviço de saúde e usuário/comunidade, a ESF representa um cenário rico ao ter a integralidade como eixo norteador. Isso é evidenciado ao refletirmos sobre os pólos da assistência: esse programa pressupõe uma reorganização do processo de trabalho que tem como foco o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, através do qual a assistência será concretizada (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004a). Em decorrência disso, este trabalho se reportará à organização do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido em um campo de atuação da Estratégia de Saúde da Família.

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

Para se compreender a percepção das usuárias do Centro de Saúde São Gabriel sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido foi utilizado um estudo de caso único, com abordagem qualitativa e fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das percepções, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de suas vivências, de seu modo de sentir e pensar. Desse modo, “as abordagens qualitativas conformam-se melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos” (MINAYO, 2006, p.57).

Nessa perspectiva, tornou-se oportuno desenvolver este estudo por meio de uma abordagem qualitativa fundamentada nos pressupostos da Sociologia Compreensiva que privilegia, como o próprio nome já indica, “a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, mostrando que os conceitos de significado e de intencionalidade os separam dos fenômenos naturais” (MINAYO, 2006, p.95). Além disso, valoriza o vivido que se constitui no dia-a-dia de uma forma dinâmica uma vez que “as palavras tornam-se fúteis quando se desvinculam da realidade vivenciada, deixam de ter energia própria. E se tornam, com isto, incapazes de dar conta da energia em ação na socialidade contemporânea, que pode ser chocante mas não menos vivaz” (MAFFESOLI, 2007, p.14).

Essa socialidade, por sua vez, traduz um desejo de comunhão, de “estar junto” e a aceitação de uma diversidade que se complementa por meio das trocas que se estabelecem entre aqueles que compartilham experiências múltiplas na vida cotidiana. É um movimento de reação à imposição do dever-ser que a racionalidade canaliza para a individualidade. (MAFFESOLI, 1984, p.48).

A Sociologia Compreensiva, ao dar ênfase ao vivido, reconhece a importância dos elementos subjetivos que compõem os fenômenos sociais, construídos por indivíduos que estão, constantemente, em inter-relação. Maffesoli ressalta 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, 1988, p.175). Assim, para se compreender a essência dos fenômenos sociais

não se pode reduzi-los às “injunções da razão”. É preciso que as pesquisas que os têm como objeto de estudo, saibam explorar todos os elementos heterogêneos que constituem a vida cotidiana, pois estão todos presentes nela e coexistem num determinado período de tempo e espaço (MAFFESOLI, 1988, p.133).

Assim, há reconhecimento de que esses fenômenos são construídos a partir das coisas simples do cotidiano, de conversas e interações informais que, geralmente, passam despercebidas aos olhos daqueles que procuram compreendê-los. Nesse sentido, “admite-se, cada vez mais, a relevância da atenção a esses pequenos fatos da vida cotidiana, muitas vezes, esquecidos pela investigação sociológica que, no entanto, constituem o essencial da trama social” (MAFFESOLI, 1984, p.19). Além disso, “por estar muito próxima a banalidade é, não raro, mascarada, mal conhecida; entretanto, informa em profundidade as mais sábias análises, as mais sofisticadas pesquisas” (MAFFESOLI, 1988, p.53). Esse autor estuda a vida cotidiana e tudo aquilo que está relacionado a ela, ou seja, o que, durante muito tempo, não foi de interesse científico aos intelectuais. “Maffesoli é adepto a uma atitude relativista intelectual de ver o mundo, não que se prenda à superficialidade, mas acreditando que há uma inter-relação das inúmeras verdades, tanto científicas como as consideradas de senso comum” (PENNA, 1997, p.41).

Outra idéia importante desse autor diz respeito ao que ele denomina “formismo”, termo utilizado para designar a Sociologia das Formas de Simmel, traduzida erroneamente como Sociologia Formal. Esse autor fazia uso da noção de *formal*, que no alemão designa as questões relacionadas às formas maleáveis e diversificadas; e não *formell*, o que diz respeito aos aspectos formais propriamente ditos (SIMMEL, *apud* PENNA, 1997, p.42).

Na tentativa de compreender a diferença entre *forma (formal)* e *formal (formell)*, pode-se dizer que a primeira é um modo variável que dá uma configuração particular a uma idéia, acontecimento ou ação. Como a expressão que o artista adota na criação ou composição de uma obra, numa relação estética entre os dois. É um ser ou objeto cuja natureza e aspecto não se podem precisar, numa relação simbólica, imaginária. Por sua vez, a segunda nos dá a idéia de convencional, do realizado segundo fórmulas ou formalidades (PENNA, 1997, p.42).

A partir da primeira concepção, a forma expressa a capacidade de se adequar à variedade dos fenômenos que ocorrem na sociedade definindo seus contornos e limites, sem deformá-los e sem conferir a eles um formato enrijecido, colocando em destaque o relativismo inerente a esses fenômenos e a diversidade da vida social. Além disso, ao “formismo” pode-se atribuir a capacidade de apreender o que há de relevante na “aparência

social”, sem deixar, é claro, de valorizar o que concerne à espiritualidade, já que a forma como as situações do cotidiano se apresentam diz muito de sua essência. No entanto, historicamente, os intelectuais da literatura, da psicologia, da sociologia, dentre outros, desvalorizaram o que tem de mais aparente nos fenômenos sociais (MAFFESOLI, 1988).

Um dos dispositivos utilizados para mostrar o “formismo” da vida social é a analogia, uma vez que possibilita melhor apreensão da labilidade dos seus fenômenos comparando-os com situações e experiências que ocorreram no passado (MAFFESOLI, 1988). “A analogia é uma forma de dizer o social, que busca pontos de semelhança entre fenômenos que ocorreram em tempos distantes” (PENNA, 1997, p.46). Essa autora, ao se referenciar a Morin e Maffesoli, diz que ambos reconhecem que a analogia pode ser utilizada como instrumento que possibilita falar da vida cotidiana de forma complementar ao pensamento racional e científico.

Ao eleger o cotidiano como espaço de construção e análise dos fenômenos sociais, a Sociologia Compreensiva emerge enquanto fundamento para a compreensão do objeto de estudo desta pesquisa, uma vez que este se encontra no cerne da experiência construída em relação com o outro. “É importante, com efeito, observar em que a ciência, pelo menos no terreno social, já não pode limitar-se a ser lembrança mumificada de uma descoberta antiga, devendo, pelo contrário, recobrar o frescor da experiência viva” (MAFFESOLI, 2007, p.145).

Ao contrário do que sempre foi defendido pela ciência positivista, essa experiência pressupõe uma interação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. A compreensão dos fenômenos sociais “envolve generosidade de espírito, a proximidade, a ‘correspondência’. É justamente porque, de certo modo, ‘somos parte disso’ que podemos apreender, ou pressentir, as sutilezas, os matizes, as descontinuidades de tal ou qual situação social” (MAFFESOLI, 1988, p.43, grifos do autor). A Sociologia Compreensiva “brota do próprio corpo social e, portanto, não ‘possuímos a verdade’ – mas estamos por dentro de uma ‘certa’ verdade” que nos propomos a estudar e compreender (MAFFESOLI, 1988, p.74, grifos do autor).

A opção de utilizar o estudo de caso, de natureza qualitativa, como estratégia de investigação desta pesquisa fundamenta-se na “possibilidade de aprofundamento” que oferece a uma realidade específica, conforme descrito por Laville e Dionne (1999, p.155). Entre os diversos tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso, possivelmente, é um dos mais relevantes, uma vez que o objeto de estudo é analisado profundamente e aumenta-se a complexidade do exame à medida que se aprofunda no tema (TRIVIÑOS, 1987). Nesse sentido, este tipo de estudo oferece ao pesquisador a oportunidade de desvelar questões inesperadas e reorientar o estudo a partir de tais descobertas. Além disso, também como na

Sociologia Compreensiva, valoriza a realidade vivenciada, pois, “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p.32).

Nessa perspectiva, o estudo de caso vale-se da abordagem qualitativa para analisar o contexto, as relações e as percepções do fenômeno estudado. Possibilita, também, a construção de conhecimento acerca de características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. Portanto, o estudo de caso desvela relações causais “entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção” (MINAYO, 2006, p.164).

3.1 - Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no Centro de Saúde São Gabriel pertencente à Regional Nordeste do município de Belo Horizonte e sob coordenação do Distrito Sanitário Nordeste (DISANE). É importante ressaltar que o nome dessa UBS foi explicitado mediante autorização da gerente da UBS e da gerente do DISANE (ANEXOS A e B).

O município de Belo Horizonte possui nove Distritos Sanitários (FIG.2), sendo que os distritos Leste, Norte, Noroeste e Pampulha fazem limites com o DISANE, além do município de Sabará. O DISANE possui uma área de 39,59 m², com uma população de 274.060 habitantes (IBGE, 2000). Caracteriza-se pelas grandes diferenças sócio-econômicas e sanitárias de sua população, é constituído por 68 bairros e possui 21 Centros de Saúde (FIG.3), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), uma Farmácia Distrital, uma Central de Esterilização e um Centro de Convivência de Saúde Mental (BELO HORIZONTE, 2007a).

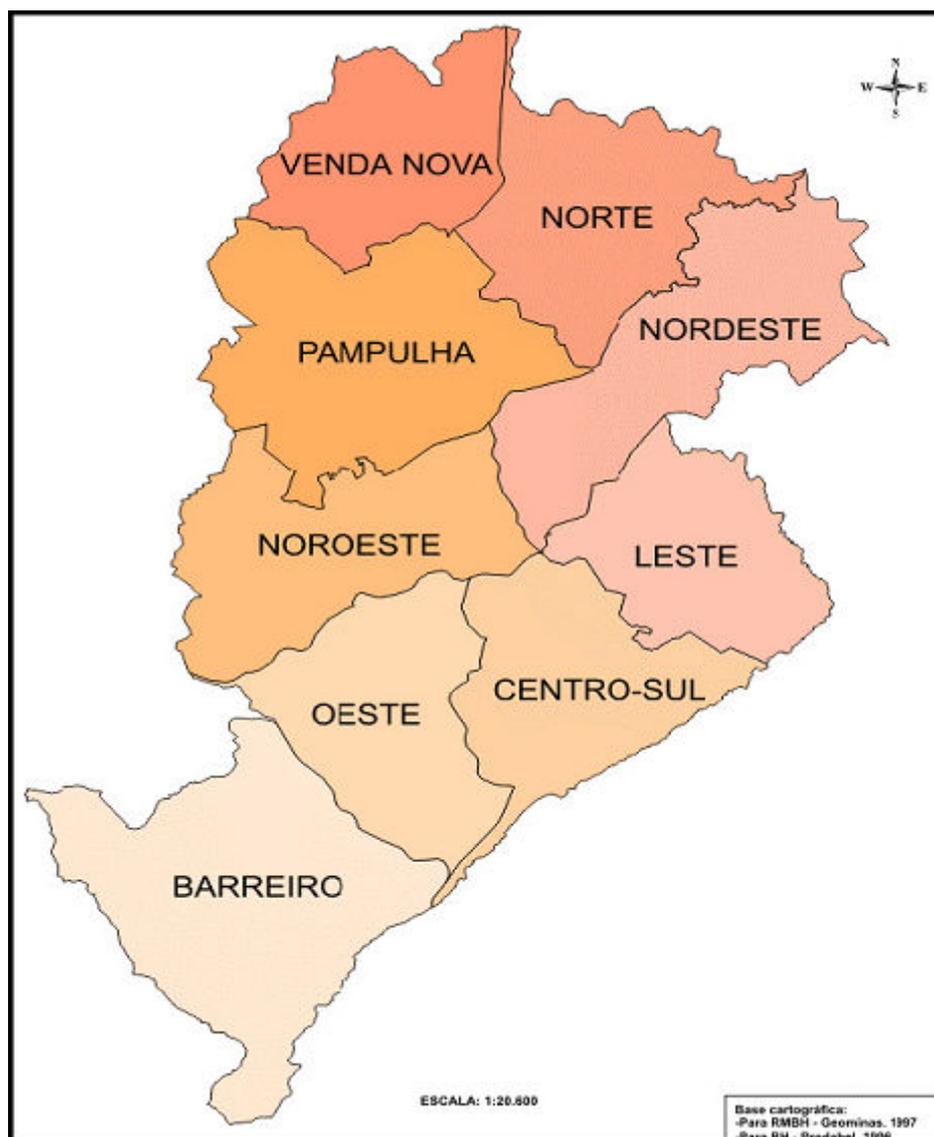


FIGURA 2: Localização das Unidades Administrativas por Regionais do Município de Belo Horizonte. Divisão do município em nove distritos sanitários.
Fonte: BELO HORIZONTE, 2007b.

A área de abrangência do Centro de Saúde São Gabriel é caracterizada por setores censitários cujo formato de distribuição segue o critério de vulnerabilidade da população apresentando áreas de médio e elevado risco. Sua população adscrita é de 13.442 habitantes. Esse número, baseado no censo realizado em 2000, difere do encontrado em levantamento recente realizado pelas agentes comunitárias de saúde que revelou um acréscimo de aproximadamente 1000 habitantes. De acordo com registros internos, essa UBS acompanha uma média de 60 gestantes por mês e 160 crianças na puericultura.

Além disso, essa UBS tem quatro equipes de saúde da família (ESF). Cada equipe é composta de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essas equipes já incorporaram os profissionais da saúde bucal com dois dentistas, dois auxiliares de consultório dentário (ACD) e uma Técnica de Higiene Dental (THD) e contam com uma equipe de apoio composta por uma pediatra, uma ginecologista, uma clínica geral, uma psicóloga, um psiquiatra, uma assistente social e quatro auxiliares de enfermagem. Além disso, há quatro agentes de controle de zoonoses, seis auxiliares administrativos, dois estagiários administrativos (alunos do ensino médio da rede escolar pública), dois porteiros, dois auxiliares de serviços gerais e um gerente, totalizando 68 funcionários. Incluem-se, nesse quadro, os acadêmicos do Curso de Graduação em Fisioterapia e em Enfermagem de universidades conveniadas com a Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Recentemente, essa UBS, passou a contar com a contribuição de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, sobre o qual se falará mais adiante.

3.2 - Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram usuárias das equipes de saúde da família números 1, 2 e 4, que vivenciaram o cuidado ofertado na Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido. Isso se justifica pelo fato de a pesquisadora estar inserida nesse campo enquanto enfermeira da equipe de saúde da família número 3 dessa UBS.

De acordo com o primeiro critério de inclusão, foram convidadas aquelas usuárias que receberam a assistência de pré-natal e puerpério nessa UBS e que estavam vivenciando a puericultura com o filho (a) que deveria estar, no mínimo, no terceiro mês de vida. Isso foi de fundamental importância para que elas pudessem expressar a percepção não somente de partes da linha do cuidado, mas, também, do todo. Além disso, após o terceiro mês de vida do filho, a participante já teve contato com todos os profissionais envolvidos no cuidado à gestante, à puérpera e à criança. O segundo critério inclui usuárias cujos filhos tenham até um ano e três meses de idade, pois é o período de maior contato delas com o serviço de saúde e, portanto, o objeto de estudo ainda estava muito presente em seu cotidiano. O terceiro critério de inclusão das usuárias na pesquisa foi a exigência de já terem alcançado a maioridade. Portanto, foram incluídas aquelas com dezoito anos completos ou mais. De acordo com o Art.

5º da Lei Nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 do Código Civil Brasileiro, a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil (BRASIL, 2007).

A composição da amostra deste estudo deu-se a partir das listagens de usuárias que preencheram os critérios de inclusão no estudo, fornecidas pelas equipes de Saúde da Família. Essas listagens continham ao todo 61 usuárias sendo 18 da equipe 1, 23 da equipe 2 e 20 da equipe 4. A amostra foi selecionada por sorteio, alternadamente, por equipe, buscando um equilíbrio entre o número de mulheres de cada equipe, totalizando 12 entrevistadas sendo quatro de cada equipe envolvida na pesquisa. Esse número foi definido pelo critério de saturação dos dados.

Após a realização da nona entrevista já foi possível perceber a saturação dos dados que foi confirmada com a realização de mais três entrevistas. O fechamento amostral por saturação ocorre quando “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” considerando o objetivo do estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p.17).

QUADRO 1: Perfil dos sujeitos da pesquisa.

Entrevistadas	Idade	Profissão	Escolaridade	Equipe	Nº filhos	Idade filho
E1	29	Do lar	Ensino Médio	02	01	05 meses
E2	20	Do lar	Ensino Médio	04	01	15 meses
E3	26	Do lar	Ensino Médio	01	01	04 meses
E4	28	Do lar	Fundamental	02	02	06 meses
E5	35	Doceira	Ensino Médio	04	04	05 meses
E6	29	Manicure	Ensino Médio	01	03	12 meses
E7	27	Vendedora	Ensino Médio	02	01	04 meses
E8	26	Do lar	Sup. incompleto	04	01	04 meses
E9	38	Aux. Escritório	Ensino Médio	01	03	03 meses
E10	29	Educadora	Superior	02	02	05 meses
E11	31	Manicure	Fund. incompleto	01	03	04 meses
E12	22	Diarista	Fund. incompleto	04	02	15 meses

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa receberam informações sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), antes da realização da entrevista, seguindo as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

3.3 - Coleta de dados

Para se realizar o trabalho de campo, solicitou-se autorização à gerente da UBS e do DISANE e, posteriormente, este projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EMI/EEUFMG (ANEXO C) e pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG (ANEXO D) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP-SMSA/PBH (ANEXO E).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B) no período de abril a julho de 2008 e foi iniciada após a aprovação pelos comitês de ética referidos acima. Segundo Yin (2005), as entrevistas representam uma das fontes mais importantes de dados para o estudo de caso. As entrevistas foram realizadas em local e horário pré-determinados pelas entrevistadas e, com permissão prévia, foram gravadas para garantir a confiabilidade dos dados coletados, sendo preservado o anonimato e garantida a utilização das informações somente para fins científicos. As entrevistadas foram identificadas pela letra E a qual foi acrescentado o número da entrevista conforme a sequência de realização.

De acordo com Minayo (2006, p.191), o roteiro para esse tipo de entrevista tem como finalidade direcionar a interlocução e deve ser construído de modo que permita flexibilidade nas “conversas” e a absorção de novos temas e questões interpostas pelo interlocutor, constitutivas de sua estrutura de relevância. Dessa maneira, “deseja-se que a linguagem do roteiro provoque várias narrativas possíveis da vivência que o entrevistador vai avaliar; as interpretações que o entrevistado emite sobre elas e sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação”.

É importante ressaltar que foi feito um teste piloto com três entrevistadas para se verificar a pertinência do instrumento de coleta de dados. A partir desse procedimento, constatou-se que o instrumento era pertinente, porém foram detectados problemas no modo de

condução das entrevistas, o que foi sanado após análise dos conteúdos das entrevistas desse teste com o orientador da pesquisa.

3.4 – Tratamento e análise dos dados

Para o tratamento e análise dos dados coletados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática segundo Bardin (1977) e Minayo (2006). Segundo Minayo (2006), a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos a fim de atingir uma interpretação mais profunda do fenômeno, ultrapassando o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem. Nesse sentido, a análise de conteúdo busca relacionar as “estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.” (MINAYO, 2006, p.308). Bardin (1977) define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Realizar uma análise temática por sua vez consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação e que tenham um significado com relação ao objeto analisado. Para Minayo (2006), a noção de tema consiste na afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. (MINAYO, 2006). Segundo Bardin, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.” O tema, enquanto unidade de registro, se configura numa regra de recorte (do sentido e não da forma)” e é utilizado para “estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (p.106).

Operacionalmente, a análise dos dados coletados foi realizada em três etapas conforme descritas por Bardin (1977) e Minayo (2006):

1ª) Pré-análise – Foi feita a ordenação dos dados após a transcrição na íntegra das entrevistas. Em seguida, procedeu-se à leitura flutuante e exaustiva do material buscando a apreensão de

seu conteúdo e o desvelar de “mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 48). Prosseguiu-se a organização do material com a constituição do *Corpus*, respeitando-se as normas de validade qualitativa que se refere à exaustividade (deve contemplar todos os aspectos levantados no roteiro), representatividade (que ele contenha as características essenciais do universo pretendido), homogeneidade (que seja fiel aos critérios de escolha quanto aos temas tratados) e pertinência (que os documentos sejam adequados para dar respostas aos objetivos do trabalho) para determinar as unidades de registro, a unidade de contexto, os recortes e a forma de categorização (MINAYO, 2006).

2ª) Exploração do material – Consistiu em procedimentos de codificação com a transformação dos dados brutos. A exploração do material consiste em uma operação classificatória para identificar os núcleos de compreensão do texto. “Para isso o investigador busca encontrar as categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” Inicialmente, recortou-se o texto em unidades de registro e, posteriormente, procedeu-se à classificação dos dados e à agregação dos mesmos (MINAYO, 2006, p.317). Emergiram, desse processo, os temas mais relevantes que permitiram estabelecer as categorias temáticas descritas a seguir:

1 - A resolutividade da linha do cuidado

1.1 - O acesso às ações da linha do cuidado

1.2 - A resolutividade no cotidiano do trabalho em saúde

1.3 - O cuidado no puerpério

2 - A educação em saúde como cuidado

3 - A integralidade no micro-espço de produção do cuidado

3.1 - Acolhimento e estabelecimento de vínculo em interface com a responsabilização

3.2 - As relações cuidadoras: a inclusão do “outro” no espaço assistencial

3.3 - O trabalho em equipe: uma possibilidade para o cuidado integral

4 - A (des) credibilidade no SUS

3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – As categorias foram interpretadas e discutidas com base no referencial teórico. De acordo com Triviños (1987), o pesquisador não pode se ater exclusivamente ao “*conteúdo manifesto*” dos documentos. Ele deve “aprofundar sua análise tratando de desvendar o *conteúdo latente* que eles possuem.” (p.162, grifos do autor). Essa última fase representa, portanto, a análise final por meio de inferências e interpretação dos dados com base na reflexão das informações encontradas, dos achados na literatura, da visão de mundo dos sujeitos da pesquisa e da experiência dos pesquisadores.

4 – COMPREENSÃO DOS DADOS

4.1 - A RESOLUTIVIDADE DA LINHA DO CUIDADO

Esta categoria trata da reorganização do processo de trabalho enquanto dispositivo que possibilitou o alcance da resolutividade na linha do cuidado. Para melhor compreensão do tema, ela foi subdividida em três subcategorias. A primeira discorre sobre como se dá o acesso às ações e serviços da linha do cuidado, a segunda refere-se a elementos propiciadores de uma assistência resolutiva no pré-natal, parto e ao recém-nascido e a terceira enfatiza as peculiaridades do puerpério bem como da assistência a ser prestada às mulheres nessa fase da vida.

4.1.1 - O acesso às ações da linha do cuidado

A equipe responsável pela estruturação e implementação da Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido, sensibilizou e preparou os demais trabalhadores da UBS, envolvidos direta ou indiretamente no cuidado a este grupo da população, para acolher as usuárias independente do horário ou setor ao qual elas se dirigissem primeiramente:

Quando eu percebi que estava grávida uma colega minha me deu um toque na época. (...) eu conversei com meu esposo, ele me levou no Posto de Saúde na parte da tarde e conversamos com uma recepcionista. Ela conversou comigo e já marcou o exame. Na data certa, eu fiz os exames direitinho. Aí, já marcou com a ginecologista e já fui consultando. Não precisei passar pôr aquele negócio de manhã, de triagem. Adorei. (E5)

O fluxo de assistência dessa linha do cuidado inicia com a captação precoce da gestante para a primeira consulta de pré-natal, o que requer uma organização do processo de trabalho visando a confirmação da gravidez o mais breve possível. Para isso, foi adotada uma dinâmica assistencial que possibilita a mobilização de enfermeiros e/ou médicos para dar o devido suporte aos outros trabalhadores que também acolhem as mulheres com suspeita de gravidez. Essa agilidade quanto ao diagnóstico de gravidez foi reconhecida pela entrevistada, ao mencionar como foi acolhida pela recepcionista que acionou os recursos necessários para o atendimento. Essa recepcionista, no período da tarde é, na maioria das vezes, uma auxiliar de enfermagem. No período da manhã, como a demanda pelos serviços de enfermagem é muito

grande, essa função fica, geralmente, delegada a um auxiliar administrativo. É importante ressaltar que a primeira consulta de pré-natal é realizada pelo enfermeiro, embora a entrevistada acima tenha feito menção à ginecologista. Talvez possamos entender isso como um reflexo do modelo biomédico que ainda está presente no imaginário das pessoas. Além disso, ficou evidente que o acesso à linha do cuidado não fica restrito aos horários instituídos para acolhimento da demanda espontânea, denominado *triagem* pela usuária o que reafirma a facilidade de acesso, uma vez que a atenção à gestante está organizada nesse serviço.

Essa captação precoce da gestante para a primeira consulta de pré-natal requer uma união de esforços de todos os profissionais de saúde do serviço de modo que eles se mantenham comprometidos com essa pactuação, o que corrobora com a diretriz estabelecida pelo município (BELO HORIZONTE, 2004b) e com PINHEIRO *et al* (2005, p.17), ao considerar que a construção do direito a saúde se dá no dia-a-dia dos serviços onde ocorrem as transformações necessárias para isso, ou seja, “na capilaridade do nível das relações cotidianas institucionais”.

Entretanto, o acesso às consultas, por si só, não garante a resolutividade na linha do cuidado. É preciso ter o suporte de outros serviços, como o do laboratório de referência, para realização dos exames de rotina do pré-natal em tempo hábil:

(...) foi bom, fui bem atendida, eles pedem os exames. Eu fiz todos os exames que eles pediram, foi tudo tranquilo porque foi rápido, teve agilidade, não demorou. Foi muito bom. As consultas foram marcadas, tudo direitinho. Tive o acompanhamento todo direitinho. (E11)

Os exames que eu fiz também foram todos bem rápidos. Eu peguei os exames, não demorou pra ser entregues também. E durante o período que eu estive lá, sempre as consultas com horário marcado correto. (...) Os médicos todos, assim, as dúvidas que eu tinha, foram dadas respostas e os exames, também, fiz todos lá. Então, até o momento não tenho do que reclamar. (E9)

Para que o acesso aos exames laboratoriais seja rápido, foram reservados horários específicos para gestantes na agenda da coleta. Isso demonstra que, para oferecer um cuidado de qualidade, é preciso pensar no todo, mas também nos detalhes, que fazem a diferença no cotidiano dos serviços de saúde. A organização da assistência é reconhecida oferecendo consultas em *horário marcado correto* e respondendo às dúvidas, o que demonstra respeito e responsabilização pelos problemas e pela vida das pessoas que estão sendo cuidadas.

Entretanto, notamos que nem sempre o serviço tem capacidade para funcionar da forma esperada, já que a disponibilização de alguns recursos não está na governabilidade da UBS:

(...) Só o ultra-som que eu não fiz no posto, mas como uma opção minha porque eu tinha como fazer. Todas as vezes que o posto ia oferecer, ia demorar muito pra ser feito. (E10)

O fato de não ter acesso aos recursos conforme sua necessidade faz com que os usuários busquem alternativas para consegui-los. Portanto, o acesso como a possibilidade da consecução do cuidado em consonância com as necessidades apresentadas pelos usuários, tem inter-relação com a resolutividade dos serviços de saúde no que se refere à pertinência e à qualidade do cuidado oferecido, mas também à disponibilidade de recursos para garantir a oferta de serviços, exames e insumos.

Isso nos faz pensar o direito à saúde enquanto *prática* bem como os desafios que se colocam para sua efetivação, principalmente no tocante aos recursos escassos (ASENSI; PINHEIRO, 2008, p.80). Diante das dificuldades de financiamento, alguns gestores adotam medidas de racionamento da oferta de serviços e de insumos, principalmente daqueles com custo mais elevado. Entretanto, é preciso “que, nessas medidas, os dispositivos facilitadores do acesso para quem dele necessita predominem sobre os dispositivos de racionamento” (MATTOS, 2005, p.45):

Outro aspecto identificado é que o acesso, dentro da linha do cuidado, não se limita às consultas agendadas no calendário instituído para o pré-natal e para a puericultura, mas se efetiva em quaisquer momentos em que se faça necessário.

Tudo que eu precisava durante a gravidez, vinha aqui e atendia muito bem. (...) Toda vez que eu venho aqui eles me atendem, pode ser até fora do horário. (E4)

Esse dia que eu levei ela (a filha), porque ela tava resfriada, eu não tinha marcado consulta. Eu cheguei lá e fui atendida. Então, o atendimento muito bom. (E8)

Há uma pactuação que garante o acesso do usuário ao serviço, o que pode ser constatado no cotidiano dessa UBS, que está inserida no contexto da ESF. Para isso houve uma reorganização do processo de trabalho para atender a qualquer demanda de uma mulher grávida e de seu filho e podemos inferir que é necessário reorganizar outros processos de trabalho vigentes, que possibilite acolhimento a qualquer usuário ao se dirigir ao serviço de saúde com alguma necessidade. Nesse sentido, Souza *et al* (2008), ao se referenciar a Fagundes (2004), remetem à importância de se qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. Segundo Maffesoli

(1988, p.195), existe um conhecimento prático que não pode ser dispensado. Esses “saber-fazer”, “saber-dizer” e “saber viver”, todos de tão diversas e múltiplas implicações, constituem um dado cuja riqueza e fenomenologia tem, com inteira justiça, posto de destaque”.

Reforça-se a diferença do atendimento prestado atualmente quando se constata que:

É muito importante porque até um ano assim, a gente tem muitas dúvidas. Então, sempre que eu precisei tirar uma dúvida, qualquer coisa que eu precisei em relação a ela (a filha) eu sempre tive, ou na consulta ou, às vezes, fora dela. (E10)

O cuidar de um filho é sempre permeado por muitas dúvidas e por isso requer um suporte dos profissionais de saúde dentro e fora das consultas agendadas. A partir disso, fica evidente que é no desenrolar dos processos de trabalho, no cotidiano dos serviços, que se concretizam as intenções, os compromissos éticos e políticos dos modelos de assistência, traduzidos na relação estabelecida entre trabalhadores e usuários (GARIGLIO; RADICCHI, 2008). Isso condiz com estudo desenvolvido por Schimith e Lima (2004), uma vez que a análise do processo de trabalho do serviço em questão permitiu compreender que a mudança de modelo assistencial está intimamente relacionada com os espaços micropolíticos das organizações em saúde.

Todavia, é importante salientar que o acesso ao pré-natal não garante a resolutividade da Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido. É necessário que haja um cuidado de qualidade e contínuo que se estende ao parto, puerpério, e à criança após o nascimento.

4.1.2 - A resolutividade no cotidiano do trabalho em saúde

Considerando a percepção das usuárias sobre a linha do cuidado, as primeiras necessidades estão relacionadas a uma assistência de pré-natal de qualidade e que lhes confira segurança:

(...) o acompanhamento, eles tem muita atenção. Eles atendem direitinho, porque eu tinha esse risco dela não tá querendo nascer. Teve o acompanhamento, a solicitação de ultra-som, tudo marcadinho, tudo direitinho. Então por isso que eu fiquei tranqüila. Foi bom, não teve problema nenhum não. (E11)

A atenção dispensada à gestante propiciou tranquilidade e confiança em relação ao serviço. Essa entrevistada ressalta que recebeu *muita atenção* e teve o acompanhamento de que necessitou no que se refere às consultas, exames e amparo em todo o período da gestação. Isso demonstra a importância da reformulação das práticas para concretizar as propostas do SUS, registradas em seu arcabouço jurídico. É consenso que é preciso “criar condições para que o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário, e sobretudo resolutivo” (Campos, 2003, p.570).

O movimento em prol de uma assistência de qualidade e da responsabilização para com o cuidado oferecido é apreendido enquanto elemento que confere uma gestação livre de riscos:

A única coisa que teve uma diferença porque eu tive que ter uma atenção maior na última gestação. (...) Nas outra duas, a mesma coisa, mas a última ela (a médica) deu uma prioridade maior, pra eu não ter que ficar internada como eu fiquei dos outros dois. Eu fiquei internada da outra gravidez três meses. Pra que isso não acontecesse, ela redobrou a atenção. (E6)

Na medida em que se tem uma *atenção redobrada* é possível evitar problemas, internações e propiciar melhor qualidade de vida na gestação, o que evidencia uma melhora na assistência quando comparada àquela anterior à implantação da linha do cuidado atual. De acordo com Franco e Magalhães Junior (2007, p.128), “a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a enfrentar para a mudança dos serviços de saúde, para colocá-los operando de forma centrada no usuário”. Somente o fato de equipes de saúde estarem inscritas na ESF não implica em mudanças de práticas consoantes com um sistema de saúde universal, equânime e que visa a integralidade em saúde. Para vivenciarmos as diretrizes propostas pelo SUS, é preciso se desvincular da racionalidade do modelo assistencial hegemônico, que perdurou por vários anos. Como diz Maffesoli (1988, p.43), “o esquecimento é uma força que permite um novo olhar”.

Um momento crucial, dentro da linha do cuidado, diz respeito ao cuidado prestado às usuárias e familiares no quinto dia após o parto, que é constituído por um conjunto de ações que compõem o “5º Dia Saúde Integral”, que preconiza a realização do teste do pezinho, mas, também, uma atenção integral ao recém-nascido e à mulher englobando a vacinação de ambos, incentivo ao aleitamento materno, início à puericultura e ao puerpério (BELO HORIZONTE, 2004a):

:

Aí quando eu voltei, depois que eu tive a minha criança, eu fiz o teste do pezinho no 5º dia, deram todas as vacinas e o pessoal do posto já foi logo marcando a consulta da puericultura. (E5)

(...) nós fizemos o exame do pezinho, marquei a primeira consulta dela (a filha) marquei a minha também. Orientaram pra vim na retirada dos pontos, na primeira consulta dela e na minha consulta também (E11)

Evidenciamos que as ações propostas para esse momento da atenção na Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-Nascido estão colocadas em prática, o que aponta para a resolutividade dessa organização no modo de operar esse cuidado.

Outro aspecto relevante diz respeito à organização dos serviços de saúde para garantir a continuidade do cuidado.

Todo mês, assim que ela passa pela consulta, já é marcada a próxima consulta. (...) Aí ela foi vacinar e eles já marcam, também, a próxima vacina que ela precisa tomar. Eu achei o acompanhamento muito bom (E8)

É... dele (o primeiro filho) por exemplo pra cá, já foi melhor porque ele não tinha consultas programadas. Se eu não fosse e marcasse podia ter largado. Eu porque acompanhava mesmo, mas uma mãe poderia não querer, né? Eu achei muito mais próximo dessa vez. O pessoal do posto com mais intimidade com a gente do que da outra vez. Não sei se é em todo posto que tem, mas dele pra cá eu achei que teve uma afinidade melhor. Ele fez em outro posto, onde eu morava. (E10)

Notamos que há preocupação para que a continuidade do cuidado seja assegurada. A programação da consulta seguinte após o término dos atendimentos emerge enquanto algo que torna os profissionais de saúde mais próximos e comprometidos com os usuários. Além disso, contribui para que o usuário não desista do acompanhamento oferecido.

Portanto, o modo de estruturação e de gerenciamento do processo de trabalho revela a micropolítica do modelo assistencial que se constrói. É preciso, então, direcionar a maneira de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, buscando uma organização centrada nos interesses do usuário, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais cairão no vazio (MERHY, 1997). Assim, os profissionais da UBS, cenário deste estudo, uniram esforços, para garantir uma linha de cuidado direcionada pela integralidade no que se refere à responsabilização quanto a continuidade das ações propostas na linha do cuidado, como reforçado no relato a seguir:

Uma coisa, também, que eu gostaria de falar é sobre o pessoal da vacinação. Eles são ideais, porque teve uma vacina que eu esqueci. (...) ligaram pra minha casa e perguntaram se eu dei vacina em outro lugar, porque não tava

confirmado aqui. Aí, eu olhei o caderno de vacinação e realmente tava faltando. Eu achei, assim, eles também se preocupam com a população, com as crianças, se tão todas vacinadas, e eu vim. (E1)

Assim, retrata-se um compromisso da equipe desse serviço com o modelo assistencial da vigilância em saúde. Nesse modelo, a vacinação ocupa um lugar de destaque dentre as ações de prevenção de doenças (MENDES, 1996). Nesse contexto, a forma como os serviços organizam suas práticas influencia decisivamente na satisfação dos usuários e no impacto sobre a saúde dos indivíduos.

Uma face da resolutividade é permeada pela capacidade de dar respostas em uma rede de serviços articulada que se sustenta por meio de um sistema de referência e contra-referência:

Agora em maio, ela (a filha) teve bronquite. Eu tive com ela aqui, pediu Raio-X e eu voltei com ela no mesmo dia. Aí ela me deu um encaminhamento. Eu levei ela para a policlínica e de lá internou. Ela ficou dez dias no hospital. Aí depois ela saiu do hospital e ela tornou dá um problema. Eu trouxe ela aqui e a Dra. X atendeu no mesmo dia porque o antibiótico tava fazendo mau pra ela. Ela olhou e passou outro antibiótico. (E4)

Um fato relevante desvelado aqui diz respeito à vinculação do usuário com a equipe de saúde da família. Mesmo que ele não possua uma contra-referência formalizada, ele retorna à UBS de origem. Isso pressupõe que, mesmo sendo referenciado para outros níveis de atenção, o usuário permanece sob responsabilidade dessa equipe, pois ela é quem é gestora do projeto terapêutico e deve dar continuidade aos cuidados ao usuário (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007).

A articulação com uma maternidade de referência também é fundamental para se garantir o cuidado integral à gestante no momento em que aparecem as intercorrências, que não podem ser resolvidas no âmbito de atuação da atenção primária à saúde:

Eu vinha aqui, conversava com a médica, falava com ela o que eu tava sentindo e se ela não podia olhar, a enfermeira me atendia, me olhava e se não tinha como, elas me encaminhavam pro hospital. Então, assim, não tinha complicação nenhuma. Foi super tranquilo. (E3)

Esse fluxo de encaminhamento, quando assegurado à usuária, confere tranquilidade com relação ao cuidado ofertado dentro de uma rede de serviços articulada e resolutiva, que também exerce um papel fundamental no que se refere à assistência ao parto e ao pós-parto:

(...) aí depois eu comecei a fazer o acompanhamento médico lá no posto de saúde e, assim, eles me atenderam super bem. Não tem, assim, nada que reclamar. Deu os nove meses, me encaminharam lá pra maternidade. Lá, também, foi ótimo o atendimento. As enfermeiras atenciosas, tudo em cima da gente. Assim, tem aquela responsabilidade com a gente, com a hora certa dos remédios, ensina como cuidar do bebê. Então, assim, não tenho nada que reclamar do posto de saúde aqui e nem do hospital que eu ganhei a minha filha. (E12)

A qualidade da assistência dentro de cada serviço da rede é ressaltada pela usuária que a vivenciou. Isso é relevante, na medida em que esses serviços compõem um projeto (BH-VIDA: Saúde Integral), que tem como norte prestar o cuidado à população visando a integralidade em saúde (BELO HORIZONTE, 2006). Esse depoimento reforça a importância dessa articulação dos serviços em rede, uma vez que eles se complementam, atendendo a diferenciadas necessidades que os usuários apresentam. A falta de integração entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nas maternidades. Além disso, a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período conforme estudo realizado (MENEZES *et al*, 2006).

Contudo, existem, ainda, desafios a serem enfrentados para que a essa linha do cuidado ampliada, que garante o acesso aos demais níveis de assistência quando necessário, seja colocada em prática em sua plenitude, já que ainda há dificuldade de acesso a alguns serviços que extrapolam a capacidade da rede básica:

(...) saiu umas manchinhas nas costas dela (a filha). Aí eu consultei ela no posto, eles deram um papel pra marcar pela janelinha (setor de marcação de serviços da atenção secundária e terciária) só que esse papel, esse negócio dela não saiu e eu tô esperando há muito tempo. (...) Se eu fosse esperar o posto, minha filha tava toda empolada e, inclusive, esse papel tá lá até hoje. Não chegou pra gente em casa, não ligou pra avisar se marcou ou não. Então é muito ruim por causa disso, a gente fica na fila esperando os exames. Ainda mais criança, criança não espera. (E12)

Retrata-se, portanto, a insatisfação da usuária por não ter tido acesso à atenção secundária quando teve necessidade. Além disso, muitas vezes, os usuários não conseguem discernir os serviços oferecidos diretamente pela UBS daqueles que estão sob responsabilidade de outros níveis de atenção. Isso pode gerar uma crítica equivocada à UBS, já que ela não tem governabilidade sobre a oferta de determinados exames e insumos. Atualmente, vivenciamos uma melhoria expressiva no que se refere ao acesso à atenção

secundária, no município de Belo Horizonte, mas ainda persistem alguns pontos de estrangulamento nesse nível de assistência.

De acordo com Merhy (1998), é necessário que se construa um modelo assistencial com uma forte rede básica de serviços na qual se produzam relações de confiabilidade e responsabilização do trabalhador para com o usuário e que realize intervenções resolutivas, mas que garanta acesso a outros níveis de assistência quando preciso for.

Para isso, é preciso organizar um grande pacto na rede assistencial que se produz a partir do “desejo”, da adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais associados à reorganização do processo de trabalho na rede básica que garanta dentre outros (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007, p. 131):

- Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidados;
- Fluxos assistenciais centrados 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 ESF’s 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;
- 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.

Tal constatação nos faz compreender que “a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas”. Assim, essa integralidade, construída nos espaços singulares, é parte de uma integralidade ampliada, que se concretiza em uma rede de serviços e na parceria com outros setores da sociedade. Isso porque as necessidades de saúde estão relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, ao vínculo que se estabelece entre usuários/equipe ou usuários/profissional, mas também a “boas condições de vida”. (CECÍLIO, 2001, p.115).

Após essas reflexões, torna-se pertinente aprofundar a discussão sobre um momento cheio de peculiaridades e de vulnerabilidade na vida da mulher: o puerpério. A satisfação materna é um desfecho a ser considerado quando se pensa na qualidade do cuidado recebido.

4.1.3 - O cuidado no puerpério

O puerpério configura-se como um momento de adaptações no qual a mulher se depara com a necessidade de conciliar o papel de mãe com os demais que desempenhava anteriormente: filha, mulher, esposa, trabalhadora, dentre outros.

Agora eu acho que seria interessante participar de um encontro no pós- parto porque eu acho que o pós-parto, também é um momento difícil, muito difícil. Não sei se no primeiro mês, naquele primeiro momento a mãe conseguiria participar de um encontro, mas o emocional da gente fica muito abalado. A gente tem um medo muito grande, isso é inevitável. (...) No primeiro mês a gente chora muito, dá aquela sensação de que cê não vai dá conta, as pessoas o tempo todo te fazem aquele tanto de pergunta. Cê fala assim: eu não sou capaz. A amamentação é muito difícil. Nem sempre a gente consegue amamentar direito. No primeiro mês é o tempo todo. (E10)

Esse depoimento expressa o puerpério como um período *difícil* no qual a instabilidade emocional se faz presente. Portanto, os sentimentos de medo, de insegurança e de incapacidade devem ser levados em conta ao se pensar o cuidado no puerpério, já que fazem parte desse período repleto de singularidades da vida dessas mulheres. Em estudo realizado por Rugolo *et al* (2004), também se detectou que esses sentimentos são comuns nessa fase e mesmo as mães com experiência prévia necessitam de ajuda, principalmente quando o recém-nascido apresenta algum problema ou se a experiência anterior foi ruim em algum aspecto. Isso mostra que é de suma importância estarmos atentos a esses elementos, ao pensarmos o cuidado às puérperas. Nesse sentido, Maffesoli (1984) discute a vida cotidiana como repleta de “alegrias e amarguras” que podem escapar aos olhos daqueles que não se dispõem a captá-las.

A necessidade de apoio no puerpério fica evidenciada, principalmente quando o desejo por um *encontro no pós parto* aparece enquanto estratégia de suporte:

Ou um curso pós-parto mesmo, no momento que pudesse ter. (...) que tivesse esse evento das mães poderem se encontrar e falar disso ou receber orientações. E aí nesse caso, também, o pessoal do planejamento familiar. (E10)

Essa usuária enfatiza a necessidade de ter um espaço onde pudesse compartilhar sentimentos, trocar experiências, receber orientações pertinentes e dividir alegrias e sofrimentos. Em relação a isso, Maffesoli (1984, p.48) nos faz refletir sobre comunhão de sentimentos e experiências enquanto expressão da potência social e que acontece nos

momentos de socialidade, em que a imposição da racionalidade não está presente. “Para além da moral estreita do dever ser, existe um imoralismo dinâmico que traduz uma profunda exigência ética, cujo sentido, não nos esqueçamos, é o de viver junto, viver coletivamente”.

Isso traduz uma necessidade de interação que se concretiza em um “estar junto, compartilhando coisas que possuem significado para quem as vive no momento em quem as vive” (PENNA, 1997, p.82). As nuances específicas de determinados fenômenos, muitas vezes, não podem ser percebidas quando nos atemos à prisão que a racionalidade incute nos modos enrijecidos de fazer e, conseqüentemente, de cuidar. Estes anulam atitudes mais coerentes com a “polifonia social” de que trata Maffesoli (1988, p.67, grifo do autor) e que traduz a diversidade sempre presente na vida em sociedade que, por sua vez, é permeada pela subjetividade. Segundo o autor, a razão é altamente mutável. “O pluralismo, em sua relativização, lá está para indicar que nada há de mais frágil que os mecanismos de racionalização ou de justificação”.

A atenção dispensada à puérpera emerge como aquém das expectativas, quando comparado ao acompanhamento realizado no pré-natal, uma vez que durante esta etapa as atenções estão voltadas para o binômio mãe-filho. Entretanto, após o nascimento esta atenção é dirigida à criança, ficando a mulher, geralmente esquecida:

Talvez, depois do parto tenha sido menos atencioso. Eu acho que é o que toda mulher fala. Depois que a gente ganha neném parece que ninguém liga pra gente, é só a criança. Mas o acompanhamento que eu precisava pra ela era excelente! Agora, o meu atendimento depois do parto, acho que foi um pouco aquém, assim, do que tava sendo prestado. (E8)

Eu queria que não tivesse tanta demora pra marcar o exame pós-parto porque você não sabe como é que ficou, se voltou tudo pro lugar, se tá tudo bem. (E2)

Notamos que é preciso repensar as ações oferecidas às usuárias no puerpério, uma vez que enfatizam que não recebem a atenção que esperavam já que se trata de um período de adaptação, dúvidas e questionamentos. É um momento em que a mulher vive experiências novas e necessita de suporte da família, dos amigos e dos profissionais de saúde:

Na consulta pós-parto que eles, ainda assim, insistisse com a gente. Por saber que a gente não fez. Ficasse mais preocupado: “Olha, você não fez, tá marcado. Venha! Desse mais uma força pra gente, porque a gente tem um certo desânimo de certas coisas na vida. Tendo um ânimo, uma força do profissional, ajuda mais a gente. (E5)

Aparecem solicitações por um espaço de interação após o parto, mais atenção, apoio e incentivo nesse momento tão peculiar da vida. Isso demonstra a necessidade de se criarem mecanismos que possibilitem melhorar a vigilância à saúde no puerpério. Segundo Rodrigues *et al* (2006), a assistência que as puérperas recebem restringe-se, normalmente, a uma consulta que acontece por volta do 40º dia após o parto, quando diversos problemas relacionados à mãe ou ao recém-nascido talvez já estejam instalados.

Diante da necessidade de suprir essa lacuna, foi incluído, na linha do cuidado, um encontro intermediário entre os enfermeiros da ESF e o binômio mãe-filho. Isso é importante porque, normalmente, o primeiro contato do binômio mãe-filho após o parto com o centro de saúde acontece no 5º dia de vida, momento em que as puérperas se mostram ainda cansadas e com dificuldades para vivenciar um contato mais prolongado com os profissionais de saúde e para falar sobre as dúvidas. Acrescente-se a isso o fato de que nem sempre é a mãe comparece com o recém-nascido à UBS nesse dia, embora os profissionais da UBS se empenhem para que isso aconteça, pela importância desse contato para o início à assistência pós-parto:

Foi até minha cunhada que trouxe ela para fazer o teste do pezinho porque eu tava com dor de cabeça. Atendeu, fez a vacina, tudo direitinho. Aí já marcou com a enfermeira. Depois começou, no primeiro mês fazendo o controle dela. (E4)

Mesmo assim, a necessidade de um acompanhamento mais prolongado faz-se presente, ressaltando certa preocupação dessas mulheres com a própria saúde, uma necessidade de ter certeza que está tudo bem com elas após o parto:

E depois do parto que esse cuidado continue não simplesmente na primeira consulta, que reservasse mais duas consultas. (...) Então que tenha uma nova consulta depois dos 40 dias, dos 45 dias, depois de não sei quantos dias, mas que a sua ginecologista peça que você volte pra que ela possa te reavaliar, pra que ela possa te pedir alguns exames. (...) que você volte pra ver se tá tudo bem. (E6)

Portanto, não podemos guiar as práticas cotidianas dos serviços de saúde, pelo que é instituído quanto ao modo de operar o cuidado. É preciso considerar o contexto específico no qual as ações cuidadoras estarão inseridas e as experiências reveladas por aqueles que as vivenciam. Segundo Maffesoli (1988, p.203), não podemos deixar que as “situações, experiências, atitudes e discursos da vida corrente” percam seu valor nem permitir que sejamos superados pelo que é definido pela exterioridade, de qualquer ordem que seja.

A importância de um acompanhamento mais estreito no que concerne ao puerpério fortalece-se ao considerarmos que os transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério são comuns e muitos ainda são subdiagnosticados, como evidenciado em estudo desenvolvido por Camacho *et al* (2006) que ressaltam que essas patologias podem trazer prejuízos não somente à saúde da mãe, mas também à saúde do bebê.

Essas constatações demonstram a necessidade de compreendermos o puerpério como um período em que a mulher precisa de uma atenção especial, visando assisti-la em sua totalidade, uma vez que se encontra em um momento vulnerável. Torna-se pertinente repensar o cuidado direcionado a ela nessa fase, a fim de dar-lhe o suporte necessário no que se refere à dimensão técnica, psicológica e até mesmo a contribuições para a construção de redes de apoio social.

Nesse contexto, Rodrigues *et al* (2006) ao se referenciar a Fraccolli *et al* (2003), tomam a educação enquanto um dos principais componentes do cuidado com a gestante, parturiente, puérpera e família, seja na UBS, no hospital, ou no domicílio. A educação constitui-se em oportunidade para a promoção da saúde e prevenção de doenças, além de propiciar a compreensão do ciclo gravídico-puerperal, podendo ser um instrumento de socialização de conhecimentos.

4.2 - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO CUIDADO

Um dos elementos estruturantes da Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-Nascido diz respeito aos espaços instituídos para a educação em saúde: o Curso de Gestante e o encontro para discussão do Planejamento Familiar. Eles representam práticas de cuidado e visam, principalmente, a promoção da saúde e a emancipação dos sujeitos.

A atendente que vai nas casas me falou do curso de gestantes e eu comecei a fazer. O curso foi muito bom, tirou muitas dúvidas. (...) Ensinou muita coisa pra gente. Principalmente do parto. Que o maior medo é do parto. (E2)

Eu não sabia que tinha planejamento familiar. Porque quando falou assim, planejamento familiar, eu imaginei que seria uma outra coisa. Eu não imaginei que seria explicado tudo pra gente. Todos os métodos, DIU, tudo. (E7)

Esses espaços emergem enquanto dispositivo que permite tirar dúvidas, além de propiciar o contato com novos conhecimentos. A possibilidade de tirar dúvidas, falar sobre os

medos e dificuldades demonstra a importância da abertura ao diálogo nas ações educativas. O fundamental é que o educador e os educandos saibam que a postura deles, no processo de comunicação, é dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivadora e opressora da curiosidade, já que “é ela que me faz perguntar, conhecer, atuar, mais perguntar, re-conhecer” (FREIRE, 1996, p.86).

A educação em saúde pode promover um aprendizado prático que contribui para tornar as pessoas mais preparadas para lidar com certos acontecimentos e situações que fazem parte da vida e que se relacionam com sua saúde:

Me informaram sobre o curso de gestante e eu achei muito bom porque ela é minha primeira filha, então eu não tinha noção de nada, nem de como trocar fralda nem de banho, de choro do bebê, de nada. Então foi muito bom, deu pra esclarecer muita coisa. (...) eu tinha um pouquinho de contração durante a gravidez e aí lá eles falaram que isso é normal, antes de acontecer. Foi melhor ainda porque eu não precisei, eu não passei apertado quando aconteceu, porque eu já sabia que podia acontecer. (E8)

O curso de gestante me ajudou amamentar, me ajudou a cuidar dele quando ele nascesse, porque me ensinaram quando ele tivesse cólica, como agir. É, se ele não quisesse mamar logo na primeira semana, como que eu poderia fazer pra incentivar ele a mamar porque no começo é tudo muito difícil. Até por causa do tamanho do bico do peito, se tem, se não tem. Me ensinaram a fazer o bico do peito, me ensinou a não deixar rachar, os cuidados com o umbiguinho, com o banho, tudo que tivesse. (E3)

Esses depoimentos revelam que houve um aprendizado de coisas simples do cotidiano, mas que foram fundamentais para que as entrevistadas pudessem cuidar melhor de si e dos filhos. Isso evidencia a importância da educação em saúde enquanto produtora de um saber que contribui para a autonomia e a emancipação dos sujeitos.

(...) eu resolvi assumir porque não vou ter um risco com o DIU e vou ter outro risco com o anticoncepcional oral ou com a injeção. Aí eu resolvi escolher pelo DIU. Eu acho que essa orientação foi muito boa, muito importante. (E8)

O planejamento familiar foi bom também porque a gente tem oportunidade de escolher o método pra prevenir. (E11)

Assim, essa ação educativa leva à construção de um conhecimento, possibilitando que os usuários façam escolhas conscientes a respeito dos métodos contraceptivos. Esse aspecto da educação em saúde traz à tona seu potencial de subsidiar a tomada de decisões e a condução de determinadas questões da vida por parte dos sujeitos. Nesse sentido, Machado *et al* (2007, p.341) ressaltam que

“a educação em saúde como um processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade”.

As usuárias mostram também a importância do incentivo e da criação de possibilidades para que os sujeitos tenham participação ativa no processo:

Eu acho que se tiver uma pesquisa, assim, de quais são as perguntas mais frequentes, uma resposta a essas perguntas e, talvez, tentar chamar mais todo mundo pra participar, pra não ficar parecendo que, quem participa, já que todo mundo fica quieto, quem participa tá errado. (E8)

Há um desejo de que a participação seja concebida como uma atitude “certa” e bem vinda para não parecer que *quem participa está errado*. Segundo Teixeira (2007), para que as atividades em grupo tenham êxito, é preciso conhecer e ouvir cada participante pois, a partir de suas necessidades e vivências, é possível avaliar as dificuldades e encontrar a potencialidade do grupo. Assim, como afirma Freire (1996, p.26), “nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador igualmente sujeito no processo”. Da mesma forma que “desenvolver a escuta qualificada significa desenvolver a capacidade de ouvir as narrativas e lembrar que a narração de um fato pode modificar a maneira de encará-lo e agir sobre a situação”. (BOEHS, 2007, p.311). Portanto, saber ouvir representa habilidade fundamental nos processos de educação em saúde.

Além disso, essa fala traz uma reflexão acerca de uma democratização no que se refere aos temas discutidos com o intuito de adequá-los às necessidades das usuárias. Para isso, “è necessário muitas vezes conter o afã profissional de tudo resolver, “dar” condições para que as pessoas vivam melhor pois, muitas vezes, essa forma não condiz com os desejos das pessoas” (PENNA, 2007, p.86, grifo da autora). Nesse sentido, o trabalho educativo pode transformar a relação existente entre profissional de saúde e usuário tornando-a mais horizontalizada, o que facilita a expressão individual e coletiva das necessidades e expectativas.

Além da possibilidade de construção conjunta do conhecimento, essas ações educativas ganham outras conotações:

Então é bacana você pegar uma que não teve filho, que é o primeiro bebê e pegar aquela que já teve dois filhos e dividir experiências. (E6)

Eu só achei, assim, que faltou um pouco de uma apresentação geral. (...) Acho que a mãe fica querendo contar porque que engravidou, acho que algumas até não, mas a maioria quer contar como que é a situação naquele momento, o que que tá vivendo. (...) É um momento de muita sensibilidade e agente gosta de compartilhar, de muita insegurança. (E10)

Esses espaços de educação em saúde também são entendidos enquanto local de interação e trocas de experiências. No entanto, de acordo com o olhar das usuárias, essas ações educativas precisam ser potencializadas como tal, para que se possa compartilhar não somente vivências e as histórias de vida, mas também os sentimentos com quem os vivencia num mesmo espaço de tempo e lugar. Tais aspectos também se evidenciam a seguir:

Eu participei do planejamento familiar. (...) fiz também o curso de gestante, participei do curso de gestante. Foi diferente, foi legal porque agente fica muito dentro de casa. Eu sou muito de ficar dentro de casa. Então é bom a gente sentar, conversar, trocar idéias com outras pessoas. Fiz esse curso, gostei também. Teve as brincadeiras um sorteio, uns negócio assim, divertido. Dá pra aprender, porque tem coisa que a gente sabe e quando vai vê, não sabe de nada. (E11)

Há uma necessidade de se sentirem pertencentes a um grupo de pessoas que vivenciam um mesmo fenômeno: a gravidez. “Esse sentimento de pertencimento que lhes confere uma identificação, que não espelha no dever-ser e sim no estar-junto” dividindo todas essas experiências (PENNA, 2007, p.87). Esse último discurso ressalta esse espaço de interação enquanto possibilidade de construção e/ou re-construção de conhecimentos e, nesse lugar, onde é possível *sentar, conversar trocar idéias* o lúdico emerge enquanto dispositivo capaz de tornar esse momento mais prazeroso, mais *divertido*, o que demonstra que ele tem um significado no imaginário das pessoas.

Podemos entender que vivemos um tempo na história da humanidade em que as pessoas, mesmo fazendo parte de uma grande massa na sociedade, buscam espaços de comunhão de experiências de vida em grupos onde pode haver um processo de identificação. Os sentimentos, as emoções e as sensações que não são comungados perdem muito de sua intensidade e por isso

Vivemos um momento dos mais interessantes; em que a notável expansão do vivido convida a um conhecimento plural, em que a análise disjuntiva, as técnicas de segmentação e o apriorismo conceitual devem ceder lugar a uma fenomenologia complexa, que saiba integrar a participação, a descrição, as

histórias de vida e as diversas manifestações dos imaginários coletivos (MAFFESOLI 1984, p.244)

Inúmeras constatações empíricas apontam para a saturação do individualismo. A lógica da identidade, que dá suporte a ele é algo inteiramente relativo, já que o homem sofre diversas transformações ao longo da existência. “O indivíduo só pode ser definido na multiplicidade de interferências que estabelece com o mundo circundante” (MAFFESOLI, 1996, p.305).

Nesse sentido, é preciso se reconhecer a labilidade da identidade uma vez que a lógica da identidade está nas relações e assume, hoje, uma forma denominada lógica da identificação que determina o estar-junto da socialidade que se expressa nesse compartilhamento de sentimentos, anseios e vivências. Mesmo sabendo que se trata de constatações empíricas, “são situações, manifestações, casos de experiências que são vividos sem que se preste atenção a eles”. Determinam um ambiente específico que os intelectuais não têm por hábito considerar como “objeto” de estudo. No entanto, “todos esses elementos delimitam bem a saturação de uma identidade estável e garantida por si mesma” (MAFFESOLI, 1996, p.302).

Por isso mesmo, o processo educativo não ocorre somente em espaços formalmente instituídos, uma vez que pode emergir em quaisquer encontros entre as pessoas e, conseqüentemente, naqueles que ocorrem entre profissionais de saúde e usuários, como demonstrado em alguns fragmentos de entrevistas:

Gostei muito da atenção da pediatra e de todos que sempre acompanharam, o pessoal da vacina, me explicou, também, no primeiro dia, a mulher, não sei o nome dela, dúvidas da mama, foram todos muito atenciosos. (E9)

Então isso ajuda muito pra mãe, que às vezes tá naquele momento, assim, tenso de não saber deitar pra amamentar, como trocar, como segurar. E isso aqui no posto hoje em dia a gente tem visto que eles estão mais assim, eles querem ajudar mais. (E6)

Assim, os consultórios, a sala de vacina, a sala de procedimentos de enfermagem representam alguns desses locais onde a educação em saúde pode acontecer quando se tem o propósito e a preparação para por em prática ações educativas. Isso é reconhecido pelas usuárias que vivenciam essa experiência, o que também é evidenciado a seguir.

(...) o que eu não sei fazer, tão me ensinando pouco a pouco. Então foi super tranquilo. (...) É o acompanhamento que vai me dizer se eu tô agindo certo com ele tanto na amamentação, na vacinação, no peso. Então, é importante por causa disso. (...) E incentivar o pessoal que busca as mães em casa a

insistir mesmo, porque é importante. Eu falo que é muito importante pra gente mesmo que é mãe, pra ele que é filho e tudo isso é muito importante. É um pedaço da vida que não pode ser perdido. (E3)

O domicílio, também aparece como lugar propício para se estabelecerem relações educadoras:

Ela me ajudou, me explicou, eu tava toda, assim, cansada, insegura, não tava conseguindo amamentar, tava tensa. Ela falou assim: primeiro você vai relaxar e ela entendeu direitinho. Ela viu, ela viu a situação, viu como é que eu tava e sobe me orientar. Eu fiquei muito mais tranquila e não precisei nem ir lá no posto. Então eu achei muito bom o agente de saúde. Não tinha isso e é importante essa visita (E10).

Retrata-se, aqui, um cuidado totalmente entrelaçado com a educação em saúde, pois a entrevistada fala de interações que propiciam o aprendizado, mas também a valorização do ser humano, de seus sentimentos e de seu modo particular de vivenciar a experiência da amamentação, o que se constitui, em nosso entendimento, como o segredo da ação transformadora esperada pelo cuidado.

Assim, é possível compreender que a educação em saúde está intimamente relacionada com as ações cuidadoras. Isso nos remete à dupla identidade dos profissionais de saúde: a de educador e a de trabalhador de saúde. Essa duplicidade mostra que a educação ocupa lugar central no trabalho em saúde e, muitas vezes, é o que o torna viável. “Não é possível pensar a saúde sem, simultaneamente, pensar a educação e as relações existentes entre ambas” (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006, p.11).

Após essas reflexões compreendemos que o trabalho educativo não é uma tarefa simples, sobretudo na saúde, uma vez que não se resume na transmissão de informações aos usuários em relação ao cuidado de si e da sua família. “É preciso que o profissional de saúde tenha sensibilidade para lidar com as características de cada pessoa, conhecendo suas crenças, mitos e tabus” (SOUZA *et al*, 2008, p.108). É por isso que Freire (1996) critica o modelo de educação bancária, que considera o educando enquanto depósito de conhecimentos que recebe de um outro tido como detentor do saber.

Desse modo, para que as ações de educação em saúde sejam bem sucedidas é preciso considerar o contexto cultural dos sujeitos envolvidos no processo, levando-se em conta suas representações sociais a respeito dos aspectos relacionados à saúde. Essas representações, por sua vez, não são tomadas como um sistema fechado, mas sim como um campo aberto que pode se transformar durante as interações indivíduo-indivíduo e indivíduo sociedade. “Hoje se sabe que há um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, ao

integrar a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas” (GAZZINELLI, *et al* 2005, p202). De forma geral, as mudanças necessárias para a condução dos processos de educação em saúde têm levado os profissionais de saúde a buscar outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhece que as ações que visam uma melhoria na qualidade de vida dos sujeitos estão entrelaçadas com a cultura, ou seja, “com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida das pessoas” (BOEHS, 2007, p.311).

Todavia, para se obter o conhecimento sobre a cultura dos sujeitos envolvidos nos processos educativos, é preciso torná-los protagonistas desse processo. Isso possibilitará o desenvolvimento de estratégias educativas condizentes com as práticas culturais de determinada comunidade. Ao considerar “a educação como um processo de troca, um processo de ensino-aprendizagem, no qual educandos procuram se conhecer através do diálogo, torna-se relevante que a população participe e que as características dessa população sejam valorizadas no cuidado educativo” (SOUZA *et al*, 2008, p.111).

Assim, os usuários dos serviços de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações e dos grupos educativos.

São, além disso, agentes/co-produtores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p.234).

Os resultados alcançados com a modalidade de educação em saúde em que se abre espaço para pensar, refletir, optar e decidir, promovendo um ambiente de acolhida e suporte social, concebe cada participante como sujeito de sua própria história, contribuindo para sua qualidade de vida, em sintonia com os princípios da educação popular em saúde (PEREIRA *et al*, 2007).

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que contribui para o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e para a emancipação dos sujeitos. Para isso, é preciso promover uma prática educativa que visa a participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, direcionando esse trabalho de acordo com suas necessidades. É preciso se reconhecer que a perspectiva normativa e autoritária, que visa a transmissão de informações, não é suficiente para promover o aprendizado. Além disso, essas ações de educação em saúde são concebidas

enquanto espaço de trocas de experiências, saberes e vivências que também levam à construção e à reconstrução do conhecimento.

Portanto, para a implementação dessa linha de cuidado, é necessário ressaltar os elementos constituintes da integralidade em saúde, que são fundamentais para delinear a qualidade da assistência oferecida.

4.3 - A INTEGRALIDADE NO MICRO-ESPAÇO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO

Nesta categoria, são visualizadas algumas práticas de integralidade que se mostraram presentes na linha do cuidado pela percepção dos sujeitos da pesquisa. Essas práticas foram abordadas em três subcategorias: a primeira mostra o acolhimento e o estabelecimento de vínculo em interface com a responsabilização para com o cuidado tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das usuárias do serviço; a segunda refere-se às relações efetivamente cuidadoras que são construídas nos encontros terapêuticos no cotidiano da assistência em saúde; e a terceira refere-se ao trabalho em equipe enquanto possibilidade para se alcançar o cuidado integral.

Assim, a integralidade tem uma dimensão macro que está articulada com as diretrizes políticas e com a garantia de acesso a uma rede articulada de serviços, mas também é construída no cotidiano de cada um desses serviços, ou seja, no micro-espço de produção do cuidado. É importante ressaltar que esse “micro” é influenciado pelo “macro” e que o “macro” se concretiza no micro.

4.3.1 - Acolhimento e estabelecimento de vínculo em interface com a responsabilização

O acolhimento, apreendido enquanto escuta qualificada que se desdobra num leque de respostas pertinentes às necessidades dos usuários, representa um dos pilares da construção da integralidade. Portanto, os encontros entre profissionais de saúde e usuários, quando centrados no eixo anamnese-exame físico-diagnóstico-prescrição de medicamentos tornam o ato de cuidar restrito aos aspectos técnicos e objetivos. A apreensão das necessidades do usuário, de forma mais abrangente, emerge enquanto elemento importante para quem está sendo cuidado, como evidenciado a seguir:

Então, ter uma outra pessoa pra te acompanhar, orientar é importante, e não simplesmente chegar aqui na hora da consulta e te examinar, te receitar vitamina e remédio e falar pra você voltar no outro mês. É bacana ter alguém que fala: olha, hoje nós vamos fazer diferente, nós vamos consultar, mas nós vamos fazer diferente. Está tudo bem? Como é que você está? O quê que está acontecendo? Posso te ajudar? A palavra: posso te ajudar conta muito. A palavra: tô te ouvindo, então, soa como uma valsa. (E6)

A abertura ao diálogo, a disponibilidade para compreender o outro e ajudá-lo no enfrentamento de situações mostra que o profissional de saúde está implicado com os problemas trazidos pelo usuário, estabelecendo uma relação de parceria. A entrevistada coloca a escuta em um lugar de relevância uma vez que possibilita a inserção dos aspectos subjetivos no processo de produção do cuidado. Segundo Ayres (2004, p.23b), não é a escuta que propicia um encontro verdadeiramente terapêutico, mas a qualidade da mesma. Quando é direcionada pelo “horizonte normativo da morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será mesmo orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la” e, desse modo, os aspectos ligados à situação existencial do sujeito não serão considerados. Assim,

ouvir o outro implica uma escuta para além da lógica tecnocientífica, com o reconhecimento da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo, possuidores de histórias e vivências singulares, onde os profissionais e usuários, ao se colocarem em uma atitude de escuta, se dispõem a se transformar e transformarem o outro (MADEIRA *et al*, 2007, p.186)

Quando o profissional de saúde consegue ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir não ficando restrito ao papel de porta-voz do discurso tecnocientífico, privilegia-se a dimensão dialógica do encontro terapêutico, isto é, “a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro” e ambos os atores envolvidos podem se beneficiar deste processo (AYRES, 2004b, p.23).

Essas considerações demonstram como o desenvolvimento de uma clínica ampliada pode melhorar a qualidade das interações que ocorrem entre profissionais de saúde e usuários tornando-as mais solidárias e propiciando uma assistência diferenciada e que valoriza a subjetividade do ser humano. Isso fica evidente quando a entrevistada faz uma analogia da escuta com a valsa já que essa música proporciona uma sensação de leveza e de bem-estar e a dança, por sua vez, a alegria e um estado de cumplicidade entre as pessoas que dançam. Segundo Maffesoli (1988), a analogia possibilita compreender o presente e sua importância comparando situações diferentes, mas que possuem algo em comum que lhes é essencial.

“Semelhante a uma tela de fundo, ela dá relevo àquilo que de outra forma passaria despercebido” (MAFFESOLI, 1988, p.137). Por meio da analogia, procura-se

compreender o presente através de sua correspondência com experiências ou situações que já ocorreram em um tempo passado. Pois, não se pode negar que o viver humano está carregado de uma interpretação simbólica que vem sendo construído ao longo de uma experiência (PENNA, 1997, p.46).

É preciso, então, ampliar os horizontes para além dos procedimentos para que se leve em conta as subjetividades daqueles que buscam o cuidado, uma vez que ele é concretizado através das relações que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde:

Eu gostei, a gente é acolhido. Eu achei um acolhimento mesmo no posto de saúde. (...) eu não cheguei lá, simplesmente vacinei a minha filha e fui embora: Ô mãe como é que tá? Tá muito difícil? Tá chorando muito? Qual que é o nome dela? Vai doer um pouquinho neném, aí fala o nome dela, vacina: Ô mãe não precisa chorar não que vai passar, porque eu quase chorei junto com ela na hora de vacina. Ela estava muito pequenininha, eu morri de dó da injeção. Mas eu acho que nesse sentido, sabe? Foi muito bom. (E8)

Esse discurso demonstra que, para além do trabalho técnico, existe um olhar mais integral à pessoa cuidada, considerada como ser humano sensível e que se emociona ao passar pela experiência de ver o filho sendo vacinado. Isso nos faz pensar que, para que se ofereça um cuidado diferenciado e de boa qualidade “o instituído precisa ser subvertido e dar lugar ao vivido” (MONTICELLI; ELSÉN, 2005, p.173). É nesse sentido que alguns autores abordam o acolhimento enquanto ferramenta de inserção da pessoa cuidada no espaço assistencial, trazendo à tona as reais necessidades sobre as quais as intervenções em saúde podem atuar (SILVA JR.; MERHY; CARVALHO, 2003; TEIXEIRA, 2003).

Essas necessidades do ser humano apresentam-se com suas dimensões objetivas e subjetivas imbricadas. Portanto, não há como se praticar o cuidado integral a partir da objetivação do mesmo. De acordo com Pinheiro *et al*, (2005, p.25), ao legitimar o usuário enquanto objeto de trabalho em saúde “significa conceber os aspectos subjetivos, que o caracterizam como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida”. Nesse sentido, Maffesoli (1988, p.175), ao dar ênfase à vivência, aponta o reconhecimento dos elementos subjetivos que compõem os fenômenos sociais, construídos por indivíduos constantemente em inter-relação. Dessa forma, a racionalidade hegemônica da biomedicina é insuficiente para captar toda a amplitude das demandas trazidas pelos sujeitos em sofrimento que, por sua vez, são repletas de subjetividades:

Acho que quando você vai ao posto e sente que você está sendo acolhida, que você está recebendo a atenção de uma pessoa como se ela te conhecesse, como se ela tivesse uma intimidade, como se tivesse recebendo só você pra aquele tratamento. Você vai lá, cê já cumprimenta, a pessoa te olha, se preocupa com você. É importante pra você seguir bem. São coisas essenciais, a meu ver. As emoções estão, assim, à flor da pele. Então há coisas que são muito relevantes. (E10)

Esse relato demonstra que o fato de ser acolhida e receber uma atenção direcionada a suas necessidades faz com que a usuária se sinta valorizada e respeitada em sua individualidade, o que podemos chamar de particularização da assistência e que reflete um reconhecimento de que “um novo ‘paciente’ em uma nova situação, não é uma réplica de outros ‘pacientes’ em situações semelhantes” (MONTICELLI; ELSÉN, 2005, p.171, grifos das autoras). Isso se torna fundamental ao considerarmos que as pessoas são diferentes e possuem formas também diferentes de enfrentamento de situações como uma gravidez, por exemplo.

A constatação de que há alguém que *se preocupa com você* revela que há uma responsabilização pelo usuário e pelo o que ele traz enquanto sofrimento. Essa responsabilização *é importante para você seguir bem* e, conseqüentemente, contribui para a co-responsabilização por parte do usuário no que refere à sua própria saúde.

Considerando o eixo acolher-escutar-resolver, vem à tona o compromisso de dar respostas às necessidades advindas dos usuários e interpostas no encontro entre serviço/usuário e trabalhador/usuário:

O que mais me chamou a atenção foi o acolhimento da equipe toda, da ACS, da enfermeira e de todo mundo. Eles souberam acolher bem. (...) Acolher bem, com atenção, com gentileza, com educação, sempre com interesse de atender, de te ajudar a resolver aquele problema. Se não podia resolver, encaminhava para outra pessoa ou outra situação. (E10)

Eu tinha dúvidas, cheguei lá, expus minhas dúvidas, também, responderam e, assim, pra mim, tá ótimo, tá muito bom mesmo. Super educados e atenciosos mesmo. Então, não tenho do que reclamar não. (E9)

Esses depoimentos retratam que o acolhimento pressupõe uma atitude receptiva, respeitosa, de escuta, mas também o compromisso de dar as respostas pertinentes aos usuários. O acolhimento, nessa perspectiva, propõe uma reorganização do processo de trabalho com envolvimento de uma equipe interdisciplinar que visa o cuidado centrado no

usuário, ou seja, nas necessidades reais que eles trazem (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007; SOUZA *et al*, 2008).

Desse modo, o acolhimento constitui-se enquanto primeiro movimento para a efetivação das mudanças necessárias para a reorientação do modelo assistencial, proposta pela ESF. Nesse sentido, “o acolhimento é uma postura de escuta, compromisso de dar resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe” (MALTA *et al*, 1998, p.139), representando uma diretriz operacional dos serviços de saúde.

Esse movimento potencializa a construção de vínculo entre serviço/comunidade e trabalhador/usuário:

Agora, já a parte do exame ginecológico, essas coisas, eu pedi pra mim fazer com a Dra. X, porque eu tinha mais intimidade com ela. Ela já tinha sido minha medica. (E2)

(...) quando você vai a alguma consulta lá, por exemplo, e, às vezes, você ia num medo e no mês seguinte a médica ou a enfermeira já sabe qual que é o seu caso. Acho que isso que é o importante do acolhimento, você não ter que ficar explicando de novo, você não ter que ficar contando o que que é a sua situação. Às vezes você não quer contar, às vezes não precisa nem de você falar. Você chega lá e já sabem o que estava acontecendo. (E10)

Esses enunciados expressam a importância do estabelecimento de vínculo para a produção do cuidado no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família. O fato de ser cuidado por alguém que já conhece sua história emerge enquanto facilitador dos encontros terapêuticos pois o profissional de saúde pode conduzir as situações sem que a usuária tenha que repetir uma informação de sua história que ela prefere não verbalizar novamente. Isso permite uma delicadeza nas relações cuidadoras que se estabelecem, permite que elas fluam melhor e revela uma cumplicidade implícita nessas interações que também pode ser evidenciada no relato a seguir:

(...) a médica olhou e viu que eu não tinha ido ao curso (de gestante). (...) Ela viu, assim, conferiu que eu não estava lá, e falou: nós vamos olhar sua mama e, dependendo, você vai ter que passar por uma orientação. Aí a enfermeira marcou. Não, no dia ela não pode marcar, ela mandou a ACS vir, quer dizer, ela não esqueceu quem era eu, ela não esqueceu que eu precisava dessa orientação e foi atrás da minha ficha, sabia quem eu era e falou: fulana de tal lugar, ela está precisando de tal orientação e marcou um dia específico pra eu ir lá receber a orientação. Quer dizer, num outro lugar, cê num tem muito isso, eles não tão preocupados com isso, cê num foi, cê num foi, problema

seu. Eu achei isso muito importante. Acho que isso que é interessante e importante no acolhimento. (E10)

Percebemos que é importante garantir que todos os profissionais estejam comprometidos com as ações pactuadas no processo de produção do cuidado, de modo que sejam monitoradas em vários momentos de contato com o usuário. Isso possibilita que, mesmo que ele não tenha recebido determinada atenção numa circunstância, eleita como principal estratégia, que ele tenha outra oportunidade para usufruir das orientações e serviços que compõem a linha do cuidado em operação. Além disso, é importante ressaltar que a produção de vínculo e a responsabilização para com o cuidado ofertado ao usuário são apontados como o que há de mais importante no acolhimento. Assim, o cuidado surge quando “a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida” (BOFF, 2008, p.91). Além disso, “o cuidar/cuidado é responsivo, ou seja, o poder de cuidar/cuidado é evocado em resposta a alguém ou alguma coisa a quem ou a qual se atribua alguma importância e que representa algum valor” (WALDOW, 1995, p.17).

Em todo lugar em que ocorrem encontros configurados enquanto trabalho em saúde, essa ação “opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações”, articuladas com a constituição de vínculos e intervenções que atuam sobre as necessidades com intuito de controlar o sofrimento e/ou produzir a saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007, p.38).

O estabelecimento de vínculo efetivo propicia a construção de uma relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado, e entre o serviço de saúde e os usuários, o que influencia positivamente o processo de produção do cuidado:

(...) por já ser um posto que eu vivo, que eu venho sempre, que eu consulto e por ter sido com a mesma médica, eu já me senti mais segura. Eu já me senti mais confiante com a minha médica, por ter continuado com ela. (...) E aqui eu falo que eu tive meu porto seguro, eu tive. Com certeza eu tive aqui meu porto seguro, na hora que eu mais precisei eu pude encontrar aqui (E6)

Nossa família não é daqui também, a gente não tinha muito a quem recorrer, e a gente foi no posto. Aí, a gente pôde ficar mais tranquilo, porque a gente sabia que, foi o primeiro momento, assim, que a gente percebeu que se a gente tivesse alguma dificuldade, a gente podia ir lá sem problema, que nós seríamos atendidos. (E8)

A confiança em determinado serviço ou profissional de saúde, por sua vez, confere segurança e tranquilidade ao usuário. Ele sabe que tem com quem e com o que contar como demonstrado também no enunciado a seguir:

É bom porque faz um controle. (...) Não precisa tá levando em outros hospitais. Aqui já dão um diagnóstico certinho. Então não precisa tá pulando de médico em médico. Sabe que tá tudo direitinho. (E11)

Nesse sentido, o vínculo pode ser compreendido como um elemento constitutivo da integralidade que, nessa linha do cuidado, parte do esforço de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que assumiu o compromisso de responsabilizar-se pelo cuidado às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos e conseguiu credibilidade perante o usuário. A criação desses vínculos efetivos, entendidos enquanto referência e relação de confiança é traduzida por Cecílio (2001, p.115) “como o rosto do “sistema” de saúde para o usuário”.

Além disso, a configuração do trabalho em saúde como um trabalho vivo, que valoriza o processo de relações que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários também favorece esse processo de vinculação no âmbito de atuação da equipe de saúde da família:

(...) eu achei muito bom, porque tudo que eu precisei pra ela, acho que nesse princípio que foi o mais difícil pra gente, a gente sabia que a gente podia ir lá no posto. Na hora que eu chegava lá eu falava: Meu Deus que vergonha, olha eu aqui de novo. Aí a enfermeira falou: não, vem mesmo, é bom você vim, agente tá vendo que você tá tendo cuidado com a sua filha, isso é muito importante. Então a gente sentia mais a vontade pra quando tivesse outra dúvida voltar lá no posto. (E8)

Essa entrevistada fala da importância de uma atitude receptiva, centrada no usuário e que tem como intuito garantir a ele o direito de ser acolhido nos momentos em que precisar. O acolhimento propicia um aprimoramento no processo relacional que caracteriza o uso de tecnologias leves, circunscritas no trabalho vivo em ato. Esse espaço intercessor, por sua vez, culmina com a responsabilização com as respostas dadas às necessidades colocadas em cena pelos usuários e com o estabelecimento de vínculo e confiança (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007, p.38).

Nesse contexto, a ESF propõe uma reconfiguração dos encontros que ocorrem em seu cenário de atuação, distintamente daqueles, característicos do modelo biomédico. Portanto, visa uma reorganização do processo de trabalho nos serviços onde está implementado, “voltando-se para a construção de laços entre a equipe de saúde e a comunidade assistida-

laços a partir dos quais se objetiva concretizar a assistência” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004a, p.39).

Entendemos que o acolhimento possui uma vertente ligada ao campo das interações que propiciam uma compreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos usuários e outra, complementar, que o apreende enquanto dispositivo de reorganização dos serviços de saúde que possibilita a garantia de acesso, o estabelecimento de vínculo e melhor resolutividade dos serviços de saúde. Para que esse processo se concretize em sua totalidade, é preciso que se estabeleçam relações efetivamente cuidadoras no cotidiano desses serviços.

4.3.2 - As relações cuidadoras: a inclusão do “outro” no espaço assistencial

Quando pensamos sobre relações verdadeiramente cuidadoras, torna-se imperativo reconhecer que as práticas de assistência centradas na valorização da técnica não propiciam o exercício do cuidado e a pessoa cuidada é relegada a um plano inferior no qual suas expectativas, desejos e subjetividades são desconsiderados:

É diferente porque aqui o atendimento é melhor do que lá. (...) É melhor porque aqui parece que os médicos atende mais as crianças direitinho, tem mais carinho. Lá, os médicos, o negocio deles, eles chegam lá, nem olhou a criança e já entregou a receita pra você. (E4)

Esse discurso revela que as pessoas querem ser assistidas de forma integral, querem ser respeitadas em seu direito de ter acesso a uma assistência de qualidade. Uma compreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos usuários não será possível em uma abordagem fria e restrita a alguns sinais e sintomas.

Os elementos subjetivos, implícitos nesse relato, demonstram que é preciso que se repensem os modos de fazer restritos à dimensão técnica, enrijecidos, e abrir espaço ao que Maffesoli (1988) caracteriza como “formismo”. É preciso que se abram novas possibilidades de ação dentro de uma “forma” maleável, ou seja, que se adequa às singularidades das experiências vividas no cotidiano e, portanto, revela a essência do modo de cuidar que se encontra em operação. São os pequenos gestos, os pequenos “nadas” que compõem o fundamental do viver em sociedade. Assim, atitudes simples, de acolhimento, de valorização das necessidades dos usuários, bem como a responsabilização para com as respostas que são dadas a eles, fazem toda a diferença quando queremos implementar projetos terapêuticos cuidadores.

Pensar a integralidade em saúde significa pensar as práticas de cuidado nesse campo de atuação, uma vez que a integralidade emerge *nas relações de cuidado em saúde*, que visem a superação das várias formas de fragmentação presentes no cotidiano dos serviços de saúde e que façam conexão com o tempo, com o espaço e com o outro, ou seja, com o ser cuidado (SILVA; GOMES, 2008, grifo dos autores).

Segundo alguns autores, o cuidado pressupõe uma atitude relacional que se origina no acolhimento e no estabelecimento de vínculo que se configuram em encontros nos quais há um respeito mútuo entre os atores em interação (AYRES, 2004, LACERDA; VALLA, 2004). Segundo Maffesoli (2007, p.113) “parece que o verdadeiro conhecimento científico, assim como o saber experimental, sem esquecer a experiência empírica, tudo isso deixa claro que o ser consiste em relação”.

Outra discussão que esse relato suscita diz respeito ao processo de medicalização da sociedade brasileira que tem “o seu fio condutor e indutor” na medicina convencional, com seu caráter curativo e com ênfase na doença (PINHEIRO; LUZ, 2003, p.27). O profissional médico, por possuir grande autonomia em seu processo de trabalho e legitimidade técnica e sociocultural perante a população e as equipes de saúde é um ator estratégico para determinar mudanças em modelos assistenciais. Porém, a visão parcial dos problemas e necessidades trazidos pelos usuários, a crescente especialização, a não-responsabilização pelo cuidado prestado representam alguns fatores que impedem a transformação da prática cotidiana (GARIGLIO; RADICCHI, 2008) em prol do cuidado integral.

A médica que atendeu ela é muito educada. Eu tô gostando agora, porque, assim, a médica que olha ela, olha tudo. Eu acho que é isso que o médico tem que fazer. Olhar tudo na criança, olhar cada detalhe. E assim, eu não gostava do Dr. Y porque ele não olhava. Ele só olhava o coraçãozinho e pronto. Olhava o coraçãozinho, o pulmão e mais nada, como se a criança não tivesse problema de garganta, não tivesse outros tipos de problema, entendeu? (E2)

Portanto, há profissionais de saúde que exercem seu trabalho de forma responsável e outros que se limitam a uma clínica empobrecida e que se furtam até àquilo que é básico nas consultas, como um exame físico de qualidade. O relato mostra que o usuário sabe diferenciar quais são os profissionais que fazem uma abordagem mais ampliada daqueles que são orientados pelo reducionismo e traz uma reflexão acerca do “autogoverno” dos profissionais de saúde, discutido por Merhy (1997, grifo do autor). Desse modo, mesmo que determinados profissionais de saúde estejam trabalhando em um projeto cujo norte é a integralidade, podem

ou não agir em comunhão com esse ideal quando estão diante do usuário, nos encontros que deveriam ser adjetivados como “terapêuticos”.

O cotidiano dos serviços de saúde pode representar espaços de concretização de um novo modelo assistencial, ao permitir novas formas de fabricar saúde.

(...) gostei da atenção, da paciência delas com a minha filhinha, porque por ser um bebezinho muito fragilzinho ainda, elas tiveram mais atenção com ela, tiveram mais paciência com ela porque elas não estavam conseguindo perfurar o pezinho, não tava completando a camadinha de sangue desejada. Tiveram paciência, tiveram que furar de novo, tiveram mais tolerância ao esperar que o bebê acalmasse, que o bebê tivesse menos agitação. (...) E dessa vez eu notei que elas estavam mais pacientes com a minha filhinha porque eu acho que hoje elas estão mais bem preparadas pra isso. (E6)

A assistência é permeada pelas interações que envolvem o profissional de saúde e o usuário e que são intersubjetivamente construídas. Mais uma vez há uma valorização do cuidado pautado na integralidade e menção à melhor preparação para exercer práticas de saúde mais humanizadas. O fato de ter esperado que o bebê se acalmasse para repetir um procedimento demonstra de que forma o tempo clínico pode ser superado pelo tempo humano (MONTICELI; ELSÉN, 2005). Ao discutir a construção de formas de cuidar no cotidiano da sociedade, Acioli (2004) refere-se à valorização do tempo e do carinho enquanto elementos importantes. “Ou seja, o cuidado no cotidiano desses grupos implica, sobretudo, tempo longo de permanência e afetividade, ao invés de rapidez e técnica” (ACIOLI, 2004, p.195). A atitude autoritária de profissionais da saúde, que se negam ao diálogo, pauta-se na ciência objetiva enquanto fundamento de suas ações e posturas, desconsiderando o usuário enquanto sujeito portador de aspirações, sentimentos e sofrimentos.

O cuidado, quando apreendido enquanto ação integral que repercute em “interações positivas entre usuários, profissionais e instituições é traduzido em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004b, p. 21). De acordo com Maffesoli (1988, p.35, grifo do autor) “é preciso ‘ouvir o mato crescer’, isto é, estar atento a coisas simples e pequenas”, mas que fazem toda a diferença quando cuidamos de pessoas. Vários trabalhos demonstram que atitudes de respeito, atenção e gentileza são muito valorizadas pelos usuários (SOUZA *et al*, 2008; RAMOS; LIMA, 2003).

A busca do cuidado integral requer uma atitude relacional, de abertura ao “outro”, de respeito, tolerância e atenção. Propõe a superação das ações mecanizadas e desumanas.

(...) aqui eu tive isso sabe, de poder chegar e falar: ô doutora, hoje eu não estou bem e ela primeiro conversar comigo querendo saber o por quê eu não estou bem pra depois vir pra me examinar. E a mesma coisa com a minha filha: ô doutora hoje a minha filha não está bem. Por quê? Vamos conversar, E não simplesmente chegar e falar: olha, eu vou te examinar agora. Isso não é assim. Eu acho que primeiro você tem que conhecer o seu paciente, pra depois você vir e dar o diagnóstico para o seu paciente. Isso é interessante, isso é bacana. (E6)

Esse relato expressa a importância da interação e do diálogo no movimento contra o automatismo que, muitas vezes, rege a postura dos profissionais de saúde frente aos usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, é importante salientar que as tecnologias duras e as leve-duras não dão conta das singularidades e das subjetividades dos usuários em suas necessidades. Quando estão organizadas sob o comando das tecnologias leves, que se encontram no âmbito das relações intercessoras, emerge a possibilidade de compreensão dos sujeitos em sua amplitude e de respostas mais adequadas ao sofrimento daqueles que procuram os serviços de saúde, que precisam ser apreendidos como parte de um coletivo, mas também em sua individualidade (MERHY, 1998). Isso é constatado, também, no próximo relato:

Eu queria muito amamentar, sempre quis, mas não é uma situação muito fácil. Todo mundo acha bonito: amamentar, amamentar, mas não é fácil ficar seis meses amamentando só no peito. Não que não seja bom, mas a gente passa por muitos problemas. E eles dão essa assistência também. A pediatra me ajudou muito. Me orientou várias vezes. Tive vários sentimentos, de não querer, de não dá conta, de achar que não tava sendo suficiente. Então eu acho que esse acompanhamento é muito importante. Não pode deixar de ir porque é uma fase bem difícil. (E10).

O suporte e as orientações recebidas pela usuária foram importantes para que ela conseguisse continuar amamentando. Isso denota a relevância do investimento do profissional de saúde para o alcance de determinados objetivos e do grau de responsabilização para com a saúde daqueles que estão sob seus cuidados. Esse tipo de atitude evidencia um modo diferenciado de assistir as pessoas, fundamentado na dimensão cuidadora (MERHY, 1998).

Essas reflexões corroboram com Silva *et al* (2004, p.75) ao afirmarem que a integralidade não representa apenas um princípio do SUS descrito Constituição de 1988, mas “algo a ser construído cotidianamente pelos atores em suas práticas na atenção e cuidado em saúde”. Desse modo, é importante lutar por políticas públicas em saúde justas e democráticas, mas a operacionalização delas no dia-a-dia dos serviços requer conhecimento, sabedoria, criatividade e delicadeza nas relações. Isso corrobora com Maffesoli (1984) quando nos leva a

refletir sobre o que aparece, normalmente, é o que está na grande cena, mas as pequenas coisas do cotidiano têm a mesma carga de importância.

Nesse contexto, considera-se que é no agir cotidiano das instituições de saúde que as diretrizes políticas ganham materialidade. Assim, “o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p. 17).

Portanto, a integralidade concretiza-se, de fato, é no cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, no micro espaço de produção do cuidado onde as relações cuidadoras podem acontecer, na medida em que esse cuidado é pensado e oferecido de uma forma integral. Nesse sentido, outro fator importante para a concretização de práticas de integralidade diz respeito ao trabalho em equipe, enquanto via de articulação de saberes em prol do cuidado integral.

4.3.3 - O trabalho em equipe: uma possibilidade para o cuidado integral

Uma premissa do processo de construção e de implementação da Linha do Cuidado à Gestante Puérpera e Recém-Nascido diz respeito à valorização e à articulação do trabalho de todos os profissionais envolvidos na assistência, a fim de proporcionar o cuidado integral, contínuo e com qualidade. Desse modo, o trabalho é ancorado na abordagem interdisciplinar e no compartilhamento de decisões:

Agora, também, eu gostei muito da forma que tem as consultas, não são todas com o médico. (...) Então eu gostei muito desse revezamento. Por causa dessa experiência, eu acho que tem coisas que a enfermeira tem mais condição de esclarecer que o pediatra e vice-versa. Tem coisas que você tira dúvidas é com o pediatra. (...) Então, eu achei interessante os dois lados da experiência. É uma equipe mesmo, não tem essa diferença, entre elas. Uma sempre tira a dúvida da outra. (E10)

É possível visualizar a configuração de um trabalho articulado, com pontos de intercessão entre os diversos saberes, que também são respeitados naquilo que têm de singular. O campo específico do saber de algum profissional pode sobressair em determinadas circunstâncias, de acordo com as necessidades que o usuário apresenta. É nesse sentido que a entrevistada fala que *tem coisas que a enfermeira tem mais condição de esclarecer que o pediatra e vice-versa*, mas não deixa de enfatizar a importância do trabalho em equipe para a

qualidade da assistência prestada. O intuito é articular esses saberes em prol de um objetivo comum que é a defesa da saúde e da vida do usuário (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005).

É importante salientar que o trabalho do enfermeiro também foi reconhecido e valorizado no discurso acima. Isso se torna relevante uma vez que, historicamente, o profissional médico exerceu um poder hegemônico sobre as demais categorias profissionais da área da saúde:

Eu achei diferente que, agora, vez sim é com a médica e vez sim com o enfermeiro, mas o enfermeiro muito competente. Também, é profissional, mostra, além das instruções, o que é certo, o que é errado, o que pode ser feito e o que não pode em relação à criança. Igual, ele já tá com seis meses, já tô com orientação do que pode ser dado. (...) E no passado era tudo corrido. (...) não cheguei a amamentar as meninas até os seis meses. Já fui entrando com alimentação com quatro meses. (E5)

Esse trabalho do enfermeiro está relacionado a uma melhor condução do cuidado com os filhos por parte da mãe, quando comparado com o que foi desenvolvido no passado. Atualmente há um movimento contrário à dominação da lógica médica sobre os outros profissionais que compõem a equipe de saúde em direção a um modelo assistencial centrado no usuário que, além de ser “tecnologia leve dependente”, valoriza um agir cumpliciado com o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, no qual os profissionais articulam seus núcleos específicos de saber para a produção do cuidado (MERHY, 1998, p.109).

Isso possibilita que o enfermeiro potencialize sua atuação, aumentando sua capacidade de intervenção (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007). Pode-se ressaltar que o enfermeiro tem atuação singular em estratégias como a da Saúde da Família, em decorrência de suas contribuições para sua efetivação, de sua relação direta com a clientela, buscando o atendimento holístico e integral, além da organização da unidade de saúde e da preocupação com a melhoria da qualidade de vida da população (GOMES; OLIVEIRA; MARQUES, 2004).

O enfermeiro, por seu perfil e sua formação, tem uma contribuição importante dentro do trabalho organizado e programado:

Essa contribuição possui suas raízes, entre outras coisas, na compreensão que o enfermeiro possui do ser humano (não-biologicista), pelo seu entendimento da influência dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde e pela sua capacidade de prática amalgadora, coordenando e

gerenciando o processo de trabalho da equipe de saúde dentro da unidade (GOMES; OLIVEIRA; MARQUES, 2004, p.88).

Torna-se importante destacar que, com o advento da ESF e com a decorrente reorganização do processo de trabalho, o enfermeiro utiliza todo seu potencial técnico e de visão holística do ser humano o que lhe conferiu autonomia nesse campo de atuação (VIEGAS, 2005). Isso, no entanto, tem-lhe acarretado uma sobrecarga de trabalho em decorrência das diversas atribuições que lhe foram conferidas além da prestação da assistência propriamente dita (VIEGAS, 2005; SILVA, 2006).

No município de Belo Horizonte, as atribuições específicas do profissional enfermeiro, no âmbito da ESF, estão assim definidas:

- Planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, tendo como estratégia o contexto sociocultural e familiar;
- Supervisionar (planejar, coordenar, executar e avaliar) a assistência de enfermagem, merecendo destaque para as ações de imunização, preparo e esterilização de material, administração de medicamentos e curativos, bem como avaliar o procedimento de coleta de material para exame e dispensação de medicamentos realizados pelos auxiliares de enfermagem;
- Realizar consulta de enfermagem e prescrever a assistência de enfermagem, de acordo com as disposições legais da profissão – Resolução COFEN nº 159/1993;
- Quando necessário e conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde, da SMSA e as disposições legais da profissão – Resolução COFEN nº 195/1997 e Resolução COFEN nº 271/2002, bem como no documento da regulação de patologia clínica, está respaldada a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos, após avaliação do estado de saúde do indivíduo;
- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- Planejar, coordenar e avaliar as atividades da equipe de enfermagem no Centro de Saúde - CS;
- Planejar, coordenar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

- Planejar e coordenar a capacitação e a educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS, executando-as com participação dos demais membros da equipe dos CS;
- Coordenar e avaliar o processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos e superfícies do CS;
- Promover e coordenar reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e enfrentamento dos problemas identificados;
- Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulário do sistema de informação e outros documentos da instituição;
- Realizar consultoria, auditoria e emitir parecer em matéria de enfermagem, no âmbito da instituição;
- Participar de atividade de regulação assistencial, buscando o uso racional e a priorização da utilização dos recursos disponíveis para casos com maior necessidade clínica (BELO HORIZONTE, 2006).

É possível compreender que cada profissional envolvido no processo de produção do cuidado pode contribuir para o sucesso da assistência, dentro de suas possibilidades, como também é evidenciado, no relato a seguir, que trata do trabalho do agente comunitário de saúde:

Às vezes você acha que não vai conseguir alguma coisa e o agente tá sempre, vai ali, recolhe uma informação, sempre vem pra atualizar os dados, você já faz umas perguntas e tal. Aí você já fica mais tranqüila. Eu gostei muito dessa idéia. (E10)

A atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) propicia uma aproximação entre a comunidade e a equipe de saúde da família o que pode repercutir de forma positiva no cuidado à população de sua área de abrangência. Dois pontos importantes com relação ao trabalho do ACS dizem respeito à manutenção de informações atualizadas com relação ao diagnóstico de saúde da comunidade e ao esclarecimento das ações de saúde disponíveis para os usuários. São pontos que fazem com que os projetos da equipe de saúde se concretizem, também, em cada domicílio da área de abrangência das equipes de saúde da família

O ACS traduz os modos de vida da comunidade para a equipe de saúde mas também, traduz o funcionamento e os serviços oferecidos pela unidade de saúde, possibilitando a demarcação de um território comum onde relações de interação se estabeleçam. É nessa

perspectiva que o ACS pode contribuir para a construção da integralidade (SILVA *et al*, 2004).

Assim, os laços construídos pelos agentes comunitários de saúde procuram estabelecer “pontos de contato” entre comunidade e serviços/profissionais de saúde. Fazem uma ponte entre o saber científico e o saber popular, “que como laço constrói vínculos e amplia acesso, rompendo os elos dos modelos editais de fazer políticas. Ao fazer isto, desata os nós das técnicas, para chegar à razão primeira de ser em saúde: ser cuidado”. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004b, p.34).

Dentro dessa temática do trabalho em equipe, é preciso se reconhecer que somente os médicos, trabalhadores de enfermagem e agentes comunitários de saúde não são suficientes para dar conta do amplo espectro de demandas por parte dos usuários:

Até falaram de dentista. (...) Na gravidez, como cuidar já do dentinho, da gengiva do neném do recém-nascido. Cuidar pra já ter o hábito de higienizar a boca. Achei interessante isso aí também.”(E1)

Eu tive também uns problemas para estender a licença porque faltava poucos dias. Tive a atenção, também, da assistente social.. (E10)

Então a psicóloga participou mais nesse sentido. Se era isso mesmo que nos queríamos, se era isso que eu queria, se eu tava preparada pra aquilo. (...) Porque nós decidimos em não ter mais filho. (...) Então o psicólogo me ajudou muito porque às vezes você faz e arrepende. (E6)

Esses relatos enfatizam diversas ações importantes para a concretização da linha do cuidado. A participação da saúde bucal é fundamental na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças; o serviço social que ampara as usuárias no que se refere aos direitos sociais na maternidade, bem como a psicologia que dá suporte nesse momento em que vários sentimentos, dificuldades e tomada de decisões se interpõem. Mas, mesmo que estes profissionais atuem conforme seus nichos específicos de saber existe uma idéia de complementaridade que subsidia o cuidado integral.

Com o movimento de ampliação das equipes de saúde da família, já houve a inclusão da equipe de saúde bucal na ESF em âmbito nacional, pela Portaria N° 267, de 06 de Março de 2001 (BRASIL, 2001). Além disso, já estão sendo implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e no processo de territorialização. Esse núcleo possui uma equipe com profissionais de diversas categorias como nutricionista, psicólogo,

farmacêutico, terapeuta ocupacional, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, dentre outros que deverão atuar em parceria com as equipes de saúde da família referenciadas a ele (BRASIL, 2008).

Considerando a realidade específica do município de Belo Horizonte, houve estruturação de equipes de saúde mental de referência para um determinado número de centros de saúde, com suas respectivas equipes de saúde da família. Essa equipe é composta por um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e tem como prioridade o atendimento aos portadores de sofrimento mental grave “o que não significa deixar de acolher, orientar e encaminhar outras demandas” (BELO HORIZONTE, 2006, p.40). Tudo isso denota a importância do trabalho interdisciplinar nesse processo de mudança de modelo assistencial. Segundo Alves, Ramos e Penna (2005, p.32), “o pensar e o agir interdisciplinar significa pensar o cuidado centrado no usuário e não nas categorias profissionais”.

São de diversas ordens as necessidades trazidas pelos usuários e os profissionais de saúde, isoladamente, não têm como dar respostas a todas elas, pois remetem a campos de conhecimentos diversos. Nesse sentido, Maffesoli (1988, p.63, grifo do autor) discute a restrição da unidade do saber e dá ênfase à *pluralidade* funcional enquanto possibilidade para se dar conta da multiplicidade da vida. Assim, há reconhecimento da complexidade das necessidades que o ser humano apresenta que, por sua vez, não podem ser apreendidas a partir de um campo de saber específico.

Diante da complexidade que envolve a operacionalização do cuidado integral, que visa dar respostas às necessidades de saúde, contempladas em suas dimensões objetivas e subjetivas, construídas socialmente, torna-se “imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem” (CAMARGO Jr, 2003, p.39). Isso coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como elemento fundamental para o desenvolvimento das práticas integrais em saúde.

A integração dos profissionais de saúde direcionada ao cuidado integral é percebida e valorizada, na medida em que o cuidado é centrado no usuário:

(...) tinha a ginecologista e o médico olhando e o enfermeiro olhando, entendeu? Foi bom porque cada um dava um diagnóstico. Aí depois eles conversavam entre si e chegavam a uma conclusão só. O que era melhor ser feito. Eu acho que isso faz um pouco de diferença. (E11)

Esse discurso revela a existência de uma responsabilização conjunta de uma equipe para com a melhor resposta a ser dada à usuária. É o momento em que os diferentes núcleos

de saberes se articulam em busca do cuidado integral. As equipes de saúde da família mostram-se em sintonia com os especialistas de apoio para melhor conduzir determinados casos, o que evidencia que o processo de trabalho instituído potencializa os recursos internos para oferecer uma assistência de qualidade.

A coexistência de múltiplos saberes e práticas de diferentes profissionais dentro de uma mesma equipe apontam para uma prática de integralidade, quando há articulação permanente entre eles em torno de um mesmo objetivo: *O que era melhor ser feito* em prol da pessoa assistida. Deve-se ressaltar, no entanto, que o respeito à diversidade desses saberes e práticas é essencial para a manutenção da integridade da equipe “porque a homogeneização despotencializa a ação da equipe e o seu trabalho não se restringe nem se encerra ao fazer de nenhum profissional especificamente”(GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005, p.114). O importante é permitir pontos de intercessão entre esses saberes, que possuem suas especificidades, em prol do cuidado integral no trabalho em saúde. De acordo com esses autores, geralmente, os trabalhadores de equipe multidisciplinar prendem-se na parcela desse trabalho que lhes pertence, sem perceber que estão contribuindo para a fragmentação do cuidado. Essa organização do trabalho em saúde conduz a uma sobreposição de um profissional em relação aos demais e ao próprio usuário, que também é sujeito desse processo, que deveria estar centrado nele. Tudo isso dificulta a construção do *saber-fazer comum* que configura a responsabilidade coletiva, que se encontra no cerne do trabalho em equipe, nos espaços públicos de produção do cuidado. Nesse sentido, o trabalho em equipe traz, como afirma Maffesoli (1984, p.32), “mecanismo de complementariedade que se exprime no jogo da diferença”.

É preciso democratizar o processo de trabalho dos serviços de saúde com a horizontalização de saberes e promoção de atividades multiprofissionais e interdisciplinares, “incorporando a renovação das práticas de saúde, numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve no cotidiano dos serviços” (PINHEIRO; LUZ, 2003, p.30).

Torna-se imperativo reconhecer que o trabalho em equipe interdisciplinar é ferramenta importante para oferecermos um cuidado integral, visto que se cuida de seres humanos complexos e que suas necessidades são socialmente construídas. Considerando a pluralidade da sociedade, pode-se perceber que é preciso que se articulem diversos campos de saberes para que possamos dar respostas pertinentes àqueles que sofrem por algum motivo. Desse modo, estaremos caminhando em direção à materialização da integralidade em saúde no micro-espaço de produção do cuidado.

Todos esses movimentos em direção ao cuidado integral e resolutivo representam elementos importantes para a satisfação dos usuários e para a credibilidade do sistema público de saúde. Desse modo, podemos compreender que o processo de consolidação do SUS dá-se no dia-a-dia dos serviços de saúde e, nesse contexto, a reorganização do processo de trabalho tem papel relevante.

4.4 - A (DES) CREDIBILIDADE NO SUS

O Sistema Único de Saúde é composto por ampla rede de serviços constituída para oferecer assistência integral e resolutiva à população brasileira. Porém, a falta de credibilidade nesse sistema emerge dos discursos dos sujeitos desta pesquisa mostrando que essa concepção está presente no imaginário das pessoas:

Quando eu engravidei, muita gente falou assim: você vai pelo SUS? Falei: vou porque eu tô tranquila com esse posto aqui, com o atendimento aqui e não vou abandonar não porque eu acho que tá mais interessante do que as outras pessoas que eu vi que faz pelo plano de saúde. Além da indicação que eu tive pro hospital X. Foi uma indicação deles, eu fiquei muito tranquila de ir pra lá. Muita gente questionou, falou: você vai pra lá, lá não é bom. Eu pra mim tá ótimo pro que eu preciso. (E10)

Entretanto, essa entrevistada revela que tem confiança no serviço a que está vinculada na atenção básica e mostra satisfação com a assistência que recebeu na maternidade de referência à UBS a qual pertence. Isso evidencia que a qualidade do cuidado ofertado é o que leva as pessoas a adquirirem credibilidade nos serviços de saúde, mesmo que haja uma descrença no “sistema”, quando se pensa numa dimensão “macro”.

Essa descrença está relacionada aos fatos divulgados pela mídia que contribuem para a formação de opiniões a este respeito.

Eu acho assim, eu não pensava que no SUS seria tão bem atendido, sinceramente. (...) às vezes eu vejo passar na televisão, em vários lugares, posto de saúde, por exemplo, funcionários mal tratando pacientes e vive-versa. (...) Eu não sabia que existia essas coisas, essa atenção toda, pra mulher grávida, pro bebezinho. Pra mim foi tudo muito surpresa. Até hoje eu gosto bastante. (E7)

Até fiquei surpresa porque posto de saúde né? Me ligou se preocupando comigo, como é que eu estava e já agendando a primeira consulta pós-parto. (...) olha, eu vou ser franca com você, a gente olha até mesmo pela televisão, outros postos de saúde, o pessoal reclama. Então, assim, eu não sei

se é só aqui, mas no posto aqui no bairro, o pessoal chega e não tem aquela demora pra sê atendido. (E9)

Podemos perceber uma reação de surpresa por parte das usuárias ao constatarem que encontraram assistência de qualidade e resolutiva num serviço que faz parte de um sistema público de saúde, uma vez que o que se pensa é que isso seja prerrogativa da rede privada.

Ao se tomar como referência as reportagens divulgadas pela mídia, pode-se constatar a grande ênfase dada ao tema *Saúde* (MERHY, 1998, grifo do autor). É importante se ressaltar que os meios de comunicação operam na construção da realidade, enfatizando os temas em alguma perspectiva específica (RANGEL-S, 2003). Nesse sentido, percebe-se, no cotidiano, um direcionamento das reportagens referentes ao SUS em uma perspectiva negativa, ficando as experiências bem sucedidas, na maioria das vezes, sem destaque. Isso não quer dizer que os problemas não devam ser revelados, mas que eles não apaguem totalmente as experiências inovadoras e que visam a construção de um sistema de saúde em defesa da saúde e da vida dos usuários. Além disso, a mídia, que tem sido tão eficaz para denunciar o “caos do SUS” e o “apagão da saúde”, precisa contribuir no debate sobre as causas desses fenômenos bem como na identificação de seus responsáveis (PAIM; TEIXEIRA, 2007, grifos dos autores). Isso poderia contribuir na preparação dos brasileiros para a prática efetiva do controle social.

Outro ponto que emerge do discurso das entrevistadas diz respeito a uma comparação entre a qualidade da assistência oferecida pelo SUS e pelo sistema privado.

E achei que no SUS, tenho pouca convivência com isso porque sempre tive previdência, eu achei que foi seguro. Tudo que eu precisava, eu tinha, sem preocupação de que isso não está dentro do plano que eu tenho de saúde. (...) Então, tudo que eu precisava e que era considerado, assim, primordial pra gravidez correr bem, eu tive. Então uma das primeiras coisas que eu vi foram os exames. Os exames todos que elas pediram e eu tive acompanhamento com outras pessoas que tinham o plano e que não fizeram. Elas não fizeram e eu fiz porque o SUS vê isso como prioridade e tinha isso dentro do planejamento. Eu tive muito bom acompanhamento, não tive nenhum problema comparando até com outras pessoas que tinham plano de saúde e tudo. Eu acho que eu tava mais assegurada que eles. (E10)

Essa usuária relata que o acompanhamento que recebeu no pré-natal pelas equipes de saúde da família superou o que era oferecido na rede privada, demonstrando que é possível obter serviços de excelência no SUS.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, declara: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para

sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, o SUS foi constituído como uma política de inclusão e, portanto, de carácter universal visando superar a dicotomia entre a medicina previdenciária e as políticas preventivas do Ministério da Saúde.

No entanto, em decorrências das tendências estruturais do projeto neoliberal, concretizaram-se políticas excludentes com redução de verbas públicas o que comprometeu a qualidade da assistência e promoveu a migração de um número expressivo de pessoas para os planos e seguros de saúde privados (MALTA, 2001 *apud* MALTA *et al*, 2004).

A saúde suplementar, por sua vez, tem se apresentado “com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade do setor, fragmentação e descontinuidade da atenção, que comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo” Além disso, o modelo assistencial da saúde suplementar mantém-se centrado na produção de procedimentos sendo que até mesmo esses procedimentos estão sendo submetidos a mecanismos de restrição (MALTA *et al*, 2004 p.434).

Nesse sentido, o fato de estar vinculado a um sistema de saúde privado não significa garantia de uma assistência de qualidade, resolutiva e integral.

(...) quando eu soube que estava grávida eu vim aqui, mas não tava muito confiante no posto. Aí, eu também tinha uma consulta particular. Então, sempre eu ficava em dois: no posto de saúde e procurava o médico particular. (...) Já no particular, onde eu estava, não tinha esse tipo deixando a gente mais a disposição para falar. Era só, você vai lá, deita na cama, faz exame, pronto e acabou. Assim, dúvidas que vem surgindo, qualquer coisinha igual, eu, mãe de primeira viagem, como se diz, qualquer coisinha já vinha pra cá. E qualquer hora que eu vinha, tinha uma pessoa, atendia, me acalmava. Primeiro me acalmava e procurava resolver meu problema. E com relação a isso, eu gostei muito, tanto que eu deixei, não faço mais particular. Prefiro o posto de saúde porque tava me atendendo melhor. (E1)

Esse relato faz uma síntese de fatores que emergiram nesta pesquisa enquanto fundamentos para uma assistência de boa qualidade. Assim, tem-se as interações positivas entre profissionais de saúde e usuários, a negação ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos prescritos pela racionalidade da biomedicina. O acolhimento emerge enquanto dispositivo facilitador do acesso e também como possibilidade de inserção do “outro” no espaço assistencial, o que se desdobra em respostas pertinentes às necessidades dos usuários. Acrescenta-se a isso o estabelecimento de vínculo, a responsabilização para com as ações de cuidado e a resolutividade, completando um conjunto de elementos que configuram uma assistência pautada na integralidade em saúde.

Para isso, é preciso sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde para reorganizar o processo de trabalho para esse fim uma vez que essas transformações se materializam na micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 1997). Desse modo, compreendemos que uma assistência de qualidade pode ser concretizada, tanto no sistema público de saúde como no privado, caso consigam materializar aquilo que lhes serve de fundamento. É essa concretização que vai configurar a “des” ou a credibilidade no sistema de saúde.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, constato que esta experiência desencadeou um processo de reflexão sobre a minha própria prática enquanto enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, principalmente no que se refere ao reconhecimento da importância da subjetividade dos atores envolvidos no processo de produção do cuidado. Considero que os projetos terapêuticos, verdadeiramente cuidadores, precisam valorizar o processo relacional, já que ele encontra-se no cerne do ato de cuidar e, portanto, é essencial para sua materialização.

A garantia de recursos e de uma rede articulada de serviços também é fundamental para se alcançar o cuidado integral. No entanto, para a concretização de um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários, é preciso dar voz a eles e investir no espaço relacional propiciado pela intersubjetividade, que pode colocar em cena as reais necessidades desses usuários e possibilitar o conhecimento e o uso daquilo que os motiva a manter ou a recuperar a saúde.

Nesse sentido, a escuta e o diálogo ocupam um lugar de relevância, uma vez que possibilitam que essa intersubjetividade entre em ação, inserindo o usuário no espaço assistencial e conformando um movimento contra as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas

Mesmo sem as condições ideais de trabalho, a equipe do Centro de Saúde São Gabriel mobilizou-se e conseguiu colocar em prática as bases de uma assistência integral e resolutiva em saúde, no micro-espço de produção do cuidado. Isso demonstra que a equipe de saúde, quando se propõe a cuidar e acredita que é possível fazê-lo, faz, mesmo quando lidam com a escassez de recursos, em suas várias modalidades e com as diferenças próprias dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Para isso, torna-se imperativo reorganizar o processo de trabalho construindo linhas do cuidado centradas no usuário, potencializando a capacidade cuidadora de uma equipe interdisciplinar, de modo a produzir um fazer comum que consiga dar respostas pertinentes às diversas necessidades dos usuários. É importante ressaltar que o incentivo e apoio da gerência local foi fundamental para que a equipe pudesse dar início, prosseguir e manter esse projeto inovador.

As usuárias que participaram desta pesquisa mostraram que as bases para uma assistência de qualidade foram instituídas no planejamento dessa linha do cuidado e estão presentes no cotidiano desse serviço, satisfazendo muitas de suas necessidades, apesar de elas

não terem participado desse processo a princípio. Esse fato está provavelmente relacionado com a experiência prévia dos trabalhadores dessa UBS no cuidado à população da área de abrangência e com a troca de conhecimentos entre eles durante a construção conjunta da linha do cuidado. Alguns profissionais de saúde residem na área de abrangência dessa UBS, o que pode ter contribuído para a construção de um projeto consoante com as necessidades e valores da comunidade assistida.

Desse modo, ficou claro que os esforços da equipe resultaram em uma assistência diferenciada, pautada na integralidade da assistência, garantindo o acesso e conferindo resolutividade às ações de saúde. Isso representa uma contribuição importante para o serviço, já que o reconhecimento de um bom trabalho incentiva a manutenção de projetos bem como de novas construções, uma vez que foi possível certificar-se de que esse é o caminho a ser seguido para cumprirmos nossa missão enquanto trabalhadores da saúde. Podemos atribuir validade a essas considerações na medida em que foram reveladas por pessoas que vivenciaram a experiência de serem cuidadas e que essa produção do cuidado não é tarefa fácil em meio às dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços da Estratégia de Saúde da Família, principalmente no que diz respeito à alta rotatividade do médico generalista nas equipes.

Outra contribuição relevante diz respeito à observação das usuárias de que é preciso se repensar a assistência às mulheres no puerpério para que possam sentir-se cuidadas e contempladas em suas necessidades, uma vez que, após o parto, a atenção é mais direcionada à criança. Acreditamos que esse olhar mais direcionado à criança é um reflexo daquilo que fazemos em nosso próprio convívio social e familiar e que representa valores arraigados de nossa cultura.

Considerando as limitações dos conhecimentos técnicos diante da complexidade presente nessa fase da vida, uma opção para se superar essa falha no cuidado à mulher seria melhorar o monitoramento das ações direcionadas a elas após o parto e buscar parcerias na própria comunidade com a construção de uma rede de ajuda, por meio de projetos que mobilizem voluntários para dar apoio às puérperas.

Destacamos, também, a importância de inserir os usuários no processo de planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde no nível “macro”, mas também no cotidiano dos serviços de saúde, já que todo esse aparato existe para que suas necessidades sejam atendidas. É fundamental que eles sejam partícipes desse processo. Assim, é preciso preparar os gestores, trabalhadores e usuários para que estejam abertos a essa

construção partilhada e para que sejam capazes de compreender e respeitar os diferentes saberes e olhares sobre o que se refere e se relaciona ao campo da saúde.

Os resultados encontrados neste estudo mostram que a Estratégia de Saúde da Família pode se destituir da denominação de mera modalidade barata de garantia de acesso das populações marginalizadas aos serviços de saúde e apropriar-se da capacidade de propiciar uma assistência de qualidade aos usuários.

Considerando os problemas que levaram os profissionais do Centro de Saúde São Gabriel a construir a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-Nascido, é importante ressaltar que, atualmente, existe uma articulação dos diversos profissionais envolvidos no acompanhamento do pré-natal e da puericultura garantindo a qualidade e a continuidade da assistência. No que se refere aos índices aleitamento materno, após a implementação dessa linha do cuidado, todos os anos, esta UBS recebe o certificado de Centro de Saúde Amigo do Peito, o que significa que as metas estabelecidas pelo município estão sendo alcançadas. Hoje em dia, quase não há registros de mortalidade neonatal e infantil por causas evitáveis e o trabalho cotidiano tornou-se menos estressante, uma vez que esta demanda já está organizada nesse serviço e, conseqüentemente, as intercorrências diminuíram muito.

É importante destacar que, mesmo sendo um estudo de caso único, esta pesquisa desvelou elementos que permitem generalizações quando pensamos em realidades semelhantes ou quando pretendemos cuidar de pessoas que, mesmo com suas diferenças, possuem características comuns no que se refere à essência de ser humano. Nesse sentido, este trabalho pode contribuir para o pensar e o praticar o cuidado integral. Acreditamos que ele traz subsídios para melhorar não somente a prática nos serviços de saúde, mas também a formação no campo da saúde.

Não podemos deixar de ressaltar a importância da educação permanente para os trabalhadores de saúde e também da articulação ensino-serviço-comunidade na construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Os serviços públicos de saúde constituem um espaço onde usuários, trabalhadores do serviço, professores, estudantes e gestores podem compartilhar experiências e saberes para a modelagem de um agir cumpliciado com a defesa da saúde e da vida daqueles que recebem o cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. Os sentidos de Cuidado em Práticas Populares Voltadas para a Saúde e a Doença. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro – Abrasco, 2004. p. 187- 203.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.16, p. 39-52, 2005.

ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p.323-331, jul./set. 2005.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, P. Quando direito e economia se encontram: governabilidade e efetivação do direito à saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Cuidar do Cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008. p. 79-96.

AYRES, JR. de C.M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1.p. 15-19, 2004a.

_____. O cuidado, ao modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004 b.

_____. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr, C.E.A. (orgs.). **Críticas e Atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, cap.6, p. 91-108.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 227 p. Título original: **L'Analyse de contenu**.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BH-Vida**: promoção da saúde e organização dos serviços. Belo Horizonte. 2002

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **BH-Vida**: Saúde Integral. Belo Horizonte, 3ª versão, março/2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Agenda de Compromissos pela Saúde Integral da Criança e Adolescente e Redução da Mortalidade Infantil. In: **BH VIVA CRIANÇA**: ompromisso com a Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente. 2004a 192p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde - SUS/BH. **Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher**, 2004b. 40p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **A atenção básica de saúde em Belo Horizonte**: recomendações para a organização local. Belo Horizonte, maio, 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos Sanitários**. Disponível em: http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4349&id_nivel1=-1. Acesso em: 19/07/2007. 2007a

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte Disponível em: http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/PMS_BH_2005_2008.pdf?id_conteudo=12107&id_nivel1=-1. Acesso em: 05 nov. 2007b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Nordeste. **Seminário de Avaliação do Distrito Sanitário Nordeste**. 2008. p.157.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Diário Oficial da União. Brasília, 20/09/1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Portaria 267 de 06 de Março de 2001. de 10 de outubro de 2006. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do programa Saúde da Família (PSF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/saudeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_03_03_2001.pdf. Acesso em 25/01/2008.

_____. Lei nº. 10.406 de 10/01/2002. Institui o Código Civil. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em 23/07/2007b.

_____. Portaria 154 de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf/portarias/NASF.doc>. Acesso em 25/01/2008.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOEHS, A. E. *et al.* A interface necessária entre enfermagem, educação e saúde e o conceito de cultura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.307-314, abr./jun. 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 14.ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 199p.

CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clin.**, v.33, n.2, p. 92-102, 2006.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro – Abrasco, 2003. p. 35-44.

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, v. 8, n. 2, p. 569-584. 2003.

CAMPOS, L.; WENDBAUSEN, A. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.271-279, abr./jun. 2007.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, Abrasco, 2001. p. 39-63.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, Abrasco, 2001. p. 39-63.

COSTA, A.; M. integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

CREVELIM, M.A. PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2007.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 17-27, Jan. 2008.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde – a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4ª ed. São Paulo, 2007, cap.4 , p.125-133.

FRANCO, T.B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4ª ed. São Paulo, 2007, cap.2, p.37-54.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 1996 (coleção leitura). 148p.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.200-206, jan./fev, 2005.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde**: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 166p.

GARIGLIO, M. T.; RADICCHI, A. L. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 163-355. 2008

GOMES, A. M.T.; OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S.C. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Psicologia: teoria e prática**, edição especial, p.79-90, 2004.

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005. p.105-116.

GOMES, M.C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p. 287-301, marc./ago. 2005.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro – Abrasco, 2004. p. 75 – 90.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. (Obra adaptada por SIMAN, L.M.). Editora Artes Médicas, Porto Alegre; Editora UFMG, Belo Horizonte, 1999.340p.

LOPES, T.; C. *et al.* O trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; A. (orgs). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 29-40.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MACHADO, F.R.S. *et al.* As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro – Abrasco, 2004. p. 57 – 74.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MADEIRA, L. M. *et al.* Escuta como cuidado: é possível ensinar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; A. (orgs). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 185-198.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Tradução de Márcia C. de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 167p.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**. Compêndio de Sociologia Compreensiva. Tradução: Aluizio Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 1988, p.294.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis: Vozes, 1996. 350p

MAFFESOLI, M. **O ritmo da vida**: variações sobre o imaginário pós-moderno. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2007. 223p.

MALTA, D.C. *et al.* Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrado. In: CAMPOS, C.R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. 1.ed. São Paulo: Xamã, 1998. 387p. cap.6, p. 121-141.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 2, p. 433-444. 2004.

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

_____. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. PINIERO, P.; MATTOS, R. A. (orgs). Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005. p.33-46.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 223 - 295.

MENEZES, D. C. S. *et al.* Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.36, p.553-559, marc. 2006.

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

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R *et al.* **Sistema de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 305-314. 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo, HUCITEC, 2006.

MONTICELLI, M.; ELSEN, I. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.167-176, abr./jun. 2005.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configurações e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, sup, p. 1819-1829, 2007

PENNA, C. M. M. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1997. 155p.

PENNA, C. M. M. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p.80-88, jan./mar. 2007.

PEREIRA, Q. L. C. *et al.* Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.320-325, abr./jun. 2007.

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. (orgs). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro – Abrasco, 2001. p. 65 - 112.

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

PINHEIRO, P; GUIZARDI, F.L. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro – Abrasco, 2004a. p. 37-55.

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

PINHEIRO, R. *et al.*. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. PINIERO, P.; MATTOS, R. A. (ORGS). Rio de janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005. p.11-31.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; A. (orgs). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p.5-28.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D.; Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.27-34, jan./fev. 2003.

RANGEL-S, M.L. Epidemia e mídia: sentidos construídos em narrativas jornalísticas. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.2, p.5-17, jul./dez. 2003.

RODRIGUES, D. P. *et al.* O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.277-286, abr./jun. 2006.

ROSA, W.A.G. LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/>. Acesso em: 22 mar. 2007.

RUGOLO, L. M. S. S. *et al.* Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Rev. Bras. Matern. Infant**, Recife, v.4, n. 4, p.423-433, out./dez. 2004.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SILVA JR, A. G.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro – Abrasco, 2003. p. 113-128.

SILVA, R.V.B. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro – Abrasco, 2004. p. 75 – 90.

SILVA, T.C.S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. 2006, 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2006.

SILVA, F. H.; GOMES, R. S. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Cuidar do Cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2008. p. 297-310.

SOUZA, E. C. F.S. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise de percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.5100-5110. 2008.

SOUZA, L. B. *et al.* Educação, Cultura e Participação Popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev. Enferm, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 107-112, jan./mar, 2008.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro – Abrasco, 2003. p. 89 – 111.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. **Esc. Anna Nery**, v.11, n.1, p.155-159, mar. 2007.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.233-238, abr./jun. 2007.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987. p.116-175.

VALLA, V.; V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 2, p. 7-18, 1998.

VÁZQUEZ, M.; L. *et al.* Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 579-591, marc./abr. 2003.

VIEGAS, S. M. F. **O cuidado na Estratégia Saúde da Família: a vivência do enfermeiro com o cliente**. 2005, 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2005.

WALDOW, V. R. Cuidar / Cuidado: O domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. (orgs.) **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 1, p.7-30

WALDOW, V. R. **O cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004. 237p.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-la a participar de uma pesquisa que tem por objetivo compreender sua percepção sobre o acompanhamento pela equipe do Centro de Saúde no pré-natal, após o parto e como mãe de uma criança que está fazendo controle. Esse estudo é para que eu receba o título de Mestre em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ele é de minha responsabilidade, Regiane Veloso Santos, enfermeira, e da Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora da Escola de Enfermagem – UFMG.

Para conhecer sua percepção sobre o acompanhamento que recebeu desde o pré-natal até o controle que seu filho está recebendo no Centro de Saúde, você será entrevistada e responderá questões sobre o que pensa dessa assistência. As respostas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel a elas, estando à sua disposição para ouvi-la, se assim o desejar. Diante da possibilidade de você se sentir constrangida ao responder as perguntas, a entrevista será realizada em local reservado e a sua participação não acarretará a você nenhum prejuízo de qualquer natureza.

Sua colaboração é voluntária e o seu nome não será revelado. Firmo o compromisso de que as respostas serão utilizadas apenas para fins deste estudo e os resultados serão publicados em artigos e congressos.

O risco de constrangimento descrito acima é de pequena gravidade diante das garantias descritas e é aceitável porque espera-se que esta pesquisa possa contribuir para melhorar a assistência prestada às mulheres e a seus filhos, durante a gravidez e após o nascimento dos filhos, além de considerar que vocês são importantes também no planejamento do atendimento.

Você deve saber que antes de dar seu consentimento para participar desta pesquisa, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de suas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, em duas vias, ficando uma em seu poder.

Atenciosamente,

Regiane Veloso Santos.

De acordo:

Nome: _____ R.G. _____

Assinatura: _____ Belo Horizonte, ____/____/____

Nome da pesquisadora: Regiane Veloso Santos Tel: (31) 91848483

Orientadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3248-9867

COEP-UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270.901. Tel: (31) 3409-4592

CEP-SMSA/PBH: Av. Afonso Pena, n°2336, 9º andar, Funcionários, Belo Horizonte/MG. CEP: 30.130.007. Tel: (31) 3277-5309.

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data: ____/____/____

Nº da Entrevista: _____

Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Nome da Entrevistada: _____

Idade: ____Anos

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Equipe de Saúde da Família: _____

Idade do último filho: _____

Nº de filhos: _____

- 1) Descreva como foi seu acompanhamento aqui no Centro de Saúde desde o momento em que foi agendada a primeira consulta de pré-natal até o período após o parto;**
- 2) Descreva como foi o acompanhamento que seu filho (a) recebeu aqui no Centro de Saúde desde o nascimento.**
- 3) O que você pensa sobre o acompanhamento recebido por você e seu filho?**
- 4) O que você gostaria que fosse diferente nesse acompanhamento ? Por que?**
- 5) Você gostaria de dizer mais alguma coisa?**

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Belo Horizonte, Setembro de 2007.

Ilma. Sr^a Cláudia Regina Soares Baulmfeld

Gerente do Centro de Saúde São Gabriel – SMSA/PBH

Solicito sua autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente **“Integralidade no micro-espço de produção do cuidado: a percepção das usuárias sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido de uma Unidade Básica de Saúde”**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, de autoria de Regiane Veloso Santos, orientada pela Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna.

O estudo tem como objetivo compreender a percepção que as usuárias têm da Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido, após percorrê-la enquanto gestante, puérpera e mãe de um criança que está inserida na puericultura. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com usuárias do Centro de Saúde, convidadas a participar.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. S^a para realizar o estudo proposto no Centro de Saúde São Gabriel, e, posteriormente, apresentá-lo ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EMI/EEUFMG e aos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG e da

SMSA/PBH. Na oportunidade, solicito também a autorização para divulgar a identificação do Centro de Saúde.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos da pesquisa, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Certo de contar com a atenção de V. S^a, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

REGIANE VELOSO SANTOS

Identificação: MG- 10.261.571

Endereço: Rua Pouso Alegre, nº666, ap. 404, Bairro Floresta, Belo Horizonte.

Telefone: (0xx31) 91848483. E-mail: regivel@bol.com.br

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Telefone: (0xx31)3248-9867

Telefone COEP – UFMG: (0XX31) 3499-4592

De acordo,

Nome:

Cláudia Regina Soares Baumfeld

Assinatura:

Cláudia R. S. Baumfeld
 CLÁUDIA R. S. BAUMFELD
 GERENTE C.S. SÃO GABRIEL
 MASP 201678-3
 DISANCI/COM/3574

Identificação:

Gerente C.S. São Gabriel 4.1.184240

Cargo:

Gerente

Instituição:

SMSA / C. Saúde São Gabriel

Belo Horizonte, 26 / 09 / 2007.

ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Belo Horizonte, Outubro de 2007.

Ilma. Dra Rejane Ferreira Reis

Gerente do Distrito Sanitário Nordeste – SMSA/PBH

Solicito sua autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente **“Integralidade no micro-espço de produção do cuidado: a percepção das usuárias sobre a linha do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido de uma Unidade Básica de Saúde”**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, de autoria de Regiane Veloso Santos, orientada pela Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna.

O estudo tem como objetivo compreender a percepção que as usuárias têm da Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido, após percorrê-la enquanto gestante, puérpera e mãe de um criança que está inserida na puericultura. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com usuárias do Centro de Saúde, convidadas a participar.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. Sª para realizar o estudo proposto no Centro de Saúde São Gabriel, e, posteriormente, apresentá-lo ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EMI/EEUFMG e aos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG e da

SMSA/PBH. Na oportunidade, solicito também a autorização para divulgar a identificação do Centro de Saúde.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos da pesquisa, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Certo de contar com a atenção de V. S^a, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

REGIANE VELOSO SANTOS

Identificação: MG- 10.261.571

Endereço: Rua Pouso Alegre, nº666, ap. 404, Bairro Floresta, Belo Horizonte.

Telefone: (0xx31) 91848483. E-mail: regivel@bol.com.br

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Telefone: (0xx31)3248-9867

Telefone COEP – UFMG: (0XX31) 3499-4592

De acordo,

Nome:

Regiane Ferreira dos Reis
GERENTE NÍVEL I GERSA - NE
RG 71.808-8

Assinatura:

Regiane Ferreira dos Reis

Identificação:

Cargo:

Gerente nível I GERSA-NE

Instituição:

Pesquisa municipal Belo Horizonte

Belo Horizonte, 31 / 10 / 2007.

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPTº DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia

CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 248-9860 FAX.: 248-9859 E-mail: emi@enf.ufmg.br

PROJETO DE PESQUISA "A integralidade no micro-espço da produção do cuidado: a percepção das usuárias sobre a linha de cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido de uma Unidade Básica de Saúde"

INTERESSADA : Profª Dra Cláudia Maria de Mattos Penna.

RELATOR:. Prof. Dr. Lúcio José Vieira

Histórico

Em 17/10/07 recebi da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública o Projeto de Pesquisa "A integralidade no micro-espço da produção do cuidado: a percepção das usuárias sobre a linha de cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido de uma Unidade Básica de Saúde", de interesse da Profª Dra Cláudia Maria de Mattos Penna, para análise e emissão de parecer.

Mérito

O estudo será realizado numa Unidade Básica de Saúde (UBS), pertencente ao Distrito Sanitário Nordeste, do município de Belo Horizonte onde foi construído e implementado um trabalho referenciado nas linhas de cuidado com a construção entre outras, da Linha de Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido. Embora a construção de linhas de cuidado pretenda garantir o "caminhar do usuário" numa rede de serviços integrada que o elege como "elemento estruturante de todo o processo e produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartilhada" (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006 p.130), na UBS em questão os usuários não tiveram a participação no planejamento da linha de cuidado implementada. Desse modo, parte-se do pressuposto de que existem necessidades que não foram contempladas na linha de cuidado implementada. Portanto, a pesquisa proposta tem como objetivo compreender a percepção dos usuários sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e Recém-nascido, após percorrê-la enquanto gestante, puérpera e mãe de uma criança que está inserida na puericultura. O projeto de pesquisa contempla um referencial teórico abrangente e atualizado, de modo a fundamentá-lo e justificar a importância e relevância do estudo proposto. A metodologia escolhida é de natureza qualitativa fundamentada nos pressupostos da Sociologia Compreensiva. Utilizar-se-á o estudo de caso como estratégia de investigação desta pesquisa, onde os sujeitos estão claramente descritos, bem como os critérios de inclusão. Os sujeitos da pesquisa receberão informações sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo, e ao concordarem em participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 CNS). A coleta de dados primários se dará através de entrevistas

Aprovado em reunião de Câmara Departamen-

tal de EMI em 22/10/2007

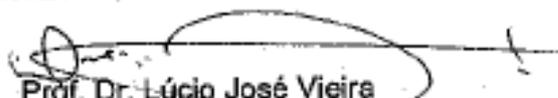
Prof. Dr. José Gustavo Rodrigues Mendes
 Chefe de Serviço Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem/UFMG

semi-estruturadas, complementada pela observação direta. Para a coleta de dados secundários serão utilizados documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e documentos internos da UBS em estudo. Para o tratamento e análise de dados utilizar-se-á da metodologia proposta por Minayo (2006). Há previsão orçamentária suprida através de recursos próprios e o cronograma de trabalho está bem descrito com término previsto das atividades em fevereiro de 2009. Esta pesquisa é relevante na medida em que poderá contribuir para a melhor assistência a este grupo de usuários, além de contribuir para a sua inserção no planejamento desta linha de cuidado e, também, para o ensino e a prática neste campo de conhecimento.

Conclusão

Pelo acima exposto, somos SMJ da Câmara Departamental do EMI de parecer favorável à aprovação do Projeto de Pesquisa "A integralidade no micro-espaço da produção do cuidado: a percepção das usuárias sobre a linha de cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido de uma Unidade Básica de Saúde" de interesse da Prof^a Dra Cláudia Maria de Mattos Penna.

Belo Horizonte, 18 de novembro de 2007


Prof. Dr. Lúcio José Vieira
Relator

ANEXO D

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

Parecer nº. ETIC 544/07

Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna
Departamento de Enfermagem Materno Infantil
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de dezembro de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Integralidade no micro-espço de produção do cuidado: a percepção das usuárias sobre a linha do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido de uma Unidade Básica de Saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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



Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO E



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

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 094/2007

I – Identificação

Título do Projeto: “ A integralidade no micro-espaco da produção do cuidado: a percepção de usuárias sobre a linha de cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido de uma Unidade Básica de Saúde.”

Pesquisador responsável: Cláudia Maria de Mattos Penna /Regiane Veloso Santos

Instituição responsável: Faculdade de Enfermagem- Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG

Instituição onde se realizará a pesquisa: Centro de Saúde São Gabriel-SMSA

II – Objetivo

Geral: Compreender a percepção das usuárias sobre a Linha do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido, após percorrê-la enquanto gestante, puérpera e mãe de criança que está inserida na puericultura.

III – Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na sociologia compreensiva que visa compreender a percepção das usuárias de uma unidade de saúde de Belo Horizonte sobre a Linha do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido. A coleta de dados primários se dará através de entrevista semi estruturada, obedecendo o critério de saturação dos dados e será complementada pela observação direta. As fontes de dados secundários serão os prontuários e documentos da Secretaria Municipal de saúde. A análise dos dados será feita buscando *unidades de significados e discussão com a literatura*.

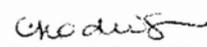
IV – Comentários do Relator:

O estudo apresenta relevância, pertinência e atualidade. A metodologia é adequada. As medidas protetoras propostas são adequadas ao grau de vulnerabilidade dos sujeitos. A proposta de divulgação dos resultados está adequada. A análise crítica dos riscos e benefícios está de acordo com a resolução 196/96 do CNS. . Cronograma de realização da pesquisa está adequado. O TCLE está adequado.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

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.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2008.