

Selma Maria da Fonseca Viegas

**A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS
DO VALE DO JEQUITINHONHA – MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2010

Selma Maria da Fonseca Viegas

**A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS
DO VALE DO JEQUITINHONHA – MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Maria de Mattos Penna
Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte

2010

V656i Viegas, Selma Maria da Fonseca.
A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais [manuscrito]. / Selma Maria da Fonseca Viegas. - - Belo Horizonte: 2010.
282f.: il.
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Programa Saúde da Família. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Estudos de Casos. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 308



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem

Tese intitulada “A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais, de autoria de Selma Maria da Fonseca Viegas, defendida e aprovada, em 29 de outubro de 2010, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Maria de Mattos Penna – Orientadora EEUFMG

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres – FMUSP

Prof^ª. Dr^ª. Rosane Gonçalves Nitschke – UFSC

Prof^ª. Dr^ª. Roseni Rosângela de Sena – EEUFMG

Prof^ª. Dr^ª. Maria José Menezes Brito – EEUFMG

*D*edico este trabalho a meus queridos

*Mateus e Rômulo,
Razão de minha vida.*

Mateus, sem você não teria a coragem de perseguir aquele sonho... depois muitos vieram, e assim, sua compreensão e incentivo foram imprescindíveis para concretizá-los. Em seus olhos é que eu vejo onde juntos poderemos chegar.

Rômulo, orgulho da Mamãe e estímulo permanente para meus ideais. Um dia pensei que eu teria que trilhar um caminho onde as pegadas se fizessem de exemplo para que você pudesse segui-las. Hoje sei que não era isso, mas sim a construção que fizemos juntos, em família, para trilhar esse caminho e chegarmos até aqui. Obrigada por apoiarem minhas escolhas, por apostarem em meus sonhos e por iluminarem cada trilhar de minha vida. Amo vocês.

Em especial agradeço,

A Deus, pela oportunidade de vida e por sua divina intercessão ao me propiciar momentos ricos em experiências e em aprendizados. Sinto-me abençoada.

A minha família, alicerce de minha vida.

A minha Mamãe, pelo exemplo de amor e terna paciência, mesmo frente aos desafios que a vida nos impõe. Obrigada pela acolhida e presença em todos os momentos alegres e tristes de nossas vidas.

A meu Papai, por ter me impulsionado o gosto pelo trabalho e pelos estudos, também por sua determinação de que todos os filhos deveriam estudar.

A meus irmãos Fábio, Osvaldo, Ney e a minha irmã Rosamônica por nossa união e pelo incentivo para percorrer esta trajetória. Em especial, a Rosamônica pelo design gráfico desta tese.

A meus sobrinhos e minhas sobrinhas pelos momentos doces e felizes.

À Dinha, minha avó e madrinha (in memoriam), com quem aprendi a amar, olhando o mundo com as lentes do simples e do humilde, reconhecendo em ser sensível a fortaleza de existir, doar, receber e compartilhar. Eternamente querida.

Ao Sr Tião, meu sogro, (in memoriam), pelas palavras simples, cheias de credibilidade, incentivo e motivação que me ajudaram a trilhar a vida acadêmica e a profissional. Saudade...

Aos demais familiares, pelas orações e por acreditarem que unidos seremos mais felizes.

Agradecimentos

Ao terminar este estudo, quero expressar meu reconhecimento e minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para sua realização.

A minha orientadora, Cláudia Maria de Mattos Penna, pelos anos de estar-junto com parceria, respeito, confiança e amizade. Obrigada pela disponibilidade, compreensão, ensinamentos e apoio fundamentais durante todo o processo de criação e elaboração desta tese.

Aos informantes deste trabalho, verdadeiros colaboradores, pela oferta do seu pensar sobre a integralidade no cotidiano dos Serviços. Obrigada sempre!

A Roseni Pinheiro e Sônia Maria Soares, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Aos professores que aceitaram compor a banca de defesa, se dispondo a ler, ouvir e debater, somando ideias e pontos de vista.

A Sônia Maria Soares e Mércia Heloisa Ferreira Cunha, pela acolhida no Mestrado. A Mércia, por ter me conduzido no início e a Sônia por ter me guiado ao longo da trajetória. Obrigada sempre!

À Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e a seus docentes, pela formação na graduação.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, por proporcionar-me a oportunidade de cursar a Pós-Graduação em nível de Mestrado e Doutorado.

A Cíntia, pelo afável convívio.

À amiga Maristela, obrigada pelo apoio nas alegrias e nos momentos difíceis, pelos desafios enfrentados no longo percurso percorrido entre Diamantina e Belo Horizonte ... eu achava que a volta era sempre mais longa... Nunca esquecerei...

Aos amigos conquistados durante a trajetória: Regiane, Ana Paula, Carla, Danúbia, George. Obrigada a vocês pelos momentos que vivemos e a nossa orientadora, por ter nos propiciado esse encontro que trouxe muito para as nossas vidas.

A meus amigos e minhas amigas que acompanharam todo esse processo, me apoiando e torcendo, mesmo de longe, para a realização desse sonho. Em especial, aos amigos e amigas diamantinenses.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, pelo apoio financeiro na concessão da Bolsa de Doutorado.

Às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Datas, Diamantina e Gouveia, nas pessoas dos Senhores Secretários e demais Funcionários, pela colaboração que me foi dispensada e por me abrirem as portas para a realização da pesquisa de campo.

A Solange Nobre, pela revisão.

Por fim, agradeço aos usuários do SUS que cruzaram minha vida durante a trajetória profissional e acadêmica e que, nos encontros, muito me ensinaram e me fizeram acreditar em uma Saúde melhor no cotidiano dos Serviços.

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”.

João Guimarães Rosa

RESUMO

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. **A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais**. Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna. 2010. 282 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

Estudo de casos múltiplos holísticos de abordagem qualitativa fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Objetivou compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha-MG: Datas, Diamantina e Gouveia. Esses cenários vêm se transformando na prestação de assistência à saúde, principalmente da atenção primária, devido à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) entre 1995-1998, que trouxe complexos desafios a serem superados para consolidar um modelo de atenção que valorize as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Os sujeitos do estudo foram profissionais de equipes Saúde da Família, equipes de apoio e gestores em um total de 48 pessoas de sete equipes locais em seis Unidades Básicas de Saúde. Para a coleta de dados, realizou-se observação direta com 43 sujeitos e entrevistas, a partir de um roteiro semi-estruturado, com 35; porém cinco foram apenas entrevistados e dois foram abordados em conversas sem roteiro estruturado para a coleta de dados referentes à história e ao contexto sócio-político do município. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2008) e foram organizados em seis categorias: 1. O olhar de uma pesquisadora – traz a interpretação sobre os dados advindos da observação; 2. Falando de integralidade – corresponde à compreensão dos atores sociais sobre a integralidade; 3. (Des)caminhos e (im)possibilidades de práticas integrais na ESF – discute as ações desenvolvidas no cotidiano dos profissionais, apontando para as (im)possibilidades da integralidade no dia a dia das equipes; 4. Os pilares da integralidade: a comunhão da ideologia e os entraves no cotidiano – traduz a convergência dos dados nos casos múltiplos e mostra os fundamentos para a integralidade em saúde: o vínculo; o perfil e a formação profissional; a hierarquização dos serviços e a implicação da referência e contrarreferência no dia a dia do Sistema; 5. Implicações da integralidade na gestão em saúde – ressalta a importância e a complexidade da formulação de estratégias de gestão municipal em saúde na luta pela construção da integralidade; 6. Uma agenda para a integralidade – apresenta propostas para contribuir com aqueles que buscam consolidar as práticas de integralidade. A noção explícita pelos informantes é de que a integralidade não se limita à formulação de políticas, à articulação de técnicas ou de determinadas formas de intervenção em saúde, mas se fundamenta, também, no resgate do indivíduo e do coletivo como o centro do cenário da prestação da atenção à saúde na ESF, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Os dados apresentam que já existem direções e iniciativas que buscam construir uma atenção diferenciada na prática cotidiana. A pretensão é de que este trabalho possa contribuir com a construção do corpo de conhecimento sobre o tema da integralidade para a Estratégia Saúde da Família. Aspira-se também contribuir para a prática cotidiana de profissionais, equipes Saúde da Família e gestores municipais, apresentando-lhes estratégias que possibilitem a melhoria dos Serviços implantados, analisando os fatores que incidem na efetividade da integralidade em saúde, para servir de base a possíveis intervenções visando a melhoria do atendimento aos usuários da ESF das realidades investigadas.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Programa Saúde da Família; Estudos de Casos.

ABSTRACT

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. **Integrality in the Quotidian of Family Health Strategy in cities of Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brazil.** Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna. 2010. 282 f. Thesis (Nursing Doctorate) – Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

Multiple case studies of qualitative approach based on the Quotidian Comprehensive Sociology. The objective was to understand the construction of integrality practices in health in the everyday work of Family Health teams and of managers of cities from Vale do Jequitinhonha-MG: Datas, Diamantina, Gouveia. These sceneries are changing, when it comes to health assistance, especially in primary attention, due to the implementation of Family Health Strategy (FHS) between the years 1995 – 1998. The FHS brought complex challenges to be overcome in order to reinforce the attention model that values actions of health promotion, disease prevention and integral attention to people. The subjects of this study were professionals of Family Health, support teams and managers, coming to a total of 48 people from seven teams located in six Basic Health Units. To collect data, direct observation was done with 43 subjects, and interviews based on semi-structured script were done with 35 subjects. It is important to highlight that five subjects were only interviewed and two of them were approached during conversations with a non-structured script for data collection related to the history and to the social-political context of the city. The data was submitted to Thematic Content Analysis proposed by Bardin (2008) and organized in six categories: 1. The look of a researcher – brings the interpretation of the observed data; 2. Talking about integrality – corresponds to the comprehension of the social actors when it comes to integrality; 3. Pathways and possibilities: both sides of integral practices in the FHS – discuss the actions involved in the everyday of professionals, pointing the possibilities of integrality in the everyday of teams; 4. The pillars of integrality: the communion of ideology and the barriers of quotidian – translates data convergence in the multiple cases and shows the fundamentals to integrality in health: the bond; the professional formation and the profile, the hierarchy process of services and the implication of reference and of counter-reference in the everyday of the System; 5. Implications of integrality in health management – highlights the importance and the complexity of a municipal health strategy formulation to construct integrality; 6. An agenda to integrality – presents proposals to contribute to those who seek to reinforce integrality practices. The notion expressed by the informants is that integrality is not limited to policies formulation, or to articulation of technique or of certain ways to intervene in health. This notion is also based on the rescue of individual and collective as the center of health care in the FHS, and the family is the action space. Data show that there are already directions and initiatives that seek to construct a differentiated action in everyday practice. This work is intended to contribute to the construction of knowledge about the theme of integrality to the Family Health Strategy. It also aspires to contribute to the daily practice of professionalism of Family Health teams and municipal managers, presenting improvement strategies and analyzing the factors that influence the effectiveness of health integrality, which is the base of possible interventions seeking the improvement of attending the users of FHS in the studied sceneries.

Key Words: Comprehensive Health Care; Family Health Program; Case Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Igreja de Nossa Senhora do Carmo em Diamantina – Disponível em: www.diamantinanet.com.br	18
Figura 2- Igreja de Nossa Senhora do Rosário; sempre-viva; artesanato de palha; prédio da prefeitura e correios; morro do camelinho	28
Figura 3- Diamantina, grupo de caminhada de Cachimbos-ESF Datas-MG; festa junina dos grupos de caminhada da ESF de Diamantina	49
Figura 4- Igreja Gouveia-MG; mercado-velho Diamantina-MG, as pastorinhas Diamantina- MG; usina eólica Gouveia-MG; Igreja Nossa Senhora do Carmo Diamantina-MG; Casa da Chica da Silva Diamantina-MG; Beco do Motta Diamantina-MG; Caminho dos escravos Diamantina-MG	66
Figura 5- Localização do Vale do Jequitinhonha-MG	67
Figura 6- Paisagem do Rio Jequitinhonha-MG	68
Figura 7- Municípios do Vale do Jequitinhonha	69
Figura 8- Cidade de Datas-MG	70
Figura 9- Tombadouro Distrito de Datas-MG	70
Figura 10- Igreja Matriz do Divino Espírito Santo Datas-MG	70
Figura 11- Centro de Datas-MG	70
Figura 12- Cidade de Diamantina-MG	72
Figura 13- Cidade de Diamantina-MG	72
Figura 14- Cidade de Diamantina-MG	72
Figura 15- Casa de Juscelino Kubistchek Diamantina-MG	72
Figura 16- Casa de Chica da Silva Diamantina-MG	72
Figura 17- Mercado Velho Diamantina-MG	72
Figura 18- Passadiço da Glória Diamantina-MG	72
Figura 19- Beco da Tecla Diamantina-MG	72
Figura 20- Vesperata em Diamantina-MG	73
Figura 21- Festa do Divino Diamantina-MG	73
Figura 22- Café no Beco Diamantina-MG	73

Figura 23- Vista aérea de Gouveia-MG	75
Figura 24- Sempre-viva vegetação local.....	75
Figura 25- Centro de Gouveia-MG	75
Figura 26- Matriz de Santo Antônio de Gouveia-MG	76
Figura 27- Praça do Centro de Gouveia-MG	76
Figura 28- Praça do Centro de Gouveia-MG	76
Figura 29- UBS da ESF Serrinha Gouveia-MG	76
Figura 30- Grupo Caminhada Serrinha Gouveia-MG	76
Figura 31- Foto da pesquisadora	77
Figura 32- Grupo de Caminhada ESF Diamantina-MG	95
Figura 33- Grupo de Caminhada ESF Diamantina-MG	95
Figura 34- Grupo de Caminhada ESF Diamantina-MG	95
Figura 35- Grupo de Caminhada ESF Diamantina-MG	95
Figura 36- Passeio Grupos de Caminhada Diamantina: oração e partilha no café da manhã	96
Figura 37- Passeio Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG: almoço	96
Figura 38- Passeio Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG: sorteio de brindes	96
Figura 39- Passeio Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG: dança	96
Figura 40- Carnaval dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	97
Figura 41- Carnaval dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	97
Figura 42- Carnaval dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	97
Figura 43- Carnaval dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	97
Figura 44- Festa Junina dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	98
Figura 45- Festa Junina dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	98
Figura 46- Festa Junina dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	98
Figura 47- Festa Junina dos Grupos de Caminhada ESF Diamantina-MG	98
Figura 48- Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG	101
Figura 49- Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG	101
Figura 50- Posto de Saúde do Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG	102
Figura 51- Posto de Saúde do Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG	102
Figura 52- Posto de Saúde do Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG	102
Figura 53- Posto de Saúde do Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG. O carro da Saúde ..	102
Figura 54- Festa Junina ESF Diamantina-MG; Carnaval ESF Diamantina-MG; passeio grupos de caminhada ESF Diamantina-MG; grupo educativo Escola do Distrito de	

Palmital Datas-MG	107
Figura 55- UBS ESF Serrinha Gouveia-MG; visita domiciliar Diamantina-MG; visita domiciliar distrito de Palmital Datas-MG; distrito Fazenda Santa Cruz Datas-MG	141
Figura 56- Grupo Caminhada ESF Serrinha Gouveia-MG; carnaval ESF Diamantina-MG; atividade física grupos caminhada ESF Diamantina-MG	186
Figura 57- Centro de Saúde Distrito Palmital Datas-MG; Posto de Saúde Distrito Fazenda Santa Cruz Datas-MG; Posto de Saúde Distrito Cachimbos	210
Figura 58- Mãos. Disponível em: http://mikearpp.blogspot.com/2009/11/as-maos-dos-surdos.html	229
Figura 59- Quebra-cabeça. Disponível em: http://sonreglom.blogspot.com/2009_04_27_archive.html	236
Figura 60- Livraria Diamantina-MG	249
Quadro 1- Sujeitos da Pesquisa	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	- Agente de Consultório Dentário
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
BA	- Bahia
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CISAJE	- Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Jequitinhonha
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
EC	- Emenda Constitucional
EMATER	- Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
GRS	- Gerência Regional de Saúde
HIPERDIA	- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPHAN	- Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IPSEMG	- Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
MG	- Minas Gerais
NO	- Notas de Observação
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PIB	- Produto Interno Bruto
PMA2	- Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação
PMNPC	- Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares

PNEPS	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNPS	- Programa Nacional de Promoção da Saúde
PSF	- Programa Saúde da Família
SSA2	- Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias na área/equipe
SUS	- Sistema Único de Saúde
TFD	- Tratamento Fora do Domicílio
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UFVJM	- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1	A GÊNESE DO ESTUDO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	28
2.1	A Integralidade e as Políticas de Saúde no Brasil: um cenário de desafios para a efetivação dos direitos	29
2.2	A Integralidade como princípio fundamental do Sistema Único de Saúde	37
2.3	A integralidade e a Saúde da Família como estratégia de mudança	40
3	A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA	49
3.1	Cenários e Atores Sociais do Estudo	57
3.2	Considerações Éticas	59
3.3	Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	60
3.4	Análise dos dados	62
4	UM PASSEIO PELO VALE	66
4.1	Datas-MG	69
4.2	Diamantina-MG	71
4.3	Gouveia-MG	74
5	O OLHAR DE UMA PESQUISADORA...	77
5.1	Os contratempos e a bonança no dia a dia das equipes da ESF	91
5.2	Histórias de vida na construção da assistência integral em saúde	101
6	FALANDO DE INTEGRALIDADE	107
6.1	Integralidade: princípio de vida – Datas-MG	109
6.2	Integralidade em Diamantina é cuidar da “pessoa”	119
6.3	Integralidade: é muito amplo! Às vezes, não damos conta dessa amplitude – Gouveia-MG	130
6.4	A múltipla interpretação dos três casos holísticos	138
7	(DES)CAMINHOS E (IM)POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS INTEGRAIS NA ESF	141
7.1	A Integralidade no cotidiano das equipes de Datas-MG	143
7.2	A ESF promove a Integralidade – Diamantina-MG	157
7.3	A Integralidade do cuidado às pessoas em Gouveia-MG	172
7.4	Confrontando as ações cotidianas das equipes dos três casos	183
8	OS PILARES DA INTEGRALIDADE: A COMUNHÃO DA IDEOLOGIA E OS ENTRAVES NO COTIDIANO	186
8.1	O vínculo na construção da integralidade	187
8.2	O perfil e a formação profissional e suas conexões com a integralidade	193
8.3	Referência e contrarreferência: uma via interdita?	202
9	IMPLICAÇÕES DA INTEGRALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE ..	210

10	UMA AGENDA PARA A INTEGRALIDADE	229
11	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	236
	REFERÊNCIAS	249
	APÊNDICES	269
	ANEXOS	279



1 GÊNESE DO ESTUDO

1 A GÊNESE DO ESTUDO

“Ousemos dizer: o que nos liga ao passado é uma garantia para o futuro. É igualmente isto que propicia ao presente seu aspecto mais vivaz. Importância do inicial”.

Michel Maffesoli

Integralidade... Há sempre um começo... Princípio consagrado pela Constituição de 1988, um dos pilares na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa construção, a Saúde passa a trilhar novos caminhos, pois a perspectiva da integralidade implica em um novo modo de ver os sujeitos, novas práticas e organizações do processo de trabalho e novas formas de promover a vida.

O caminho para a chegada ao tema desta pesquisa confunde-se com minha própria trajetória acadêmica e profissional. Por isso, nesse início da apresentação do tema proposto, vou destacar os aspectos de experiências vividas e a trajetória construída com o tema integralidade.

Este é um momento de memórias: sequer precisa de uma história oficial. Momento em que as normas técnicas e o rigor acadêmico cedem lugar às vivências, fugir dos protocolos em uma forma de poder conceder-me a oportunidade de dizer o porquê desta tese, fundamentada em minha trajetória profissional e acadêmica. Momento de mostrar como surgiu e se transformou, até que eu me encontrasse com o tema integralidade na Estratégia Saúde da Família (ESF), partindo do pressuposto de que é preciso gostar do objeto com que se trabalha para se ter o desejo de compreendê-lo. Dessa forma, tornou-se inevitável que as marcas dessa história se imprimissem nesse caminho.

A atuação da equipe multiprofissional na ESF sempre me despertou interesse e venho acompanhando o desenvolvimento desse trabalho desde o período de graduação em 1998, época em que se iniciava a implantação/implementação das equipes de Saúde da Família em Diamantina e outros municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, onde atuei profissionalmente.

A busca da compreensão dos pressupostos que sustentam a ESF tem sido uma constante em minha vida acadêmica. Minha vivência, durante a graduação na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), contribuiu para que surgisse, entre

outras inquietações, aquela referente às mudanças que levaram à composição de equipes de Saúde da Família sob as diretrizes e os princípios do SUS. Vivenciei a construção da ESF como voluntária nos processos de treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de cadastramento das famílias das primeiras equipes formadas em Diamantina. A partir desse momento, passei a buscar conhecimento e entendimento de uma nova forma de assistência à saúde, acreditando nessa proposta. Dediquei-me a ela de forma intensa ao trabalhar como colaboradora nesse município.

A primeira aproximação acadêmica ocorreu ao observar o acúmulo de atribuições do enfermeiro na ESF, além de assumir também, a supervisão e a capacitação de um novo membro da Equipe de Saúde, o Agente Comunitário de Saúde, o que resultou em uma reflexão sobre a necessidade de qualificação para o ACS, tema abordado em trabalho monográfico da graduação (VIEGAS, 2001).

A construção de uma identidade profissional consolidou-se gradativamente por meio de uma prática em saúde pública em um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por pouco tempo, em um hospital filantrópico. Esse percurso foi feito junto a equipes multiprofissionais e, particularmente, a usuários do SUS. Consolidou-se, também, com a experiência como educadora em estágios curriculares supervisionados e em sala de aula. Essa experiência foi me mostrando a necessidade de pensar como a formação profissional do enfermeiro era conduzida à luz da prática dos pressupostos do SUS e, de forma específica, na ESF. Minha preocupação, enquanto educadora, era a de apontar caminhos que pudessem aproximar a academia da realidade de saúde brasileira, ou seja, aliar os conhecimentos teóricos à construção de um saber oriundo da vivência do cotidiano das instituições públicas. Ao mesmo tempo, eu via a necessidade de contribuir com uma formação mais crítica em saúde, privilegiando o caráter interdisciplinar, uma vez que a Unidade Básica onde eu atuava, em Diamantina, recebia acadêmicos de outras áreas, além da de Enfermagem.

Sempre perseguia o objetivo de criar um espaço onde a prática e a teoria pudessem ser pensadas de forma menos fragmentada e mais próxima à realidade, envolvendo os acadêmicos em um trabalho de caráter interdisciplinar que contribuísse para a formação de enfermeiros comprometidos com a saúde pública, considerando a totalidade do sujeito, na promoção, na prevenção, na cura ou na reabilitação. Nem sempre o objetivo proposto era alcançado, mas tanto os alunos quanto eu e os docentes das demais áreas nos comprometíamos em buscá-lo.

Na vivência profissional, durante mais de cinco anos atuando em uma equipe urbana de PACS – projeto paralelo e anterior à ESF, mas ainda presente no Vale do Jequitinhonha – observei que dificuldades eram apontadas pelas equipes na implementação da integralidade no

exercício da ESF e do PACS. A ESF, no Vale do Jequitinhonha, mostra uma realidade de trabalho concretizado na região, mas ainda não foram esclarecidos os fatores facilitadores e os obstáculos apresentados na efetivação dos princípios que sustentam essa Estratégia.

Nessa trajetória, pude compreender que, apesar dos esforços realizados para se implantar um novo modelo de atenção à saúde, referindo-me à ESF, predominam ainda ações sustentadas em uma visão fragmentada da atenção à saúde e do ser cuidado. Entendo que é necessário superar essa visão reducionista e fragmentada da realidade, em busca de uma concepção integradora do processo saúde-doença, do ser humano envolvido nesse processo e da organização dos Serviços de Saúde.

As reflexões realizadas provocaram o retorno para a academia, com a construção do objeto de estudo que constituiu a Dissertação de Mestrado (VIEGAS, 2005), ao focar o cuidado do enfermeiro na ESF em municípios do Vale do Jequitinhonha. Os relatos dos enfermeiros, sujeitos do estudo, mostram os limites para a concretização de ações de saúde e as dificuldades encontradas pela equipe no cotidiano da ESF – relacionadas às características político-institucionais dos municípios, às características dos profissionais e às características organizacionais da atenção e do Sistema de Saúde. Tais limites configuravam um panorama avesso aos pressupostos que os enfermeiros atuantes em equipes da ESF do Vale do Jequitinhonha – informantes do estudo – buscavam para a atuação dentro da equipe.

Contudo eu percebia que algo se movia, em relação à trajetória da ESF no Vale do Jequitinhonha, uma região onde várias localidades eram privadas da atenção à saúde pelo difícil acesso aos Serviços. Após a implantação de equipes de PACS e ESF atingindo inclusive as zonas rurais, um dos princípios do SUS ganhava espaço e avançava. Percebia que a *universalidade do acesso* à atenção primária à saúde acontecia no Vale do Jequitinhonha. Creio que poderia resumir esse movimento, qualificando-o como um autêntico salto de qualidade ao entender que ao menos a porta de entrada tinha sido aberta, como passagem do sonho ao concreto, ao ver a população inclusa no atendimento das equipes de Saúde da Família. Em relação aos outros princípios do SUS, os dados empíricos evidenciaram que muitas atitudes e ações contemplaram sentidos da integralidade e da equidade.

Os resultados da dissertação de mestrado que teve por objetivo “compreender o cuidado na Estratégia Saúde da Família, considerando a vivência do enfermeiro com o cliente”, mostraram que o cuidado em saúde dos informantes promove a integralidade em seus vários sentidos: na escuta, no diálogo, na abertura, na ajuda, no acolhimento, na interação, no vínculo, no agir social e na dimensão espiritual. Ao longo da história do cuidado

de enfermagem, vê-se a busca incessante pela abordagem holística do ser humano, agora percebido não apenas como uma simples ação técnica:

Mas eu acho que o cuidar do enfermeiro dentro da estratégia do PSF, nossa! Abrange a família como um todo, o ser humano... É uma abrangência holística, se eu posso falar assim, você não pode estar fragmentando. Então o cuidado nosso é muito dessa visão global mesmo do ser humano. Você tem que estar olhando tudo... Você não pode estar olhando somente se ele é hipertenso, se ele é diabético, se ela está gestante, se ela veio pro exame de prevenção, se veio fazer uma vacina, se veio pesar. Acho que a gente olha tudo assim... (Safira)

Eu acho que o enfermeiro pode estar ajudando o paciente melhor ainda, mas a gente está superando muitas barreiras e estamos conseguindo trabalhar com o cliente integralmente sim (Ouro).

A integralidade para Xavier e Guimarães (2004, p. 152),

é essencialmente *cuidado*, o “lugar” em que se materializa e se torna visível. É também onde se torna *signo*, onde “aparece” segundo vários sentidos e é cognoscível. Promover o cuidado em seus variados aspectos é promover a integralidade. Não é difícil, a partir das principais palavras-signo identificadas com a integralidade – escuta, diálogo, abertura, interesse, acolhimento, tradução, negociação, interação e vínculo – reparar a total identificação com o cuidado (grifo dos autores).

Os resultados da dissertação de mestrado assinalaram, também, como é a integralidade do cuidado cotidiano na ESF de municípios do Vale do Jequitinhonha. É um valor que se expressa na forma como os enfermeiros respondem aos usuários que os procuram e apresentam uma assistência não reduzida somente a sua doença, mas com a capacidade de apreender suas necessidades de modo mais integral. Essas reflexões levaram-me a delinear alguns questionamentos: E a equipe? Como os outros profissionais da equipe veem a integralidade e sua implantação nas ações cotidianas nessa proposta de reorganização do modelo assistencial? E o gestor, como compreende e gerencia a integralidade?

As questões relacionadas ao planejamento e à gestão, na área da saúde coletiva, segundo Schraiber (1999), apontam alguns dos problemas enfrentados no cotidiano dos Serviços. Esses problemas significam, para os gestores, desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos. Em razão disso, entendemos que essas questões serão também problemáticas para o conhecimento, constituindo objeto de investigação, a fim de se explicarem suas origens e constituições, como forma de apoiar as resoluções concretas e particulares que o cotidiano dos Serviços demanda. Principalmente nas decisões tomadas pelo trabalho dos gestores, no exercício e na efetivação da integralidade como determinante das ações com interdisciplinaridade das técnicas e interação multiprofissional no trabalho em equipe.

Os profissionais e os usuários sabem que,

quanto mais claro for o sentido da ação dos trabalhadores dado pelo campo dos usuários, mais definitivo o modelo de atenção explicita-se como comprometido com a defesa da vida. Porém, sabe-se que se os gestores formais não conseguirem produzir esta “cumplicidade” usuário/trabalhador, não conseguirão construir políticas de saúde dirigidas por aquilo que lhes dá sentido, em última instância: ser instrumento de qualificação dos modos de se viver e se gastar a saúde, em sociedade (MERHY, 2007:28).

A busca da compreensão do tema proposto está fundamentada no observar, ouvir e interpretar, e se constitui como uma síntese do contexto das práticas vivenciadas, da ideologia e do estilo de pensamento produzido em minha trajetória, das atitudes tomadas e das relações estabelecidas no cotidiano dos encontros em Unidades de Saúde da Família de municípios do Vale do Jequitinhonha. Essa busca ocorreu, neste trabalho, por meio de uma abordagem dos sujeitos – profissionais e gestores da saúde – em seu contexto e em suas relações intersubjetivas, em um momento de mudanças e construção de práticas na ESF.

Esta breve retrospectiva histórica pretendeu mostrar o vínculo construído com a temática escolhida para o desenvolvimento da tese de doutoramento, assim como a proximidade com o contexto e com os sujeitos da pesquisa.

A integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar nas profissões da saúde, e ela não se define apenas como uma diretriz básica do SUS, mas pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, numa visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades. Como princípio doutrinário constitucional e fundamental do SUS, inscreve-se como um grande desafio da Saúde no Brasil, no processo de construção, implantação e consolidação de um modelo assistencial que tem sua base e suas diretrizes focadas na promoção, prevenção, cura e reabilitação. Isso implica em ações voltadas para a qualidade de vida das pessoas. Pois,

para avançar na consolidação do SUS, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde – entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde – e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (BRASIL, 2004, p. 21).

A saúde, como “produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores – na análise e na formulação de ações que visem a melhoria da qualidade de vida” (BRASIL, 2006a, p. 08).

A produção da saúde implica no “exercício das capacidades normativas dos sujeitos, em colocar em debate os valores que os orientam, o que envolve a própria configuração institucional das alternativas de intervenção” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006, p. 382).

A vida real dos Serviços de Saúde tem mostrado cotidianamente, em nosso país, que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura, prevenção e promoção, em uma visão abrangente do ser humano. Pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de Serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores, de maneira eficaz, com conquista dos resultados na cura na promoção e na proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de Saúde (MERHY, 2007).

A proposta da ESF constitui-se em um importante desafio, já que prevê uma ruptura com o modelo assistencial biomédico e a construção de uma nova prática e,

não são quaisquer ferramentas de governo que permitem agir em um modelo, centrado no usuário, que visa um novo modo de construir o cuidado e o forjamento de novos sujeitos em ação, comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos (MERHY, 2007, p. 35).

A proposta de um modelo de atenção na ESF, centrado na qualidade de vida das pessoas e na relação das equipes de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar, deve pautar-se em ações interdisciplinares organizadas em um território definido, em busca da melhoria das condições de vida e saúde da população. Porém, na prática, essa Estratégia ainda não conseguiu alcançar seus objetivos, pois a assistência ainda se fundamenta no modelo médico-centrado, com enfoque na doença e com atenção fragmentada. Entendo que a construção da integralidade depende das políticas formuladas, da organização do Sistema para sua implementação, das ações integradas em saúde, mas também do reconhecimento, por parte do profissional, de que a atenção à saúde deve ser sujeito-centrada. Apesar dos percalços que essa proposta enfrenta para se desenvolver no cotidiano das equipes da ESF, parto do pressuposto que os princípios do SUS têm avançado em sua concretização em um processo de trabalho multidisciplinar na ESF, designadamente a integralidade, objeto de estudo deste trabalho. Defendo a tese de que a integralidade esteja se construindo no cotidiano dos Serviços de gestores e das equipes da Estratégia Saúde da Família de municípios do Vale do Jequitinhonha-MG: especificamente em Datas, Diamantina e Gouveia.

Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por ações integrais em saúde, no qual o ser humano é visto

como ser completo, entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita, às equipes da ESF, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. A produção do cuidado dá-se em ações de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade. A prática cuidadora fundamenta-se no monitoramento e na articulação das diversas intervenções em saúde por meio do acompanhamento do caminhar do usuário pela rede de Serviços.

No cotidiano das equipes da ESF, a integralidade opera nos micro-processos de trabalho em saúde, nos fazeres de cada profissional que adota uma postura acolhedora e compromissada com os usuários, seus cuidados e cura, ao estabelecer vínculo, condutas e prioridades equânimes para assisti-los em função de suas necessidades. Essa construção da integralidade só será possível se permeada pela integração, para que os profissionais da equipe da ESF promovam a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo, o esforço coordenado em prol do mesmo fim – o usuário – a produção e a promoção de seu cuidado.

Nesse contexto, indagamos: como é construída a integralidade da assistência na ESF, considerando as especificidades de cada lugar? Como a integralidade é implementada no trabalho cotidiano de gestores e equipes de Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha? Que ações integrativas são realizadas pela equipe na ESF?

O objetivo do estudo foi compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha.

A fim de facilitar a compreensão dos resultados e considerações da pesquisa, o conteúdo desta tese encontra-se dividido em onze capítulos explicitados a seguir.

Assim, neste primeiro capítulo, estão apresentados a gênese e o objetivo do estudo.

A revisão de literatura constitui o segundo capítulo, onde se narram a pluralidade e a diversidade do termo integralidade. Divide-se em três itens que descrevem sobre a integralidade e as Políticas de Saúde no Brasil; como princípio fundamental do Sistema Único de Saúde; a integralidade e a Saúde da Família como estratégia de mudança.

O terceiro capítulo apresenta a trajetória teórico-metodológica, os referenciais teóricos adotados para desenvolver o estudo de casos múltiplos holísticos fundamentado na sociologia compreensiva, os cenários e os atores sociais do estudo, os instrumentos e os procedimentos para a coleta de dados, como se procede a análise dos dados e as considerações éticas no estudo.

No quarto capítulo se inscreve o universo do estudo, um passeio pelo Vale... Um convite ao leitor para adentrar comigo nesse universo e conhecer um pouco dos três cenários do estudo.

Os dados analisados estão organizados do quinto ao décimo capítulo. A primeira categoria foi constituída a partir dos dados da observação, o olhar da pesquisadora sobre as práticas de integralidade no cotidiano de múltiplos fazeres dos profissionais, que descrevem as experiências quer estejam avançando ou não. Descreve, portanto, as singularidades de um olhar sobre os contextos e o convívio com os atores sociais de cada município, para se aproximar do objeto de estudo. O capítulo se apresenta em dois itens: “Os contratemplos e a bonança no dia a dia das equipes da ESF” e “Histórias de vida na construção da assistência integral em saúde”.

Os dados das entrevistas foram organizados em cinco categorias que formam os capítulos seguintes, corroborados pelos dados da observação: Capítulo 6. Falando de integralidade...; 7. (Des)caminhos e (im)possibilidades de práticas integrais na ESF; 8. Os pilares da integralidade: a comunhão da ideologia e os entraves no cotidiano; 9. Implicações da integralidade na gestão em saúde; 10. Uma agenda para a integralidade.

Assim, o sexto capítulo descreve a compreensão dos atores sociais sobre a integralidade em saúde, subdividido em três subcategorias que analisam separadamente os dados coletados nos distintos municípios Datas, Diamantina e Gouveia, para atender à metodologia proposta de uma análise de casos múltiplos holísticos.

No sétimo capítulo, discute-se a integralidade no âmbito das práticas mostrando os (des)caminhos e as (im)possibilidades no cotidiano das equipes da ESF, com as peculiaridades de cada cenário, para depois convergir para as semelhanças e as diferenças que caracterizam as distintas realidades.

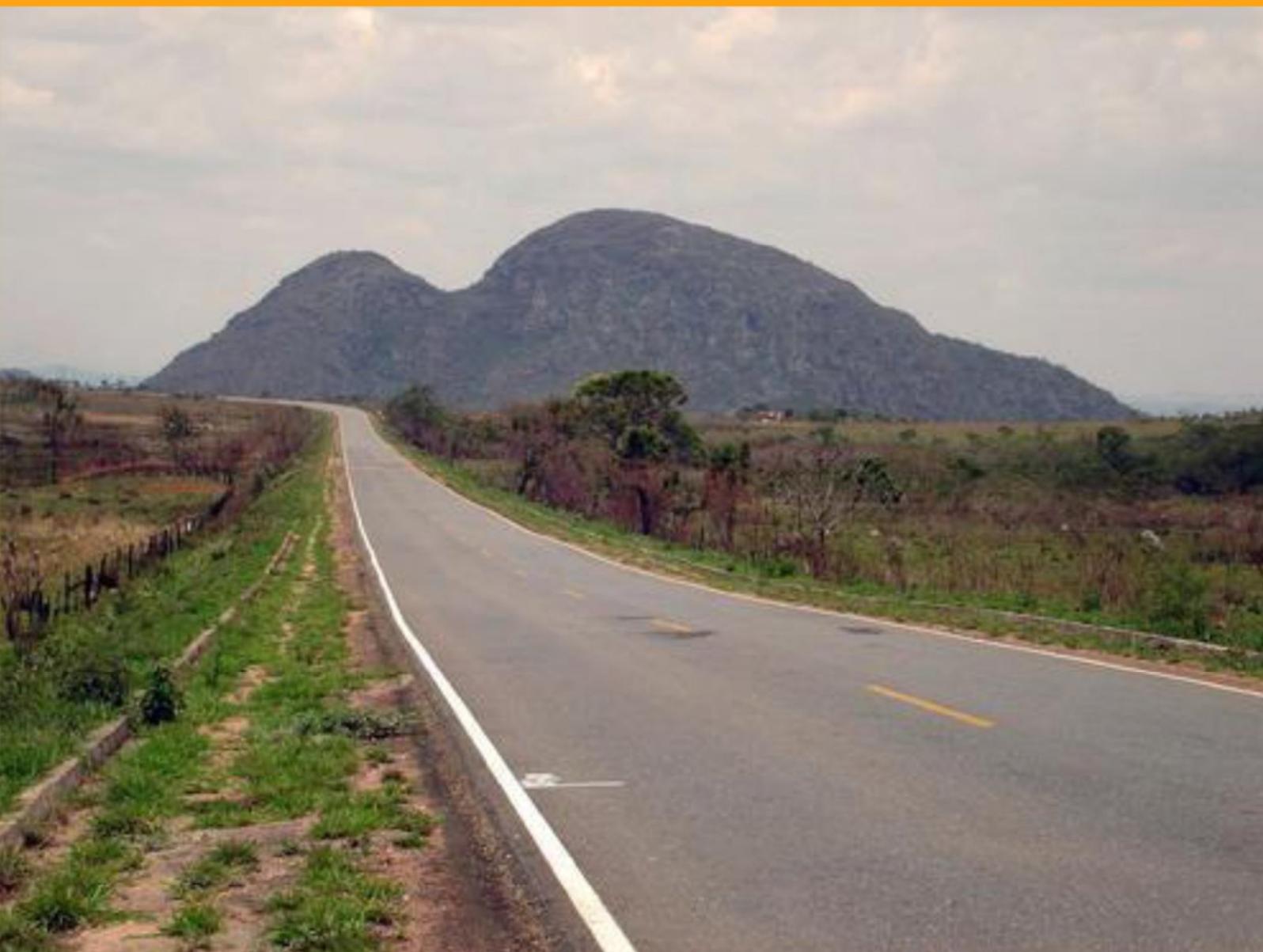
O oitavo capítulo retrata a convergência dos dados nos casos múltiplos quando os informantes apontam os pilares da integralidade em saúde: o vínculo, o perfil e a formação profissional, a hierarquização dos serviços e a implicação da referência e contrarreferência no dia a dia do Sistema.

O nono capítulo ressalta a importância e a complexidade da formulação de estratégias de gestão municipal em saúde, na luta pela construção da integralidade. A partir das práticas cotidianas, esse princípio será discutido mediante suas implicações sobre a gestão e as estratégias estabelecidas para oferecer qualidade de vida aos usuários que cotidianamente frequentam os Serviços.

No décimo capítulo, a descrição se fundamenta nos apontamentos narrados para o agenciamento da integralidade nos cenários atuais ou em cenários futuros, oferecendo um panorama indutivo e prospectivo com fundamentação empírica para propor, defender e contribuir com aqueles que militam pela implantação da integralidade na ESF.

Finalmente, no décimo primeiro capítulo, estão algumas considerações que constituem uma síntese do trabalho e discutem-se os avanços e as dificuldades encontradas na implementação da integralidade na ESF, à luz da análise e da interpretação dos dados e o aporte teórico referente ao tema e ao referencial teórico-metodológico, com que se inicia o presente trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA



2 REVISÃO DE LITERATURA

“As palavras fazem parte da nossa instrumentação – a qual, de resto, inclui ‘pequenos truques’ e habilidades de ‘saber fazer’ ou saber dizer. Todavia, sem que com isso se pretenda dar ao problema uma solução unívoca, é necessário empenho para que nossas pesquisas, nossos livros e nossas palestras venham a interessar, sem qualquer perda de seu rigor científico, a diversos protagonistas sociais”.

Michel Maffesoli

2.1 A Integralidade e as Políticas de Saúde no Brasil: um cenário de desafios para a efetivação de direitos

A Reforma Sanitária Brasileira possibilitou que, a partir dos anos 80 do século XX, a integralidade em saúde se tornasse pauta nas políticas governamentais, em programas de intervenção e uma necessidade de ação pública.

A década de 80 do século XX foi o período no qual se iniciaram as mais importantes mudanças no Sistema público de saúde brasileiro. Nesse período, que antecedeu a Constituição Federal de 1988, o país apresentava um gigantesco e oneroso aparato institucional, voltado para as políticas que tinham como traços fundamentais a baixa eficiência e o caráter clientelístico, paternalista e não universalizante que configurava um sistema de proteção social excludente, centralizado, oneroso e injusto, retratando as heranças e paradoxos da história da Previdência Social Brasileira. Buscava-se um modelo de saúde que, além de outras garantias, formatasse um sistema universal, integral e descentralizado. Nesse sentido, a Carta Magna de 1988 constituiu-se no ponto culminante para o qual convergiram tais mudanças.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro assume, como seus objetivos precípuos, a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação (BRASIL, 1988). Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, deu fundamentação à Constituição que promulgou a Saúde como direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196) e também definiu como de “relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988, Art. 196). Porém, como se lê nas disposições gerais da Lei nº 8.080, parágrafo segundo do Art. 2º, “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990).

O capítulo da Saúde previu, ainda, um Sistema Único de Saúde universal, com integralidade das ações, descentralizado e participativo mediante controle regulamentado pela sociedade. Na base do processo de criação do SUS, encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do Sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. O setor privado também passou a integrar o SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado (BRASIL, 1988).

Assim, da Constituição de 1998, consta que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988, Art. 199, parágrafo 1º). Dessa forma, o atual sistema de saúde no Brasil está dividido em dois subsistemas: o público representado pelo SUS e o privado que é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar é composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante nesse subsistema; e o subsetor liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos (BRASIL, 2007). A expansão da Saúde Suplementar no Brasil, nas últimas décadas, foi significativa com um número de beneficiários ultrapassando os 40 milhões (PIETROBON *et al*, 2008).

O SUS está definido na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das Fundações

mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde”, garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990, Art. 4º, parágrafos 1º e 2º).

A criação do SUS objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, as ações e serviços públicos de saúde passavam a integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988, Art.198).

Observa-se, assim, toda a ideologia da integralidade contemplada, teoricamente, a partir da Constituição de 1988. Entretanto, esse foi apenas o começo da luta pela implementação na prática dessa teorização iniciada no núcleo do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Com a promulgação do SUS em 1988 e sua homologação pela Lei Orgânica da Saúde em 1990 (Lei 8080), foi desencadeado um processo rápido e marcante de descentralização, com maior autonomia técnica e financeira para estados e municípios decorrente do início dos repasses de recursos fundo a fundo para aqueles habilitados em Gestão Semi-Plena a partir do Decreto 1232 de 30/08/94; orientado pela Norma Operacional Básica 01/93 que constituiu o marco inicial da troca de orientação política do poder municipal e determinou mudanças importantes nas características de sua implantação.

Mediante as Normas Operacionais Básicas (NOB/93 e NOB/96) e os mecanismos de compensação e pela Comissão Intergestora Tripartite (nacional) e as Comissões Intergestoras Bipartites (estaduais), o Estado brasileiro procurou implantar o SUS constitucionalmente, uma vez que “para alcançar êxito em seus objetivos, uma determinada política de saúde necessita de leis e mecanismos de gestão apropriados” (CAMPOS, 2003, p. 576).

A política de saúde pública desenvolvida ao longo dos anos 90, do século XX, apresentou, como principal característica, a ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) entre o conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelo SUS. A implementação da proposta da APS deu-se com a operacionalização da Estratégia Saúde da Família a partir de 1994, que orienta a reorganização da lógica assistencial do SUS, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, iniciada em 1991, com enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais, tão somente no indivíduo (VIANA & DAL POZ,

1998). Nota-se a integralidade avançando na dimensão social, das relações e do ambiente, do agora “sujeito” do processo saúde-doença.

O princípio de que a atenção à saúde deve ser “relacionada às necessidades da pessoa ou do coletivo” foi enunciado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da Saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, nessa Conferência, foi formulada a Declaração de Alma-Ata (1978). Do consenso alcançado nessa Declaração, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a Atenção Primária à Saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

De acordo com Starfield (2002), as principais características da APS são: constituir a porta de entrada do serviço; ser a abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde; abordar os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar; integrar a atenção quando há mais de um problema de saúde e lidar com o contexto no qual a doença existe e influenciar a resposta das pessoas a seus problemas de saúde; organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Quando a APS ocupa o papel central na organização dos sistemas de saúde, é capaz de melhorar o estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de Serviços. Em nosso país, a estratégia de Atenção Primária proposta pelo Ministério da Saúde para a reorientação do modelo assistencial, a ESF, está presente em mais de 90% dos municípios brasileiros (HARZHEIM, 2009).

A Atenção Primária à Saúde como nomeada internacionalmente é, também denominada de Atenção Básica no Brasil. Os dois termos estão presentes neste trabalho devido ao uso de ambos no contexto brasileiro.

Os anos 1990, entretanto, amargaram a crise econômica e fiscal do país, sendo os modelos de saúde vigentes profundamente afetados por essa realidade, cuja complexidade levou o governo a implementar um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos, objetivando melhorar a equidade e a eficácia no SUS (REIS & HORTALE, 2004). Em um contexto de constrangimentos da agenda social, marcadamente influenciada pelos ajustes macroeconômicos de corte neoliberal introduzidos no país, foi implantado o Programa de Saúde da Família, em 1994. A ênfase do Ministério da Saúde em incentivar o PSF, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde funcionando como principal porta de entrada do SUS somou-se ao reconhecimento de que sua adoção fortalece a integralidade da atenção à saúde.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/02 e a regulamentação complementar dispuseram sobre o Plano Diretor de Regionalização que propôs a organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, com hierarquização de serviços e mecanismos de referência e contrarreferência intermunicipais, “objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2002).

Como resultado do processo de descentralização e de aperfeiçoamento da gerência, o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos Serviços de saúde. A estratégia básica foi levar a saúde até a população e a palavra que pode resumir os resultados da última década é “inclusão”. A universalidade avançou. O que se observa é a necessidade de uma luta constante pela implementação da integralidade em todos os seus sentidos.

Após quase duas décadas de implementação do SUS, o governo federal aumentou o uso de normas e regulações que visam racionalizar os recursos e priorizar o nível de Atenção Primária dentro do Sistema de Saúde. Isso significa que, embora as ações e serviços sejam de responsabilidade do município, a instância federal reforçou, mediante o financiamento, seu papel na determinação da política a ser adotada.

A Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS. A Política Nacional de Atenção Básica tem como um de seus fundamentos a efetivação da integralidade “em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma

interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede de serviços” (BRASIL, 2006c – capítulo I, item 1, inciso II).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2006a, p. 14).

A promoção da saúde é uma estratégia que objetiva produzir saúde como um valor social e de cidadania, a partir de tecnologias que priorizem a gestão e produção de conhecimento compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, gerando redes de co-responsabilidade e de co-gestão e potencializando a autonomia de indivíduos e coletivos na construção de modos de vida saudáveis.

Nesse contexto, em 2003, o Ministério da Saúde focalizou a promoção da saúde em vários espaços de discussão interna, com outros Ministérios, demais níveis de gestão do sistema de saúde e instituições de ensino e pesquisa, fomentando o processo para a construção e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil (PNPS), que tem como uma de suas diretrizes a integralidade e afirma que a Promoção da Saúde deve estar orientada para a consecução e a qualificação da atenção integral à saúde. Assim, compromete-se em acolher sujeitos e coletividades em todas as dimensões e momentos da sua vida e seus distintos modos de viver, trabalhando por sua crescente expressão de autonomia (BRASIL, 2006a).

A PNPS fortalece também a perspectiva da Linha de Cuidado em Saúde que enfatiza a importância da promoção, da prevenção, do tratamento e da reabilitação em um processo articulado e coordenado.

Ao buscar implementar as ações nos diferentes níveis de assistência integral à população, as Políticas de Saúde no Brasil foram regulamentadas e direcionam o cuidado e suas perspectivas complexas e abrangentes, mediante as necessidades e demandas da população. Entretanto, expressam um descompasso entre suas formulações e o idealizado nos princípios do SUS, uma vez que são políticas fragmentadas buscando oferecer integralidade nas ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

Segundo Mattos (2003), são políticas especificamente desenhadas para dar respostas governamentais a um determinado problema de saúde ou a determinados problemas de saúde que afligem certos grupos específicos.

Mattos (2003) destaca dois sentidos de integralidade aplicáveis às respostas governamentais na área de saúde por meio das políticas especiais. O primeiro sendo a recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, em reduzir, a objetos descontextualizados, os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. Como exemplo, o autor cita o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que superou o reducionismo da mulher a sua função reprodutora (abordada até então somente no grupo prioritário materno-infantil), expandindo a saúde da mulher para temas como planejamento familiar e problemas do colo do útero e da mama. Já em outro sentido, o elenco de ações contempladas em uma política especial incorpora a noção de integralidade à medida que a resposta governamental inclui ações voltadas à prevenção e à assistência. Como exemplo, Mattos (2003) pontua as políticas brasileiras do governo frente à AIDS que, norteadas pelo princípio da integralidade, assumiram a responsabilidade de distribuir gratuitamente os anti-retrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas.

Entretanto se observa que as políticas especiais tendem a ser fragmentadas entre si realizando ações similares, de forma paralela, em grupos distintos. Ou mesmo, não conseguem vislumbrar o indivíduo como um ser integral, não selecionando os indivíduos que se incluem em mais de um grupo específico, que atingem uma dimensão não reducionista, mas ampliada: social, cultural, emocional, financeira. Essa limitação pode ser exemplificada pelo próprio PAISM, pois se preocupa predominantemente com os problemas de saúde da mulher não considerando o adoecimento feminino não relacionado ao aspecto biológico. Para Mattos (2003), deve-se buscar uma visão mais abrangente daqueles que serão os “alvos” das políticas de saúde, deve-se configurar a integralidade em uma de suas acepções, ou seja, recusar um recorte do problema que o reduza a uma ou a algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais.

Ao completar duas décadas de sua criação, o SUS ainda enfrenta grandes desafios em sua implementação como a superação da fragmentação das políticas, programas e financiamento da saúde. Nesse contexto, em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde. Esse Pacto, em seus três componentes, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, enfatiza as necessidades de saúde da população considerando a diversidade do país e as singularidades territoriais, avançando na regionalização e na descentralização, na medida em que busca o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. No Pacto pela Vida, está um “conjunto de compromissos sanitários” (BRASIL, 2006b), derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelas três esferas de governo. Isso

significa o engajamento de todos na busca de resultados que melhorarão a situação de saúde no Brasil, incitando a integralidade das ações de saúde.

O Pacto pela Saúde objetiva também a defesa do caráter público e universal do Sistema de Saúde brasileiro nos moldes do movimento da Reforma Sanitária em uma clara estratégia de mobilização social, extrapolando os limites do setor e vincula a saúde como direito de cidadania. Representa mais um grande esforço para a efetivação do direito à saúde. No entanto, permanece o desafio da constante concretização do direito humano à atenção integral. Assim, na integralidade, há uma luta que é maior que a oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Trata-se da necessidade de a população – usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e gestores – se apropriar do valor da integralidade vislumbrando uma melhoria na qualidade de vida.

A integralidade é contemplada em praticamente todas as políticas de saúde específicas. Isso porque os Serviços de Saúde devem organizar-se para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atende e não exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora devam responder a tais doenças (MATTOS, 2003).

Ao longo da história da Saúde Pública Brasileira, evidentemente que se buscou demonstrar a viabilidade de se alcançar um Sistema Único de Saúde calcado na resolutividade de problemas de saúde como um bem público, alicerçado nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação da comunidade.

De certo que o SUS é uma estratégia das mais importantes para a construção de um país socialmente justo. Porém,

é difícil se pensar em um Sistema de Saúde universal e equitativo em um país, como o Brasil, onde a muitos faltam condições de sobrevivência. Todavia, se é difícil ter o SUS legal cabalmente implantado nas atuais condições sociais do país, não é menos difícil reverter esse quadro sem uma política de saúde baseada nos princípios de universalidade e equidade. Nesse sentido, o SUS necessário, para que tenhamos uma sociedade mais justa, está definido em seus princípios legais. Por sua vez, o SUS possível hoje é aquele que se encontra no funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Apesar dos significativos avanços desde o início dos anos 90, o SUS possível ainda está longe do SUS necessário (SOUZA, 2009, p. 911).

A construção da integralidade surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS. A garantia de assistência integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores, implica em sujeitos ativos. A integralidade pressupõe acesso a bens e serviços, formulação, gestão e controle participativo de políticas públicas, interação sujeito/profissional sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito de viver e ser tratado com respeito à integridade e à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte.

2.2 A Integralidade como princípio fundamental do Sistema Único de Saúde

Em suas origens, o debate sobre a integralidade em saúde remonta aos anos 1960, época em que surgiram grandes questionamentos e críticas sobre as abordagens fragmentadas no ensino médico adotadas nos Estados Unidos da América (EUA). “Isso ocorreu em função da demanda da chamada medicina integral” (MATTOS, 2001, p.44).

O fundamento dessa crítica recaiu sobre o privilégio conferido às especialidades na formação médica, desviando o olhar da totalidade dos indivíduos. Essa situação impedia que os estudantes, posteriormente médicos, tivessem a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. A fragmentação, frequentemente adotada pelos profissionais, era vista também como reducionista, já que o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas em detrimento das considerações psicológicas e sociais acerca do indivíduo e do processo de adoecimento (MATTOS, 2001).

No Brasil, segundo Mattos (2001, p. 46),

o movimento da medicina integral associou-se ao movimento da medicina geral comunitária ou da medicina preventiva, constituindo, posteriormente, uma das bases do movimento sanitário que se consolidou nos anos 1980. Por meio dessa articulação, mediada por ideologias similares e relacionadas às críticas sobre a prática da atenção e do cuidado à saúde e também à saúde pública tradicional, tal como praticada nos EUA, foram incorporados matizes bastante específicos que constituíram o campo da saúde coletiva.

Pensar outros caminhos para garantir a saúde da população brasileira significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um Sistema de Saúde inclusivo (BRASIL, 2006a).

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS e seu cumprimento pode contribuir grandemente na qualidade da atenção à saúde, uma vez que pauta pela garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde e que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (CAMPOS, 2003).

Na Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 198, a integralidade foi contemplada como diretriz da assistência à saúde, em seu inciso II, primando o “atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Com a implementação do SUS em 1990, o termo integralidade é empregado sob diversos matizes: como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, como integração entre o setor público e o privado, como uma importante diretriz na gestão dos serviços e como proposta de modelo de atenção (HORTALE, 2004).

Princípio doutrinário do SUS, diretriz política, ideal ou objetivo, a integralidade torna-se um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado e dos Sistemas de saúde. No Brasil, predomina uma percepção ampliada da integralidade, com ênfase no caráter completo, contínuo e coordenado do cuidado e da gestão (CONILL, 2004).

Pressupõe também a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade – a inserção social – visto que, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do Sistema de Saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. Ela implica, além da articulação e da sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento e de seus sintomas para o acolhimento da história do sujeito, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2006a).

Seu conceito pode ser analisado por duas vertentes. A primeira, pensada na construção do SUS, seria a vertente da organização de Serviços que buscaria a integralidade por meio da oferta e na articulação em rede das ações de saúde e saberes, abrangendo todos os níveis de complexidade, e, mais amplamente, pela intersectorialidade. A segunda seria a dimensão do sujeito, decorrente da mudança das práticas fragmentadas das especialidades e do foco na assistência médica. A integralidade do sujeito seria alcançada na abordagem integral do mesmo, no aspecto biológico, mas considerando seu ambiente e suas relações sociais, alcançando seus aspectos culturais, emocionais, financeiros.

Mattos (2003) faz a análise da dimensão da integralidade desenhando dois planos de significação: um plano macro que inclui o conjunto de serviços que são ofertados pelos Sistemas públicos de saúde aos cidadãos e um plano micro, englobando a articulação entre ações preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das necessidades das pessoas. Já Pinheiro (2001) analisa-a como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde, o plano individual – em que se constroem a integralidade no ato da atenção individual

e o sistêmico – que a garante nas ações da rede de serviços, nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Dessa forma, entende-se que a integralidade consiste em um conceito polissêmico, guardando uma dimensão plural, ética e democrática, que se revela em diferentes saberes e práticas operados no cotidiano de trabalho e vivência dos sujeitos (educadores, trabalhadores de saúde, usuários e gestores), e se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos (PINHEIRO & MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2005). Segundo Pinheiro & Mattos (2003), essa foi uma das “*bandeiras de luta do chamado Movimento Sanitário*”. Para esses autores, a integralidade é um eixo norteador de novas formas do agir social em saúde e a consideram não como um conceito, mas como um ideal regulador, um *dever*.

A integralidade, segundo Pinheiro (2007, p. 01),

como construção e prática social, ganha riqueza e expressão, porque acaba sendo um valor que as pessoas defendem – todo mundo quer minimamente ser bem tratado, ter acesso aos Serviços de Saúde e com qualidade – e no qual, ao mesmo tempo, elas imprimem sua experiência de vida. Termo rico, que permite iluminar as possibilidades de relações, porque elas existem, em especial, no cotidiano dos sujeitos nas instituições, onde diferentes saberes e práticas interagem o tempo todo. Quando essa interação – repleta de contradição que, em um espaço democrático, se reverte em construção e transformação – é compreendida e concedida pelos sujeitos, a integralidade ganha uma noção própria naquele contexto ou experiência.

Assim, pode ser entendida como um “tipo de marcador contínuo” que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições (PINHEIRO & LUZ, 2003).

Embora a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior integralidade, ela é bem mais do que isso. O seu ideário compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos. Nesse contexto, a integralidade surge da ausência de algo, como expressão da insatisfação com as maneiras como essas práticas são realizadas (COSTA, 2004).

A noção de integralidade está presente em vários discursos e práticas na área da saúde. Ela passa pelo comportamento dos profissionais isoladamente e em equipe, pelas relações dessas equipes com a rede de Serviços como um todo, pela formação dos profissionais, pelas políticas públicas e por um desenho coletivo de um sistema preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas. Olhar o ser humano como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer são pistas. Reconhecer e lidar com diferentes saberes, abrir mão de

modelos pré-estabelecidos e se dispôr a discutir e a experimentar os alcances e limites do que pode ser a integralidade tornam-se também caminhos (LAPPIS, 2009).

Como se pode ver, estamos defronte da visão universalizante e polissêmica da integralidade, como aqui foi esboçada, e que brota das relações intersubjetivas dos sujeitos, dos fatos e atos que organizam os Serviços de saúde e das formulações de políticas que fundamentam a prática desse princípio doutrinário do SUS em suas múltiplas faces na denominada assistência integral à saúde.

2.3 A Integralidade e a Saúde da Família como Estratégia de Mudança

O Programa Saúde da Família ou PSF, teve início, em 1994/5, como um dos Programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A origem do PSF vem da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, seu precursor, mas ainda existente no Brasil. O PSF é tido como uma das principais Estratégias de reorganização dos Serviços e de reorientação das práticas profissionais na atenção primária. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se. Assim sendo, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1886/GM/MS, reconhece no PACS e no PSF importante Estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997).

Percebendo a expansão do PSF que se consolidou como Estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficou estabelecido que o PSF é a Estratégia do Ministério da Saúde para organizar esse nível de atenção. Assim, a Estratégia Saúde da Família ou ESF deixou de ser vista como um simples Programa, e se constitui em uma Estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2006c).

Desse modo, essa Estratégia vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que é enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos

com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, encontram, em relação aos recursos humanos para o SUS, outro desafio.

As nomenclaturas Programa de Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF) são utilizadas para descrever o mesmo processo de trabalho mas em momentos diferentes da articulação da política pública de saúde. Neste estudo, intencionalmente será utilizada, pela autora, a terminologia Estratégia Saúde da Família, por considerar importante tratá-la como uma Estratégia político-assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde. Destaca-se, ainda, que o termo Programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Também, de certa forma, como um modo de buscar romper com uma matriz bastante forte na área da saúde, que é de considerar os programas como estruturas verticalizadas na atenção à saúde, com pouca articulação no conjunto da assistência prestada. Porém, para melhor compreensão deste trabalho, torno claro que a nomenclatura Programa de Saúde da Família (PSF) também é utilizada nos relatos dos informantes, nas citações de autores, nas legislações do Ministério. Essa dualidade de termos deve-se a seu uso no cotidiano dos Serviços e na literatura.

A ESF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de seiscentas a mil famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe passa a ser referência para a população usuária e é dada à ESF a missão de mudar o modelo assistencial de saúde. Segundo Franco e Merhy (2007), essa mudança deve caracterizar-se quando se tiver um modelo usuário-centrado. Uma vez que, apenas por modificação da estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sob novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e cura.

Para Bonet e Tavares (2008, p. 205-206),

o usuário não é apenas o fim, o público-alvo, mas ele também atravessa como mediador uma cadeia complexa de transformações práticas cujo escopo vai muito além do conteúdo informacional, compreendendo também diferentes formas de agenciamento do corpo e modos de “estar” e “fazer” o mundo. Os usuários, portanto, não se constituem apenas como objeto de intervenção de políticas públicas, mas também mobilizam inúmeros outros mediadores em seus contextos práticos de ação. O problema é que nem sempre assim os reconhecemos – como mediadores – em decorrência da falta de “autoridade” de que gozam, relegando-lhes o papel de simples intermediários – quando não, ilusórios.

O modelo assistencial, comumente praticado na Saúde em geral, consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos e intervenções de natureza médico-curativa, predominando a desarticulação e as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a co-responsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados. Dessa forma, a atenção na ESF deve ser referenciada na perspectiva usuário-centrada, sendo a família seu foco privilegiado de atuação. Assim, o termo usuário será o adotado neste estudo.

Em relação à escolha da família como espaço estratégico de atuação, é positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”. Com certeza, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica desse núcleo, pela presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto, nem sempre esse núcleo está presente. Nem sempre esse é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco (FRANCO & MERHY, 1999).

Muitas são as dimensões com as quais as equipes Saúde da Família devem estar comprometidas: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde. A ESF como re-orientadora e estruturante da organização do SUS, apresenta concordância quanto à visibilidade de seus pressupostos e de sua trajetória de formação com possibilidades de novos rumos, inclusive o de efeitos positivos na integralidade. Acumulam-se evidências apontando para a viabilidade de práticas mais abrangentes na ESF, alternativas ao modelo biomédico tradicional. Já fora demonstrada, na Reforma de Quebec, a possibilidade de que as organizações incorporassem inovações no sentido de uma maior integralidade das ações de atenção primária. Tais práticas permaneceram marginais, não sendo suficientes para imprimir uma mudança no modelo técnico-assistencial. A manutenção e a difusão da ESF parecem indicar uma maior potencialidade nesse sentido dentro do Sistema público na Reforma Brasileira, ainda que cercada de um conjunto de contradições (CONILL, 2002).

A expansão da ESF tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência, uma vez que as equipes são implantadas, prioritariamente, em comunidades antes com acesso restrito aos Serviços de Saúde. Entretanto, não se pode admitir, somente pelas estatísticas da expansão do número de equipes, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, são necessárias análises qualitativas do trabalho da ESF

realizado nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos (ALVES, 2005).

Pinheiro e Luz (2003) afirmam sobre o número reduzido de estudos que buscaram esmiuçar a relação da população com os Serviços de Saúde, no que concerne aos efeitos de uma política de saúde em situação micro-institucional, relacionada, sobretudo, à integralidade do cuidado em saúde. Dessa forma, reafirma-se a necessidade de estudos nessa área.

A integralidade assume uma definição legal relacionada à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade situados em cada caso, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (KANTORSKI *et al*, 2006). No caso da ESF, a equipe está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF (ALVES, 2005).

Uma noção de integralidade, relacionada à organização dos Serviços e das práticas, encontra-se associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde. A política de saúde, no Brasil, é marcada pela verticalização das ações, organizadas tradicionalmente em programas focados por grupos etários ou agravos à saúde. Essas ações atravessam os Serviços e as práticas de saúde atropelando muitas vezes as necessidades específicas e reais da população assistida. A assimilação da integralidade na organização dos Serviços e das práticas repercutiria na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes de saúde, a partir do horizonte da população atendida e não a partir da verticalização das ações. No contexto da ESF, propõe-se trabalhar o princípio da vigilância à saúde, que orienta uma intervenção integral em momentos distintos do processo saúde-doença ((MENDES, 1999; PAIM, 2003a; PAIM, 2003b; MATTOS, 2003; ALVES, 2005).

A perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação inter/transdisciplinar. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias na ESF é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado (VALENTIM & KRUEL, 2007).

A ESF, de um lado, traduz um formato determinado pelo Ministério da Saúde com estrutura definida independente da realidade onde será implantada e, de outro lado, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no Sistema como um todo.

A proposta da ESF constitui-se em um importante desafio, imersa em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico e se propõe a uma ruptura com esse modelo assistencial e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes da ESF mostram essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para que isso ocorra.

Retratando que a equipe da ESF não é imune à formação e à prática historicamente construída do modelo biomédico, Fertomani (2003), estudando o trabalho de equipes do PSF de Maringá, Paraná, encontrou que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo, o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população de sua área de abrangência e que as atividades desenvolvidas no domicílio não representam uma ruptura com o modelo biomédico.

A ESF enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo não o decifra e é engolida pela feroz dinâmica do trabalho médico-centrado, e por não organizar um saber crítico sobre a questão, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado. Para ferir de morte tal dinâmica, é preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando em seus processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde (FRANCO & MERHY, 2007).

Em um estudo exploratório (AZEVEDO, 2007) que visou analisar, a partir do olhar dos usuários e à luz dos documentos normativos oficiais, o acesso à atenção à saúde no PSF, os resultados indicam que, no aspecto geográfico, os constrangimentos ao acesso são mínimos, apresentando-se mais críticos quando da necessidade de encaminhamentos para Unidades de referência, momento em que a despesa com transporte limita a busca do usuário pelo serviço de que necessita. Os aspectos relacionados à dimensão organizacional mostraram-se determinantes, uma vez que elementos como o deficiente sistema de referência e contrarreferência, o modo de agendamento das consultas, a demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais, o excessivo número de famílias por equipe, entre outros,

implicaram limitações no acesso que repercutiram em outras dimensões, tais como a geográfica e a econômica. Facilidades foram observadas no que concerne ao vínculo, à relação profissional-usuário e, sobretudo, à proximidade geográfica da Unidade. Esses resultados mostram que o PSF, como uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais, revelou-se uma estreita porta de entrada, merecendo avaliação mais crítica, que adote como ponto de partida as necessidades que particularizam os indivíduos demandatários de suas ações, bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde.

Com resultados mais convergentes aos ideais da proposta da ESF, Bertoncini (2000), por meio de pesquisa efetuada com profissionais das equipes de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina, identifica mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta do PSF, reforçando os autores que apontam o potencial positivo do Programa. As equipes citam como mudanças em seu trabalho atuarem de forma comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; contarem com maior adesão da população; desenvolverem um trabalho diferenciado dos outros Serviços de saúde pública; produzirem ampliação das ações de promoção; terem a possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a população/comunidade; reduzirem as internações hospitalares; produzirem melhora do acesso da população à rede básica de saúde; efetuarem o diagnóstico das doenças mais precocemente; introduzirem práticas assistenciais inovadoras; incrementarem a utilização de práticas assistenciais de baixa aplicação no modelo anterior.

Um estudo realizado por Hemmi (2008) com o objetivo de apreender as representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família, trouxe, a partir da análise, que há mudanças reconhecidas no discurso dos usuários, com outro olhar sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais na Unidade Básica. As representações dos usuários sobre o PSF não são definidas pelo reconhecimento do nome ou da sigla estabelecida pelo Setor Saúde e por seus trabalhadores, mas por aproximações e noções construídas no cotidiano das relações que vivenciam quando procuram atendimento. Os usuários percebem o momento de transição que o Setor Saúde vivencia o que reflete sobre novas formas de representação do Programa apesar de haver resquícios, em sua memória, do atendimento que recebiam antes de sua implantação. A garantia de acesso ao Serviço é destacada pelo término das filas e a construção de vínculos com os profissionais que os atendem, além de identificarem a Unidade Básica de Saúde como espaço social onde podem desenvolver atividades de promoção da saúde.

No âmbito público, a realidade apresenta dados de uma prática assistencial em transição, com ressignificação em sua forma e em seu conceito, onde a integralidade se apresenta como um processo em construção, com práticas assistenciais abrangendo outras dimensões, aumentando a responsabilidade do Sistema de Saúde com a qualidade da atenção e do cuidado.

Em pesquisa realizada, que teve como objetivo compreender a prática de integralidade no cotidiano de uma equipe de Saúde da Família, na perspectiva dos trabalhadores da saúde, do Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte-MG, as evidências do material empírico levam à compreensão de que: no cotidiano, os trabalhadores da ESF desenvolvem práticas permeadas de integralidade, mesmo sem utilizar esse termo, pois agem de acordo com suas noções, e não como a formalidade da organização e o discurso teórico do Programa BH Vida Saúde Integral. As ações da ESF revelam uma postura acolhedora, com criação de vínculo e uma responsabilização com o usuário. Inclusive a tentativa da resolução dos problemas em nível local, mesmo diante de algumas dificuldades tais como: falta de sistema de referência e contrarreferência, de condições de trabalho tanto materiais quanto físicas e carência de profissionais. Essas práticas dão-se a partir de um trabalho coletivo que se configura no respeito às diferenças, pois o trabalhador de saúde reconhece que, na alteridade, na diferença do outro, tanto da equipe quanto do usuário, é que se consegue construir um projeto comum, com diferentes olhares e não um único. Por meio dos relatos, evidenciou-se que os sujeitos vivenciam momentos de articulação de suas ações e interações, revelando uma tendência em superar a fragmentação. Os sujeitos buscam momentos para estar juntos com o outro compartilhando um sentimento comum, que se caracteriza como “socialidade”. Em outros momentos, utilizam mecanismos de resistência, que mostram um querer viver, ou seja, dos “respiradouros” para oxigenar sua prática cotidiana evitando uma hipoxia, decorrente da sobrecarga de trabalho e da cobrança constante em ter de produzir resultados (SILVA, 2006).

Ao discutir direito à saúde, integralidade e participação em estudo sobre as relações entre sociedade e Ministério Público em Porto Alegre-RS, Machado (2006), considera que os Conselhos de Saúde desempenham papel de destaque na formulação e no acompanhamento das políticas públicas de saúde, o que permitiu novas estratégias na luta pela garantia do direito à saúde, e o Ministério Público é importante parceiro nessa disputa. Nesse cenário, observou a utilização, cada vez mais frequente, do princípio da integralidade como recurso legal na discussão encaminhada pelos usuários junto ao Ministério Público, no intuito de garantir o direito à saúde. O princípio da integralidade é utilizado como proposta de transformação da própria lógica da gestão de oferta de serviços.

Em estudo realizado no Vale do Jequitinhonha (VIEGAS, 2005), foi possível identificar naquele contexto, experiências nas quais os Serviços de Saúde transformam-se em espaços de estímulo da socialidade entre seus usuários, para a constituição de novos amigos, de trocas de informações, experiências e orientações que vão, aos poucos, incorporando os valores de solidariedade e o reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado em saúde, conformando o grande desafio para a utopia da integralidade com a criação e a extensão de atividades para fora do âmbito das práticas de saúde.

No estudo de Santos (2009a), com o objetivo de compreender a percepção das usuárias sobre a Linha do Cuidado à Gestante, Puérpera e ao Recém-Nascido, os resultados mostram que, mesmo sem as condições ideais de trabalho, a equipe do Centro de Saúde São Gabriel, Belo Horizonte-MG, 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 lida com a escassez de recursos, em suas várias modalidades e com as diferenças próprias dos sujeitos envolvidos no processo. O incentivo e o apoio da gerência local foram fundamentais para que a equipe pudesse dar início, prosseguir e manter esse projeto inovador construindo linhas do cuidado centradas no usuário. 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.

Assim, nesses estudos, no que diz respeito à integralidade, as mudanças não são tão evidentes. Elas acontecem em experiências isoladas, sem ganhar ainda a generalização nem a visibilidade que almejamos. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame dessas experiências, em sua maioria localizadas, que transformam as práticas na direção da integralidade. Há que reconhecê-las, analisar as condições que tornaram possível sua emergência, refletir sobre os potenciais e os limites de sua difusão. Analisar as experiências que se pautam pela integralidade é uma importante agenda de pesquisa (MATTOS, 2004b).

Se, de um lado, o espaço micro de cada Serviço afirma as singularidades das experiências, por outro, também demonstra a inconsistência teórico-conceitual dos pressupostos do SUS presente no cenário brasileiro. Se o fundamental é potencializar esforços que impulsionem mudanças em direção à construção de um novo paradigma no setor Saúde, o esclarecimento dessas questões pode resultar numa importante sinergia em torno não apenas da Saúde da Família enquanto principal Estratégia da Atenção Básica, mas com mudanças

mais efetivas que atendam as necessidades de saúde da população e uma gestão pública mais comprometida com o bem saúde.

As grandes mudanças não ocorrem por grandes feitos de alguns e sim, nas pequenas parcelas cotidianas de todos nós. A construção cotidiana da integralidade na ESF depende de ações e atitudes de todos os atores sociais comprometidos com essa luta.

3 A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA



3 A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

*“Ora, que outra coisa se pede ao sociólogo que não seja saber dar conta da riqueza do dado social, em perpétua ebulição? A reduzir ao menor denominador comum, é preferível **compreender**, em sentido estrito, estes entrecruzamentos de paixões e razões, de sentimentos e cálculos, de devaneios e ações que se chama sociedade”.*

Michel Maffesoli

O estudo é de abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa Estudo de Caso, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano.

A necessidade de se utilizar a estratégia de pesquisa “estudo de caso” nasceu do desejo de se compreender um fenômeno social complexo: a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha. A opção pelo estudo de caso qualitativo apresenta-se adequada por se tratar de um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real onde o investigador tem controle muito reduzido sobre os eventos (YIN, 2005).

Segundo Minayo (2006), a utilização da abordagem qualitativa possibilita a compreensão das experiências vividas por uma população em estudo. A pesquisa qualitativa é descrita por Polit e Hungler (1995) como holística, pois se preocupa com os indivíduos e seu ambiente. A premissa básica desse método é que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como é vivida e definida pelos próprios atores.

O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 1991).

O estudo de caso pode ser definido segundo Young, (1960, p. 269):

... um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja essa unidade uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação.

Para Triviños (1992, p.133), dentre os tipos de pesquisa qualitativa, “o estudo de caso talvez seja um dos mais relevantes, pois é uma categoria de pesquisa em que o objeto é uma unidade que se analisa profundamente e a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda no assunto”.

O estudo de caso é uma estratégia metodológica que objetiva utilizar o referencial teórico não como um conjunto de proposições inquestionáveis, mas sim como o ponto de partida para o desenvolvimento de novas ideias no trabalho realizado. O caso é um todo complexo, e não a mera soma de suas partes constituintes. Assim sendo, deve-se analisar uma ampla gama de aspectos do objeto para que seja possível compreender seu caráter unitário e evitar interpretações reducionistas. O pesquisador, portanto, eventualmente ver-se-á frente à necessidade de integrar dados de diferentes ordens – sejam eles sociais, biológicos, psicológicos, culturais, econômicos ou de qualquer outro tipo – com o intuito de não perder de vista a multidimensionalidade de seu caso. Em função disso, deverá utilizar diferentes fontes de informação e técnicas de coleta de dados complementares. Para que se possa executar adequadamente um estudo de caso é imprescindível admitir que a realidade possa ser compreendida a partir de diversas óticas (SANCHES PERES & SANTOS, 2005).

Este estudo contém mais de um caso. A proposta foi realizar estudo de caso individual em cada um dos três Municípios do Vale do Jequitinhonha-MG: Datas, Diamantina e Gouveia, constituindo-se um estudo de casos múltiplos. Assim, a pesquisa abarca várias equipes de Saúde da Família e os gestores municipais. Dessa forma, apresento casos múltiplos. Cada caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso (YIN, 2005).

Um estudo de casos múltiplos pode consistir em casos múltiplos holísticos – com unidade única de análise, ou múltiplos incorporados – envolve múltiplas unidades de análise. A opção de utilizar três casos, neste estudo, baseia-se nas evidências resultantes de estudos de casos múltiplos que são consideradas mais convincentes e “os benefícios analíticos de ter dois ou mais casos podem ser substanciais” (YIN, 2005, p. 75). Segundo o autor,

mesmo com dois casos é possível usar a replicação direta, e as conclusões analíticas que independentemente surgem dos dois casos serão mais contundentes do que aquelas que surgem apenas de um caso e é provável que os contextos dos dois casos distingam-se até certo ponto. Mas se, sob circunstâncias variadas, ainda puder chegar a conclusões comuns a partir de ambos os casos, essas terão estendido de forma incomensurável a capacidade externa de generalização das descobertas no estudo (YIN, 2005, p. 76).

Neste estudo de casos múltiplos holísticos, os três casos foram conduzidos sucessivamente no período da observação e simultaneamente no momento das entrevistas, e são caracterizados por participação de vários profissionais das equipes Saúde da Família das

várias instituições onde essas equipes trabalham, totalizando sete equipes localizadas em seis Unidades Básicas de Saúde; e ainda os gestores que são os secretários municipais de saúde.

Consoante a esse sentido de estudos de casos múltiplos, na busca da compreensão da construção da integralidade em cenários delimitados, Cecílio (2001, p. 116) apresenta o conceito de

“integralidade focalizada”, aquela identificada no espaço bem delimitado, focalizado, de um Serviço de Saúde, referida ao caso de uma experiência de um determinado município ou serviço de saúde, conquistada por meio do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional.

Segundo Yin (2005), o estudo de caso é utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo, de forma inigualável, para a compreensão dos fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos e permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real. Busca-se, neste estudo, alcançar o nível individual, considerando-se as ações desenvolvidas pelos trabalhadores das equipes da ESF em suas atividades específicas e do gestor no desenvolvimento da função gerencial, no contexto da ESF.

Por isso, ao abordar um estudo qualitativo de casos múltiplos, foi adotada como fundamentação teórica a Sociologia Compreensiva que propõe a subjetividade como fundante de sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, e não se preocupa com os processos de quantificação, mas em explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade criadora efetiva e racional. O universo das investigações qualitativas são o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2006).

Considerando que é no plano das práticas cotidianas, de profissionais da Estratégia Saúde da Família e gestores, que se dá a construção da integralidade com suas várias interpretações, faz-se a opção por lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do Cotidiano fundamentada em Michel Maffesoli sobre o objeto de estudo, para compreender a integralidade por meio da pluralidade de visões e experiências no cotidiano de trabalho dos profissionais. Para o autor “a sociedade não é apenas um sistema mecânico de relações econômico-políticas ou sociais, mas um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social” (MAFFESOLI, 1996, p. 73). Ele considera que, no cotidiano da existência das pessoas, as coisas não acontecem com a formalidade que a organização e o discurso dos teóricos querem que aconteçam, “o que permite as várias nuances que ocorrem das macroestruturas às microestruturas, tentando

relativizar as duas” (PENNA, 1997, p. 38). Então, pode-se considerar que a equipe da ESF além de ter todo seu formalismo, apresenta seu lado informal: subjetivo, afável, emocional.

Para Minayo, (2006, p.106):

No programa *Saúde da Família*, a ideia do pequeno grupo, da cédula de relações primárias – tão cara às abordagens compreensivas – tornou-se alvo de uma proposta de mudança do modelo hospitalocêntrico (ainda hegemônico). Esse último em geral se rege por normas institucionais burocráticas e abrange toda a cadeia de atenção à saúde, sendo um modelo extremamente caro, ineficiente e pessoal. O programa *Saúde da Família* abrange hoje mais de cinquenta milhões de pessoas no Brasil e, embora também apresente muitos problemas em sua implementação, aposta em serviços mais pessoais, compreensivos e interativos, permitindo capitalizar serviços básicos de assistência e princípios da promoção, incluindo responsabilidades do Estado, da sociedade e dos indivíduos. Por isso, entendo e defendo que os questionamentos trazidos pelas teorias compreensivas para o campo da saúde, quando são tomadas em suas vertentes reducionistas, têm sido fundamentais para a promoção das interações entre todos os agentes do setor, para a compreensão de fenômenos focalizados, locais e específicos e para humanizar o sistema de saúde.

A sociologia compreensiva se ocupa em descrever “o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir as visões dos diferentes atores envolvidos” (MAFFESOLI, 1988, p. 25). É adequada para descrever os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana, formada pelo sujeito e suas interações. Penna (1997, p. 49) se refere ao “homem agindo em seu cotidiano, naquele espaço que lhe é conhecido, interagindo com seu meio, onde ele é autor e ator, contracenando com outros autores e atores”. Afirma ainda que “é a partir de sua própria concepção que devemos interpretar a sua experiência”.

Maffesoli (1988, p. 35) considera que “todo conhecimento apresenta dois polos de tensão que constituem sua harmonia conflitual: de um lado, é preciso gerir o saber estabelecido; de outro, atinar com o que está prestes a nascer”. Então, é preciso, em uma atitude compreensiva, saber “*ouvir o mato crescer, isto é, estar atento às coisas simples e pequenas*” do cotidiano do trabalho em equipe da ESF e do gestor, no qual se vivenciam os sentidos da integralidade, interagindo, assim, com o objeto de estudo e ressaltando o que está presente.

Em termos teóricos, compartilhando das mesmas sensibilidades de autores como Michel de Certeau, Carlo Ginzburg, Michel de Foucault, entre outros, Maffesoli defende as análises das micro-cenas, ou como preferem os historiadores, micro-histórias. Partículas que fazem parte do cotidiano da sociedade e que, por muito tempo, foram ignoradas pelos cientistas sociais. Essas cenas são, concomitantemente, pequenas e grandes. Pequenas, talvez, por não terem uma dimensão espacial significativa. Grandes, por serem extremamente e profundamente complexas (ARAÚJO, 2010).

Para Maffesoli (1984), a temática da vida cotidiana trata de uma *perspectiva* dos fenômenos sociais e de um modo específico de abordá-los, a partir de três pontos essenciais:

1- O pesquisador não poderá abstrair totalmente de seu objeto de pesquisa, pois ele deverá reconhecer que *participa* (no sentido forte do termo) da vida social; o vivido vale por si mesmo e nós temos de apreciar-lhe a força “de afirmação” (mesmo relativa);

2- O ressurgimento da experiência nas práticas sociais e em nossas análises. A socialidade já não reside na “separação”, na homogeneização, na monovalência da razão, mas, ao contrário, num misto de sentimentos, paixões, imagens, diferenças que incita a relativizar as certezas estabelecidas (religiosas, políticas, teóricas) e remete a uma multiplicidade de experiências coletivas.

3- A temática do cotidiano exige uma audácia do pensamento de modo a romper o fechamento da lógica político-econômica, sempre presente no fundo de nossas análises.

Nesse sentido, acredita-se que essa abordagem é adequada para compreender as práticas de integralidade no cotidiano do trabalho da equipe de Saúde da Família e do gestor e proceder de forma indutiva, e “perceber em toda a sua concretude os valores cotidianos que partilhamos com outros, no âmbito de um ideal comunitário” conforme alerta Maffesoli (1998, p. 146).

Segundo Maffesoli (1988, p. 43-44), “a compreensão envolve a 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 discontinuidades de tal ou qual situação social”.

Os principais aspectos das abordagens compreensivas, segundo Minayo (2006, p.100), são:

a) seu foco é a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; *b)* o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais; *c)* a relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face e a empatia entre ambos; *d)* os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; *e)* os textos provenientes de análises compreensivas apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista de vários atores ante um projeto social sempre em construção e em projeção para o futuro; *f)* suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das micro-realidades e comparações.

A sociologia compreensiva, segundo Maffesoli (1988, p. 74) pode servir à apreensão profunda da dinâmica dos valores culturais e

assim fazer compreender, ou pelo menos abeirar, a *multiplicidade dos jogos* – econômicos, políticos, culturais, administrativos, cotidianos – que constituem a

maior parte da trama social. Com tal embasamento é que poderemos compreender uma série de situações sociais sem nada retirar-lhes de sua parcela de mistério. (...) Se a sociologia é a ideologia de nosso tempo, deve então ser parte *do* e se integrar *ao* mistério da existência. E isto sem esquecer que mistério é o que, na tradição antiga, unia uns aos outros os iniciados (grifo do autor).

O autor acrescenta que “se o intelectual se inscreve na organicidade das pessoas e coisas, é de modo natural que, de acordo com sua índole, poderá dar conta da vida cotidiana”. A contribuição do intelectual “irá revestir-se de um real interesse: o de ocupar um lugar no grande quadro impressionista que cada época esboça de si mesma” (MAFFESOLI, 1988, p. 74). Além disso, o vivido que se constitui no dia a dia é valorizado de uma forma dinâmica nesse “objeto movente e desordenado que é a socialidade” (MAFFESOLI, 1988, p.74, 89).

A socialidade de base que afirma Maffesoli (1988, p. 161 – grifo do autor) “assenta-se em espaço partilhado”, e que de maneira explícita “trata-se sempre de sair de si mesmo, de romper a clausura do próprio corpo, de ter acesso a um corpo coletivo, em síntese, *participar* de um espaço mais amplo”. Essa socialidade “de todos os dias é justamente o lugar onde a potência social tenta se exprimir”, que por sua vez, traduz um desejo de comunhão, de “viver junto, viver coletivamente”. Os fatores de socialidade são todos os “pequenos nada que materializam a existência e que se inscrevem num lugar”. Tais fatores longe de serem anódinos “são ricos em sua própria banalidade. O autor ressalta que “é na vida mais concreta que existe mais socialidade” (1984, p. 48, 56, 61). “A acentuação da experiência vital propicia a socialidade” (1988, p. 220).

O autor, ao considerar que a sociologia da vida cotidiana pode ser uma maneira de compreender-se o que ele chama “societal em ato, isto é, a socialidade, o que nada tem a ver com um hipotético retorno do sujeito” (1988, p. 221). Para ele, o que constitui o mundo do vivido são os momentos de socialidade, um movimento de reação à imposição do dever-ser que a racionalidade canaliza para a individualidade (1984). “É a orientação em direção ao outro” que adota uma forma pura que condiciona os diversos investimentos que o autor tem observado: “o substrato do ser/estar-junto-com” (1988, p. 224). Ele acrescenta que

o mundo vivido que interessa a uma sociologia compreensiva é, simultaneamente, primeiro em relação às representações teóricas, não remete a outra coisa que não seja ele próprio e se assenta numa experiência coletiva. Resumindo isto em três palavras programáticas: *senso comum*, *presente*, *empatia* (MAFFESOLI, 1988, p. 229 – grifo do autor).

A vida cotidiana nos Serviços de Saúde é contemplada por elementos heterogêneos que a constituem, “pois estes elementos estão nela presentes e coexistem num determinado período de tempo e espaço” (MAFFESOLI, 1988, p.133). Assim, há reconhecimento de que

os 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. Alguns informantes deste trabalho usaram a analogia para explicitar suas ideias e os fenômenos diários. Os termos analógicos ditos informam sábias análises, por isso a discussão dos dados os contempla. Para Maffesoli, “a analogia permite acima de tudo compreender o presente. Semelhante a uma tela de fundo, ela dá relevo àquilo que de outra forma passaria despercebido ou seria diminuído ao ser declarado insignificante” (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).

No cotidiano do trabalho dos informantes deste estudo, a construção de práticas de integralidade nas equipes de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha pode ser desvelada pela Sociologia Compreensiva e é o que me leva a pensar: essa forma de assistência e convivência na ESF pode produzir um novo modo de estar junto e possivelmente promover as práticas da integralidade. Essa tese formulada leva-me a abordagem de Maffesoli, pois surge “a necessidade de levar em conta a sensibilidade secreta e ultrapassar a separação abstrata que, comumente, se estabelece entre o que é vivido e o que é pensado. Aí se encontra o cerne duro da socialidade e de sua compreensão” (MAFFESOLI, 1996, p. 87-88).

Nesse sentido, admito como Maffesoli (1984, p. 19). “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”. Daí, afirmo a importância da experiência compartilhada tanto no ambiente do trabalho das equipes Saúde da Família quanto no convívio com as famílias usuárias do SUS, nesse fenômeno multidimensional que é a socialidade e seus fatores determinantes na construção da integralidade na ESF.

Isso “significa que não mais podemos pensar a vida em sociedade de um modo angelical ou idealista, tanto quanto de um modo voluntarista, isto é decretando o que ela deve ser e como pode atingir tal ou qual fim” (MAFFESOLI, 1988, p. 151).

Segundo Mattos (2004a), o SUS gerou um campo de experimentação social muito rico e sofisticado e isso faz com que não baste simplesmente falar de integralidade. A tarefa acadêmica que nós nos colocamos é contribuir para o reconhecimento e a identificação dessas experiências e tentar achar pistas de integralidade no cotidiano de um monte de gente pelo Brasil afora, mas que não são sistematizadas ou pensadas como Integralidade.

3.1 Cenários e Atores Sociais do Estudo

“Cada um, à sua maneira, possibilitou-me avaliar o ‘minúsculo’ cotidiano é importante para apreender o que eu chamo de socialidade”.

Michel Maffesoli

O universo do estudo foi constituído por municípios situados no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais (MG), Brasil, um cenário que vem se transformando na prestação de assistência a saúde, devido à implantação de equipes da ESF a partir de 1997/1998 (VIEGAS, 2005). Os municípios inclusos são: Diamantina, Gouveia e Datas.

Foram adotados, como critérios de seleção, o fato de os Municípios já contarem com equipe da ESF com um ano ou mais de implantação/implementação; pertencerem à Gerência Regional de Saúde (GRS) de Diamantina e a condição de obter autorização voluntária para realização do estudo nesses referidos municípios. Foram escolhidos por serem municípios com características diversas, que desenvolvem as ações em saúde em contextos diferenciados. E também por atenderem aos critérios de inclusão e estarem numa distância de ± 35 Km de Diamantina, facilitando o acesso.

Os sujeitos desta pesquisa foram trabalhadores das equipes da ESF e das equipes de apoio, entre médicos, enfermeiras, auxiliares/técnicas de enfermagem, recepcionistas, agente comunitário de saúde e os gestores de cada município – secretários de saúde com acúmulo de função gerencial, cujas participações foram voluntárias, em um total de 48 participantes. Como critério de inclusão, estabeleceu-se uma atuação de, no mínimo, um ano na função/cargo de trabalho. A única exceção foi o gestor de Datas, que assumira o cargo por causa do período eleitoral de 2008, ano em que ocorreu a coleta de dados desta pesquisa. Em campanha eleitoral, o secretário de saúde encontrava-se afastado do cargo municipal; mas, por sua própria opção, também foi entrevistado.

Dos 48 atores sociais participantes desta pesquisa, 43 foram observados em seu contexto de atuação, 35 foram entrevistados e duas enfermeiras foram abordadas em conversas, sem roteiro estruturado, para a coleta de dados referentes à história e ao contexto sócio-político do município de Gouveia. Os quatro gestores e uma cirurgiã-dentista foram entrevistados sem terem participado das observações.

Segundo o critério da pesquisa qualitativa, o número de respondentes não foi indicado a priori. A coleta de dados terminou quando ocorreu a saturação dos dados em cada um dos

casos deste estudo, isto é, quando obtive “um número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações”, sem desprezar os conteúdos que possam ser significativos para o estudo (MINAYO, 2006). Essa saturação foi criteriosa em cada município. Após as observações realizadas em cada cenário, iniciei as entrevistas. O momento das entrevistas foi simultâneo nos municípios e, quando a saturação dos dados foi perceptível, duas a três entrevistas foram realizadas para sua confirmação, considerando também a significância de novos dados, atendendo assim “a satisfação da pesquisadora” em perceber que a coleta poderia ser interrompida, pois os dados coletados já eram suficientes para atender ao objetivo proposto para o trabalho.

No total, eram 76 profissionais: membros das equipes ESF inclusas e alguns profissionais de apoio que atendiam aos critérios de inclusão, mais os gestores dos municípios. Porém os dados da observação se apresentaram suficientes no 48º sujeito acompanhado e no 35º sujeito entrevistado, determinando assim o encerramento da coleta de dados.

A escolha desses sujeitos foi aleatória. Ao adentrar o campo da pesquisa, comecei pela disponibilidade dos mesmos, muitas vezes, atendi a convites para acompanhá-los em determinadas atividades ou durante o período de trabalho. A alguns pedi a permissão para observá-los em algumas ações previamente agendadas ou originadas da demanda espontânea. Outros foram indicados por membros da própria equipe. As entrevistas seguiram a mesma conduta.

O quadro abaixo apresenta a constituição dos sujeitos desta pesquisa.

QUADRO 1: Sujeitos da pesquisa.

Participantes	Profissão	Sexo	Observação	Entrevista
SMS ₁	Secretário Municipal de Saúde	Feminino	Não	Sim
SMS ₂₁	Secretário Municipal de Saúde	Masculino	Não	Sim
SMS ₂₂	Secretário Municipal de Saúde	Masculino	Não	Sim
SMS ₃	Secretário Municipal de Saúde	Masculino	Não	Sim
M ₁	Médico	Feminino	Sim	Sim
M ₂	Médico	Masculino	Sim	Sim
M ₃	Médico	Masculino	Sim	Sim
M ₄	Médico	Feminino	Sim	Sim
M ₅	Médico	Masculino	Sim	Sim
M ₆	Médico	Feminino	Sim	Sim
M ₇	Médico	Masculino	Sim	Sim
E ₁	Enfermeiro	Feminino	Sim	Sim
E ₂	Enfermeiro	Feminino	Sim	Sim
E ₃	Enfermeiro	Feminino	Sim	Não
E ₄	Enfermeiro	Feminino	Sim	Sim
E ₅	Enfermeiro	Feminino	Sim	Sim
E ₆	Enfermeiro	Feminino	Sim	Sim
E ₇	Enfermeiro	Feminino	Sim	Sim
E ₈	Enfermeiro	Feminino	Sim	Não – conversa informal
E ₉	Enfermeiro	Feminino	Sim	Não – conversa informal
AE ₂	Auxiliar de enfermagem	Feminino	Sim	Sim
AE ₃	Auxiliar de enfermagem	Feminino	Sim	Não
AE ₄	Auxiliar de enfermagem	Feminino	Sim	Sim
AE ₅	Auxiliar de enfermagem	Feminino	Sim	Sim
AE ₇₁	Auxiliar de enfermagem	Feminino	Sim	Sim
TE ₆₁	Técnico de enfermagem	Feminino	Sim	Sim
TE ₆₂	Técnico de enfermagem	Feminino	Sim	Sim
TE ₇₁	Técnico de enfermagem	Feminino	Sim	Sim
TE ₇₂	Técnico de enfermagem	Feminino	Sim	Não
ACS ₁₁	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Sim
ACS ₂₁	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Sim
ACS ₂₂	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Sim
ACS ₂₃	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Não
ACS ₃₁	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Não
ACS ₃₂	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Sim
ACS ₄₁	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Sim
ACS ₅₁	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Não
ACS ₅₂	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Sim
ACS ₆₁	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Não
ACS ₆₂	Agente Comunitário de Saúde	Masculino	Sim	Sim
ACS ₇₁	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Sim
ACS ₇₂	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	Sim	Não
CD ₁	Cirurgião-dentista	Feminino	Sim	Não
CD ₄	Cirurgião-dentista	Feminino	Não	Sim
CD ₆	Cirurgião-dentista	Feminino	Sim	Sim
ACD ₆₁	Auxiliar de Consultório Dentário	Feminino	Sim	Não
ACD ₇₁	Auxiliar de Consultório Dentário	Feminino	Sim	Não
F ₆	Fisioterapeuta	Masculino	Sim	Sim

3.2. Considerações Éticas

“Sublinharei frequentemente que a moral é universal, aplicável em todos os lugares e em todos os tempos; a ética ao contrário, é particular, às vezes momentânea, funda uma comunidade e elabora-se a partir de um território dado, seja ele real ou simbólico. O que faz com que possam existir “imoralismos éticos”, que não deixam de chocar as boas almas, sempre prontas a se comportar como censores, mas que não deixam de constituir uma sólida “religação”. Trata-se de uma nova forma de

laço social que merece atenção, pois é bem evidente que as éticas particulares que surgem aqui e ali só são imorais em seus casos paroxísticos, elas são na maioria das vezes, amorais, ou pelo menos relativas”.

Michel Maffesoli

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS 196/96. Essa Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2000).

Dessa forma, a coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG), de acordo com o Parecer nº ETIC 142/08. O acesso ao campo de pesquisa foi obtido por meio de autorização dos prefeitos e secretários de saúde dos municípios para conduzir o estudo (Apêndices I e II: A, B, C), além do consentimento livre e informado dos participantes.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo, informados dos objetivos, riscos e pontos positivos de sua participação e das questões éticas que envolvem estudos com seres humanos. Assinaram, assim como a pesquisadora, o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice III). Foi esclarecido que a qualquer momento o informante poderia se desligar do estudo sem quaisquer prejuízos, o que não ocorreu. As entrevistas foram realizadas em local e horário pré-determinados pelos entrevistados e, com permissão prévia, foram gravadas em fitas e em MP3 para se garantir a confiabilidade das informações. O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio da adoção de siglas enumeradas, referentes à primeira letra que identifica cada profissão, seguida pelo número de acordo com aproximação.

3.3 Instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados

“É preciso compreender que o racionalismo, em sua pretensão científica, é particularmente inapto para perceber, ainda mais apreender, o aspecto denso, imagético, simbólico, da experiência vivida. A abstração não entra em jogo quando o que prevalece é o fervilhar de um nascimento. É preciso, imediatamente, mobilizar todas as capacidades que estão em poder do intelecto humano, inclusive as da sensibilidade”.

Michel Maffesoli

A pesquisa de campo teve por base um levantamento de dados primários por meio de observação direta e entrevistas a partir de um roteiro básico, contendo questões abertas e espaço destinado a comentários livres dos integrantes da equipe multiprofissional e do gestor sobre a integralidade no exercício da ESF.

Segundo Bogdan e Bicklen (1994, p. 128), “ser investigador significa interiorizar-se o objetivo da investigação, à medida que se recolhem os dados no contexto. Conforme se vai investigando, participa-se com os sujeitos de diversas formas”.

Adotando como formas de coleta de dados a observação direta e a entrevista individual, pretendi, neste trabalho, registrar, de forma não intrusiva, o que foi acontecendo e recolher, simultaneamente, dados descritivos.

A observação direta constitui instrumento complementar na captação da realidade dos sujeitos da pesquisa, na prática da assistência, no exercício da função gerencial (TRIVIÑOS, 1992). A observação foi utilizada como entrada no campo de pesquisa. Foi realizada em ambiente de trabalho do participante – Unidade de Saúde, domicílio, comunidade. O registro dessas observações foi feito em um diário de campo elaborado após cada período de observação, identificada como “notas de observação (NO)”.

As NO são os relatos escritos daquilo que o investigador ouve, vê, experimenta e pensa no decurso da coleta de dados e a reflexão sobre os dados de um estudo qualitativo (BOGDAN & BICKLEN, 1994).

No diário de campo, o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 2006).

Em adição e como parte desse diário de campo, registrei ideias, estratégias, reflexões e questionamentos. Segundo Bogdan e Bicklen (1994), as NO devem ser detalhadas, precisas e extensivas e consistem em dois tipos de materiais: o *descritivo*, em que a preocupação é a de captar uma imagem do local, pessoas, ações e conversas observadas, o registro objetivo do que ocorreu no campo; e o *reflexivo*, a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, suas ideias e preocupações. São frases ou parágrafos que refletem um relato mais pessoal do curso da investigação. É o registro da parte mais subjetiva da jornada. Também se incluem os planos para a investigação futura, bem como clarificações e correção dos erros e incompreensões das NO, reflexões sobre a análise, sobre o método, os conflitos e dilemas éticos.

O diário de campo foi sistematizado, obedecendo a um roteiro (Apêndice V), com itens que pudessem contemplar e registrar o máximo de dados observados, totalizando 230 páginas digitadas. Após cada dia de observação, os dados foram registrados e levados aos atores sociais para que os lessem, disponibilizando-os para a análise, conferindo-lhes validação.

A observação foi de natureza descritiva, focalizando o objeto de estudo proposto. As descrições foram a base para a constituição de um capítulo desta tese e serão utilizadas para corroborar na análise dos dados das entrevistas.

Os procedimentos utilizados para coletar cada tipo de evidência – a observação e a entrevista – foram desenvolvidos e administrados independentemente, a fim de se garantir que cada fonte seja adequadamente utilizada. Os benefícios obtidos a partir dessas fontes de evidências podem ser maximizados se seguidos três princípios, segundo YIN (2005): 1. *A triangulação dos dados*, fundamento lógico para utilizar fontes múltiplas de evidências; 2. Criar um *banco de dados* para o estudo de caso: organizar e documentar os dados coletados – descrição das observações e notas reflexivas, transcrição e análises das entrevistas e o relatório final; 3. *Manter o encadeamento de evidências*: esse princípio consiste em permitir que um observador externo – o leitor – siga a origem de qualquer evidência.

A entrevista individual foi fundamentada em um roteiro básico de perguntas a partir das seguintes questões norteadoras: 1- “Fale pra mim da sua prática cotidiana na Estratégia Saúde da Família”. 2- “O que você compreende por integralidade em saúde?” 3- “Como você percebe o desenvolvimento da integralidade nas ações da equipe de trabalho?” 4- “Você deseja acrescentar algo?” (Espaço aberto para o informante).

As entrevistas foram realizadas em local e horário pré-determinados pelos entrevistados e, com permissão prévia, foram gravadas para se garantir a confiabilidade das informações. Foram transcritas na íntegra e entregues aos entrevistados que as leram, confirmando os dados disponibilizados para a análise, conferindo-lhes validação.

3.4 Análise dos dados

“... saber ouvir o mato crescer, isto é, estar atento a coisas simples e pequenas. Gerir o saber estabelecido e atinar com o que está prestes a nascer...”

Michel Maffesoli

A análise de dados foi feita com base no referencial de Bardin (2008), utilizando-se a técnica do emprego da Análise de Conteúdo Temática, ou seja, uma análise dos “significados”.

Segundo Bardin (2008, p. 44), Análise do Conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O objeto da Análise de Conteúdo é a fala, isto é, o aspecto individual e atual da linguagem. Ao trabalhar a fala, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis, o pesquisador/intérprete procura conhecer aquilo que está atrás das palavras sobre as quais se debruça. A análise de conteúdo é uma busca de outras realidades mediante mensagens (BARDIN, 2008).

As fases da realização da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2008) adotadas neste estudo são:

1ª fase – A Pré-Análise

a) A preparação do material: O *diário de campo* onde as notas foram efetuadas diariamente pela pesquisadora, após o período da observação. As 35 *entrevistas* gravadas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, exceto sete, que foram conferidas pela pesquisadora mediante a leitura confrontada à gravação. As gravações foram conservadas para informações paralinguísticas – informações de qualquer som ou qualidade de voz que acompanha a fala e revela a situação em que o falante se encontra: se ele está bem, mal, alegre, triste, cansado etc. A entrevista transcrita foi levada ao participante para leitura e avaliação de sua integridade; todas as folhas foram rubricadas e datadas pelo informante, conferindo-lhe validação. As 230 páginas do diário de campo e as 35 entrevistas transcritas em 100 páginas constituem “o *corpus* da pesquisa que é o conjunto dos documentos tidos para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (2008, p. 122).

b) Leitura flutuante e globalizada dos dados: por meio da qual o conteúdo vai se tornando mais claro. Corresponde a um período de intuições e tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações sucessivas, tendo em vista a análise. É o momento de “conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material” (2008, p. 122).

2ª fase – A exploração do material

1) A Codificação: “tratar um material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada sobre regras precisas – dos dados brutos do texto”, transformação realizada por “recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão” (2008, p. 129). Após a leitura globalizada, realiza-se um recorte do texto em suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação do significado das partes em relação com o todo. Trabalha-se com a elaboração e a seleção de um ou vários temas ou itens de significação em uma unidade de codificação:

a) *A Unidade de Registro* é “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização” (2008, p. 130). Consiste em executar certos recortes em nível semântico – isto é, significativo – o “tema”.

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. [...] Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2008, p. 131).

b) *A Unidade de Contexto*,

serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. Esta pode, por exemplo, ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema (BARDIN, 2008, p. 133).

Na Análise de Conteúdo a compreensão exata do significado é capital,

onde a importância do contexto. Contexto da mensagem, mas também contexto exterior a este: quais serão as condições de produção, ou seja, quem é que fala a quem e em que circunstâncias? Qual será o montante e o lugar da comunicação? Quais os acontecimentos anteriores ou paralelos? (BARDIN, 2008, p. 141).

Nesse sentido, afirmo a importância de minha inserção no campo de pesquisa, a convivência com os atores sociais e a aproximação com a realidade vivenciada por eles. A necessidade desse contexto exterior à mensagem, citado pela autora acima referenciada, denota a importância da observação como fonte de evidência para a triangulação dos dados neste estudo.

2) A Categorização é

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com

os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos (BARDIN, 2008).

Neste estudo, o critério de categorização foi o semântico, ou seja, a significação.

“O que caracteriza a análise de conteúdo qualitativa é o fato de a ‘inferência’ – sempre que realizada – ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc), e não sobre a frequência de sua aparição, em cada comunicação individual” (2008, p. 142). Inferir é deduzir, de maneira lógica, conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio, uma operação onde o analista admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.

A “descrição, ou seja, a enumeração das características do texto, resumida após tratamento, é a primeira etapa necessária à análise de conteúdo”. A “interpretação, isto é, a significação concedida a essas características, é a última fase da análise de conteúdo”, portanto a “inferência é o procedimento intermediário que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma a outra” (2008, p. 41).

3ª fase – O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação: foram processados conforme os objetivos previstos ou os referentes a novos achados na pesquisa e a discussão com a literatura existente. “Os resultados em bruto foram tratados de maneira a serem significativos, ‘falantes’, e válidos” (2008, p. 127).

Os dados do diário de campo constituem um capítulo desta tese e foram utilizados também com o objetivo de corroborar com a análise das entrevistas da investigação. Segundo Minayo (2006), é exatamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo. A triangulação de técnicas e instrumentos favorece a qualidade e a profundidade das análises. As descrições foram abordadas em momentos oportunos da análise e utilizadas como fundamentação dos dados empíricos registrados.

Após uma interpretação descritiva dos casos individuais, foram identificadas as linhas convergentes ou contrárias, ou seja, resultados similares ou contraditórios e, a partir dessas evidências, procedeu-se à análise dos casos múltiplos ou “comparativos” (YIN, 2005), para considerações finais pertinentes, como “conclusão” do estudo.

4 UM PASSEIO PELO VALE



4 UM PASSEIO PELO VALE

“... o lugar tornando-se laço. Todos esses territórios, que é preciso compreender no sentido etológico, esses “pontos altos”, esses lugares e espaços de socialidade estão repletos de afetos e de emoções comuns, são consolidados pelo cimento cultural ou espiritual, em suma, são feitos por e para as tribos que aí escolheram domicílio. As comunidades que o habitam que fazem de um espaço físico, um espaço vivido”.

Michel Maffesoli

Convido o leitor a adentrar comigo nesse universo e conhecer um pouco desse cenário do estudo.

O Vale do Jequitinhonha situa-se na região nordeste do estado de Minas Gerais sendo banhado pelo rio Jequitinhonha e seus afluentes. O rio nasce no município de Serro, a uma altitude aproximada de 1260 m, atravessa o nordeste de Minas Gerais e deságua no Oceano Atlântico, em Belmonte, no estado da Bahia (BA). A bacia hidrográfica do rio Jequitinhonha abrange grande parte do nordeste de Minas Gerais e pequena área do sudeste da Bahia totalizando uma área de 70.315 Km². Dessa área, 66.319 Km² situam-se em Minas Gerais, enquanto 3.996 Km² pertencem à Bahia. A área compreende seis mesorregiões, subdivididas em onze microrregiões, com sessenta e três municípios, estando 41 totalmente incluídos na bacia e 22 parcialmente (GONÇALVES, 2008). O Vale do Jequitinhonha compreende três unidades geográficas: Alto Jequitinhonha, Médio Jequitinhonha e Baixo Jequitinhonha.



Figura 5- Localização do Vale do Jequitinhonha

O índice de pobreza ostentado pela região é elevado, ocasionando êxodo rural para os grandes centros urbanos e um esvaziamento demográfico persistente. Com mais de dois terços da população vivendo na zona rural, ela tem sido caracterizada, em vários estudos, como “região deprimida”, onde os índices de pobreza, miséria, desnutrição, mortalidade, analfabetismo, desemprego e infra-estrutura sócio-econômica imperam desfavoravelmente em grande parte dos municípios (GONÇALVES, 2008).

Vários diagnósticos convergem ao apontar as restrições hídricas e as secas periódicas como agentes relevantes para o baixo desempenho da agropecuária na bacia, que ainda responde por 30% do Produto Interno Bruto (PIB) regional. Esses fatores, somados à carência de investimentos públicos e privados, corroboram a tese de que a região é expulsora de população. Todavia, esse quadro depressivo vem sendo paulatinamente modificado para melhor pelos governos estaduais, que desenvolvem esforços no sentido de aperfeiçoar a malha viária e de distribuição de energia elétrica como forma de canalizar recursos para a implantação de indústrias e de melhorar o escoamento de produtos gerados na região, além de facilitar a entrada e a circulação de produtos vindos de outros mercados (GONÇALVES, 2008).



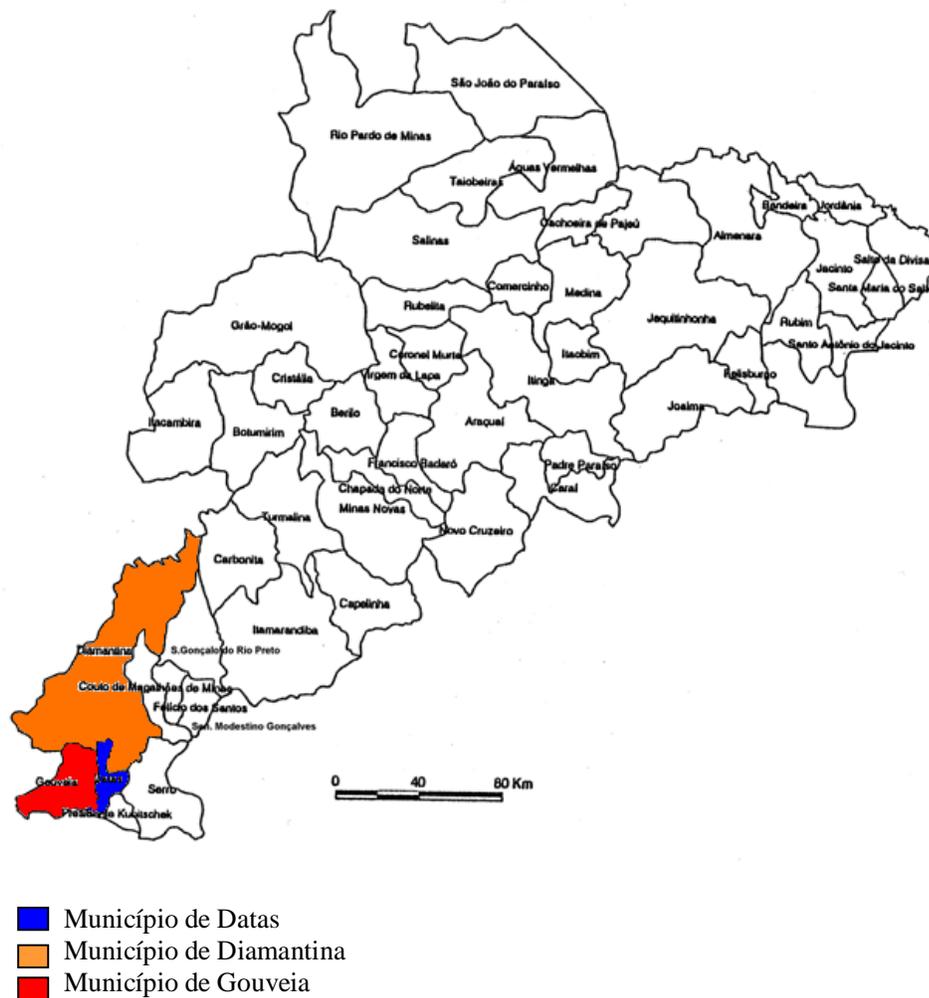
Figura 6- Paisagem do Jequitinhonha

Fonte: http://coraldaslavadeiras.com.br/website/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26

O Vale do Jequitinhonha, apesar de ser uma das regiões mais pobres do Brasil, abriga uma cultura peculiar que se revela nas manifestações populares únicas, ligadas aos mitos da natureza, à navegação e às lendas. Destaca-se o rico artesanato de barro, cerâmica, tecelagem, cestaria, madeira, couro, bordados, pintura, desenho. São ricas as expressões musicais e folclóricas. O nome do rio Jequitinhonha se originou do nome da cidade Jequitinhonha e o termo, na linguagem indígena, quer dizer: *no Jequi tem onha* (ou seja, no Jequi tem peixe), usados pelos índios Botocudos, que habitaram a região, na confluência com o rio São Miguel (NO).

Esse espaço geográfico, de riqueza natural e cultural, é alvo de ações para melhoria das condições sociais da população por ser conhecido como o Vale da Miséria devido ao baixo índice de desenvolvimento humano em muitos municípios. É o cenário onde ocorreu a coleta de dados para este estudo.

Figura 7- MUNICÍPIOS DO VALE DO JEQUITINHONHA



Fonte: MINAS GERAIS/CEES/FJP, 2004

4.1 Datas-MG

Sua origem está no garimpo que atraiu muita gente vinda à procura de diamantes, destacando-se a família Caldeira Brant. Para garimpar em um “lote” ou “data” de terra, era

necessária uma autorização do Império e, devido aos inúmeros pedidos e liberações de “datas”, a região passou a ser denominada Datas d'El Rei. Um fato histórico muito marcante, talvez o mais importante, foi a construção da igreja matriz do Divino Espírito Santo pelo arquiteto francês Félix Quizard. Foi inaugurada no dia 25 de agosto de 1870, com a ajuda do Senhor Florêncio Marques, da família mais rica da localidade na época. Datas foi emancipada em 30 de dezembro de 1962 (NO).



Figura 8- Cidade de Datas-MG



Figura 9- Tombadouro Distrito de Datas



Figura 10- Igreja Matriz do Divino Espírito Santo Datas-MG



Figura 11- Centro de Datas-MG

O município está a uma distância de 264 Km de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais. As atividades econômicas são a agropecuária, a extração vegetal, a pesca, a indústria, o comércio de mercadorias, o artesanato e a prestação de serviços informais (IBGE, 2008a). Possui escolas de nível fundamental e médio.

Datas é um pequeno município com uma população de 5.418 habitantes, apresenta o total de 1057 domicílios, sendo 602 urbanos e 453 rurais. Possui um hospital com 32 leitos, oito Unidades Ambulatoriais, quatro Postos de Saúde e um Centro de Saúde. A população é coberta por duas equipes da ESF: Vida – equipe urbana, e ESF Viver – equipe rural (NO – agosto 2008).

A ESF foi implantada em 2000, iniciando a assistência na zona urbana e nos distritos, pela equipe denominada “Vida”. Em 12 de dezembro de 2005, a ESF Viver foi fundada para cobertura de 100% da população rural do município de Datas. A equipe é responsável pelas comunidades: Cachimbos, Poço Fundo, Tombadouro, Vargem do Basto, Cubas, Fazenda Santa Cruz e Palmital sendo que, por sua extensão, o distrito de Palmital abrange as comunidades de Lapa Pintada, Fogás, Sial 1, Sial 2, Raíz e Córrego dos Currais. As equipes multiprofissionais do município de Datas são compostas por: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco ACS (equipe urbana) e sete ACS (equipe rural), uma dentista e uma atendente de consultório dentário (ACD) além de uma equipe de apoio, composta por dois nutricionistas, uma assistente social, dois clínicos gerais e um ginecologista.

As equipes Vida e Viver prestam assistência às 5.418 pessoas residentes no município e têm como objetivos a identificação de riscos no território, o controle dos agravos à saúde da população para propiciar melhores condições de vida na comunidade. Observa-se significativa redução no número de internações e melhor acesso ao atendimento a saúde **(NO)**.

Uma vez por semana, cada comunidade rural recebe os serviços médicos e de enfermagem em seu Posto de Saúde local – ou, quando não há Posto, na escola, na igreja ou no domicílio. Os profissionais visitam as comunidades alternando as semanas; em uma ,vão o médico e a técnica de enfermagem; noutra, a enfermeira e a técnica de enfermagem; além do acompanhamento constante do ACS que reside na comunidade.

4.2 Diamantina-MG

As origens do famoso Arraial do Tijuco – como era conhecida a cidade de Diamantina – remontam a 1713, com a atividade dos bandeirantes à procura de ouro e pedras preciosas nas Minas Gerais tornando-se a maior lavra de diamantes do mundo ocidental no séc. XVIII. Até hoje as atividades de mineração constituem a base de sua economia. Tanta riqueza deu origem a uma aristocracia opulenta e uma das mais requintadas do período colonial mineiro, que erigiu um rico patrimônio arquitetônico. Tornou-se lendário na imaginação popular por ter abrigado o romance do Contratador de diamantes João Fernandes de Oliveira e da escrava

liberta Chica da Silva. É também a terra de Juscelino Kubistchek, ex-presidente da República e idealizador de Brasília, nos anos 50, do século XX (FERREIRA, 2009).



Figuras 12, 13 e 14 - Cidade de Diamantina-MG



Figura 15- Casa de Juscelino Kubistchek

Figura 16- Casa de Chica da Silva

O centro urbano de Diamantina apresenta a configuração característica das cidades do período colonial, com padrão irregular, arruamentos transversais à encosta, marcados, principalmente, pelas ruas paralelas, pequenas variações de abertura ou desvio de alguns becos e ruas estreitas.



Figura 17- Mercado Velho

Figura 18- Passadiço da Glória

Figura 19- Beco da Tecla

Devido à estreita ligação que Diamantina sempre teve com as pedras preciosas, seus artesãos tornaram-se mestres nos trabalhos de ourivesaria e lapidação. Desenvolveram também a arte da tapeçaria, trazida à região pelos portugueses no século XVII, com influências hispano-mouriscas, indianas e renascentistas, transformando-a numa tradição local com a confecção dos conhecidos “Tapetes Arraiolos”, vendidos em diversas lojas pela cidade (FERREIRA, 2009).

O cultivo do teatro, da música e das artes em geral tornou-se característica marcante da sociedade local. Suas festividades religiosas e populares constituem, até hoje, atração para os que visitam a cidade. As serestas e a vesperata são tradicionais nas noites diamantinenses.



Figura 20- Vesperata em Diamantina

Figura 21- Festa do Divino

Figura 22- Café no Beco

A “garoa”, bastante comum nas regiões altas do Espinhaço, é parte integrante da paisagem diamantinense. As massas úmidas que chegam à região através dos vales de seus rios encontram uma barreira na Serra do Espinhaço, onde deixam parte dessa umidade (MINAS GERAIS/FJP, 1999).

Na atualidade, Diamantina é Patrimônio Cultural da Humanidade, com o título concedido, em dezembro de 1999, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). É tombada desde 1938 pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Além das edificações de valor histórico, remanescentes dos séculos XVIII e XIX, e que são o testemunho maior da civilização que se constituiu na região em virtude principalmente da exploração do ouro e dos diamantes, o município possui um importante conjunto de edificações do arquiteto Oscar Niemeyer, reconhecido internacionalmente pela originalidade, plasticidade e pelos avanços técnico-estruturais (MINAS GERAIS/CEES/FJP, 2004).

Diamantina é o maior município da região do Alto Jequitinhonha, possui população de 46.212 habitantes (IBGE, 2008b), apresenta uma proporção de 40,21% de pobres, uma taxa

de mortalidade infantil de 33,9 por mil nascidos vivos, considerada elevada, uma expectativa de vida de 69,5 anos. O município apresenta más condições sanitárias, afigurando-se como tipicamente subdesenvolvido.

Entretanto, é polo de referência em saúde para a população de cerca de trinta municípios do Vale do Jequitinhonha. Essa população é atendida pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Jequitinhonha – CISAJE, pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em dois hospitais: a Santa Casa de Caridade de Diamantina, de caráter filantrópico, que possui 90 leitos, o Pronto Atendimento e o Serviço de Hemodiálise, e o Hospital Nossa Senhora da Saúde, pertencente à Mitra Arquidiocesana de Diamantina, com 79 leitos (NO).

A primeira equipe da ESF em Diamantina foi implantada em 05 de outubro de 1997, denominada ESF Viver Melhor; atendia a uma parte da população de um bairro periférico com crescimento desordenado e precárias condições de infra-estrutura. Um ano depois, em outubro de 1998, foi criada a segunda equipe, Renascer, para cobertura de toda a população do bairro. Atualmente, Diamantina possui 10 equipes ESF, sendo três rurais, duas equipes rurais de PACS que dispõem de atendimento médico itinerante. As equipes possuem a composição mínima de um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e cinco a oito ACS. Somente três equipes possuem o cirurgião-dentista e o ACD. A cobertura atual de equipes ESF é de 70,28% (32.481 hab), a cobertura das equipes de PACS é 14,29% (6.604 hab) e de Saúde Bucal de 22,58% da população (NO).

4.3 Gouveia-MG

O Município de Gouveia localiza-se no Alto Jequitinhonha, pertence à microrregião de Diamantina, tem uma população estimada de 11.915 habitantes (IBGE, 2008). Situa-se na área central de Minas Gerais a 258 km da capital mineira e foi fundado por Maria Gouveia. Mas a cidade só prosperou com a chegada do Barão de São Roberto. Possui uma área de 877,7 Km², apresenta uma vegetação característica do cerrado.



Figura 23- Vista aérea de Gouveia

Figura 24- Sempre-viva vegetação local

Figura 25- Centro de Gouveia

Fonte: <http://www.ferias.tur.br/fotos/3168/gouveia-mg.html>

No século XVIII, em terras da fazenda de Maria Gouveia, de origem portuguesa, formou-se o povoado chamado de Santo Antônio de Gouveia. Elevado a município em 1873, mas somente em 1953 foi sua sede elevada à cidade, desmembrando-se o território do município de Diamantina. A indústria de estampania, as fábricas de tecidos, de bebidas e de blocos de cimento, além do comércio de pedras decorativas, formam, com a agropecuária, a base econômica do município **(NO)**.

A rica latifundiária portuguesa, Maria Gouveia, possuía inúmeros escravos da tribo Kobu e dominava todo o comércio e a política locais, sendo, por isso, responsável pelo desenvolvimento inicial do local. Seus habitantes são apelidados de Kobus, em razão da presença de negros da tribo no local, fabricantes de um bolo de fubá enrolado em folha de bananeira, famoso na região. Gouveia fica bem próxima da cidade de Diamantina, atração turística nacional, a uma altitude de 1.113m. Possui rico patrimônio natural, composto por inúmeras cachoeiras, pelas serras de Santo Antônio e do Chapéu do Sol e pelo córrego do Rio Grande, com sua represa de água morna **(NO)**.

Em 07 de abril de 1841, o curato torna-se freguesia, com a fundação da Paróquia Santo Antônio de Gouveia. Nos primeiros anos, a paróquia pertenceu ao Arcebispado primaz de Mariana; até que no ano de 1854, foi desmembrada para o recém-criado Bispado de Diamantina **(NO)**.

A industrialização de Gouveia começou por volta de 1850, com a chegada do Barão de São Roberto, que veio da cidade de Viana do Castelo em Portugal, para realizar a instalação de uma fábrica de tecidos. A fábrica de tecidos então passou a se chamar Fábrica de São Roberto, também nome da pequena Vila de São Roberto, pertencente a Gouveia **(NO)**.

5 O OLHAR DE UMA PESQUISADORA...



5 O OLHAR DE UMA PESQUISADORA...

“A subjetividade que pode vir a servir de ‘alavanca metodológica’ não deve ser compreendida como uma exacerbação sentimental de um eu autônomo e solitário. Ao contrário, ela é somente um elemento típico de uma estrutura complexa; todavia, este elemento típico, uma vez apreendido em suas diversas facetas, irá revelar-se significativo de um conjunto mais vasto”.

Michel Maffesoli

Uma das estratégias metodológicas adotadas para aproximação com o objeto em estudo foi a observação direta, que proporcionou uma convivência em campo de oito meses. Lançar um olhar sobre o processo de trabalho cotidiano das equipes saúde da família desses municípios constituiu-se em um desafio, pois, ao mesmo tempo que era objetivo, por exigência metodológica, tornava-se sensível diante das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores. Apresento, portanto, um recorte desse objeto advindo desse olhar lançado sobre a construção das práticas da integralidade no cotidiano das sete equipes da ESF inseridas nos municípios de Datas, Diamantina e Gouveia.

O lado sensível desse olhar coloca em pauta a “socialidade” que, para Maffesoli (1988, p. 185), é vista como “a alma da coletividade”:

em sua gesta cotidiana (discussão e ação), a socialidade possui um ‘estilo’. Basta prestar atenção nele. Este estilo, naturalmente, é muitas vezes, chocante, feito de diálogos, de notações que não possuem, necessariamente, vínculos lógicos – e apresenta odores e sons peculiares a toda animação que não é imposta do exterior. Em síntese, trata-se desta teatralidade que constitui a própria trama da vida cotidiana.

Para o autor, o objetivo é apreender o subjacente a partir das aparências expressas no cotidiano. A ênfase é dada à centralidade cotidiana como constituinte da socialidade. Diz respeito àqueles pequenos fatos aparentemente sem importância, mas que têm valores em si próprios. Para percebê-los, deve-se estar atento ao instante, ao presente. Trata-se de fazer surgir o que está presente nessa vivência e que nem sempre é fácil de discernir.

Considero que esse olhar, enquanto instrumento da observação, foi um “encaminhamento”. Esse caminho permitiu uma aproximação feita de “heterogeneidades, de paradoxos e antagonismos”. A simplicidade da existência tem por corolário a dificuldade de

ser expressa, mas é, em parte, essa mesma dificuldade de ser expressa que serve de cimento ao estar-junto (MAFFESOLI, 1988).

Por sua vez, o lado objetivo fundamentou-se em critérios de julgamento de pertinência próprios do método qualitativo, tais como: a) A observação ocorreu em ambiente natural do sujeito sem o controle de variáveis; b) A pesquisadora foi um instrumento de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender o objeto em estudo, espelhando-o então em sua consciência da forma como se apresentam, para depois serem interpretados. c) O método buscou maior força no rigor da validade dos dados coletados, já que a observação dos sujeitos foi acurada, e sua escuta em entrevista, por ser em profundidade, tende a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo.

A busca por situar a integralidade na perspectiva da subjetividade fundamenta-se nas posições de pessoas que se fazem presentes nesse contexto e que mesclam seus direitos, suas necessidades e seus desejos, que assumem conotações distintas, de acordo com o processo específico de interação – a socialidade e a materialidade – nas quais as equipes ESF demandam ou promovem as realizações cotidianas do princípio da integralidade. A subjetividade, portanto, será aqui interpretada como co-construção de sentidos em relações dialógicas nas quais somos posicionados como sujeitos.

Essas reflexões, entretanto, não dão conta dos problemas, dos avanços e da complexidade desse cotidiano convívio nesses cenários. Apresentam, apenas, um dos recortes da interpretação realizada, pautada na percepção da diversidade que marca a presença da produção de subjetividade que cerceia as práticas profissionais no setor da saúde.

O cenário da pesquisa, circunscrito a três municípios do Vale do Jequitinhonha – Datas, Diamantina e Gouveia – conta, para mim, como um berço de experiências e oportunidades em minha formação pessoal e profissional. Foi uma aprendizagem pelas descobertas próprias do estudo e pelo convívio com as pessoas colaboradoras, atores sociais que se relacionam no cotidiano dos Serviços compartilhando emoções, avanços, dificuldades e transpondo limites.

O diálogo constante entre a objetividade e a sensibilidade da observação proporcionou uma combinação entre curiosidade e confiança para desafiar meus preconceitos, julgamentos e ideias preestabelecidas, mesmo em muitos momentos de convivência com incertezas, enganos e anseios. Ao entrar nos cenários da pesquisa, o objetivo principal foi o de buscar entender a apreensão desses atores sociais sobre o que acontece em seus mundos. Para transpor o desafio e reconhecer o que é fundamental para a pesquisa, foi necessário ter abertura para as múltiplas visões, escutar cuidadosamente, atentar às “pequenas coisas”, ter

flexibilidade na interação e um compartilhamento de histórias, almejando a profundidade no entendimento do melhor modo de aproximar-me das respostas para esta tese. Pois, “se fizermos nosso julgamento moralista, diremos que o pesquisador só terá sobre seu objeto de pesquisa uma série de sinceridades sucessivas” (MAFFESOLI, 1988, p. 34).

A atividade da observação direta em campo que, em alguns momentos, chegou a ser participante, tornou-se motivadora. A cada dia, as relações se tornavam mais interativas e fazer parte desse cotidiano foi valorativo a cada instante. Na aproximação, o pesquisador participa. Está muito presente. Em alguns momentos, solitário em suas inquietações, reflexões e expressões. Em outros, solidário, ao compartilhar experiências, nas quais o outro passa a ser quem ele irá representar em uma visão sua. Para Maffesoli (1988, p. 25), “o pensador, ‘aquele que diz o mundo’, não se deve abstrair; é que ele faz parte daquilo que descreve e, situado no plano interno, é capaz de manifestar certa visão de dentro, uma *intuição*” (grifo do autor). Nesse sentido “trata-se sempre de sair de si mesmo, de romper a clausura do próprio corpo, de ter acesso a um corpo coletivo; em síntese, *participar* de um espaço mais amplo. De uma maneira mais ou menos explícita, a socialidade de base assenta-se em espaço partilhado” (MAFFESOLI, 1988, p. 161 – grifo do autor).

O momento de exposição de meu olhar, em busca da compreensão da construção cotidiana das práticas de integralidade, trouxe-me uma reflexão sobre as manifestações, significados ou os signos da integralidade dessa prática em saúde, buscando reconhecer esse espaço cultural, consagrado por sua beleza natural, arquitetônica e artística, como um espaço de produção de ações em saúde. Esse olhar... procurando o visível... voltado para o reconhecimento ou não de experiências que estejam avançando nesse princípio, no cotidiano de múltiplos fazeres, será aqui exposto, com a intenção de mostrar as reflexões, muitas vezes solitárias, feitas a partir da aproximação com esses contextos e o convívio com esses atores sociais. Esse olhar buscou ser atento “a coisas simples e pequenas, ‘saber ouvir o mato crescer’. *Gerir* o saber estabelecido e *atinar* com o que está prestes a nascer são, afinal, os dois polos da tensão que constituem a harmonia conflitual de todo conhecimento!” (MAFFESOLI, 1988, p. 35 – grifo do autor).

Estar em distintos cenários trouxe-me aspectos culturais determinantes dessa socialidade que conduz o dia a dia desses atores no convívio com os usuários e a equipe Saúde da Família. Isso me levou a refletir sobre a concepção de cultura proposta por Geertz (1989, p. 15): ao acreditar que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, “assume a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como

uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado”. “A cultura é pública, porque o significado o é” (GEERTZ, 1989, p. 22).

Segundo esse autor, a antropologia tem como um de seus objetivos o alargamento do universo do discurso humano ao qual o conceito semiótico de cultura se adapta especialmente bem. Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, a cultura não é um poder, algo a que podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; é um contexto, algo dentro do qual esses itens são descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade (GEERTZ, 1989). “Porque todas as situações e práticas minúsculas constituem o terreno sobre o qual se elevam cultura e civilização” (MAFFESOLI, 1996, p. 26).

Assim, as descrições e reflexões produzidas pelas observações realizadas mostram a riqueza cultural de cada um dos municípios estudados, os quais apresentam algumas diferenças e muitas semelhanças que podem ser fatores facilitadores ou limitantes para a prática da integralidade. O cotidiano dos trabalhadores de saúde é “formalizado” em reuniões periódicas. As reuniões das equipes da ESF, observadas mensalmente, tiveram o objetivo de discutir, avaliar e gerir o processo de trabalho: a rotina de agendamento de consultas médicas e de enfermagem, as visitas domiciliares com médicos e enfermeiras, os grupos educativos, a elaboração e a avaliação de projetos terapêuticos individuais de casos complexos, discussão dos problemas sanitários e sociais, fechamento da produção mensal – os consolidados do Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2) e o Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias na área/equipe (SSA2) do Sistema de Informação da Atenção Básica. Em algumas equipes, o médico participa das reuniões; em outras, a enfermeira fica responsável pela organização de sua agenda.

O dia a dia das equipes de Saúde da Família é marcado por várias ações e procedimentos que foram diretamente observados nas atribuições dos diferentes profissionais. As mais diversificadas tarefas foram acompanhadas: consulta de enfermagem (pré-natal, prevenção, atendimento a portadores de doenças crônicas e agudas), puericultura, consulta médica, atendimento a demanda espontânea, atendimento do nutricionista, trabalho do cirurgião-dentista e do fisioterapeuta, acolhimento, realização de ECG pelo Programa Telessaúde. Foram também observados os grupos: caminhada, puericultura, gestantes, planejamento familiar, portadores de diabetes e hipertensão, educativos em escolas; atendimentos em creches das comunidades e asilo, visita domiciliar de enfermeiros, médicos, nutricionista, técnicos e auxiliares de enfermagem e dos ACS. E, ainda, foram observados os procedimentos básicos nos diversos setores, acompanhamento de atendimentos no setor de

observação de algumas Unidades das equipes da ESF, reuniões de equipe, reunião do Conselho Municipal de Saúde, fechamento de produção mensal, eventos na comunidade, ações sociais, festas na comunidade.

São atos rotineiros que advêm da demanda organizada ou das necessidades apresentadas pelos usuários na demanda espontânea. Esse ritual de atos repetitivos, construídos no dia a dia pelas equipes ESF, marcado pelo encontro com o outro, pode ser assim compreendido, segundo Maffesoli (1996, p. 149-150): “no cotidiano a vida corrente é repetitiva nos seus rituais e gestos anódinos, ela constrói-se em torno da produção e da partilha de objetos simples. Não resta dúvida que é isso que constitui o essencial da existência para cada pessoa; e que constitui o ethos que cimenta as diversas sociedades”. A repetição¹ pode ser percebida “nas diversas formas com as quais me apresento no cotidiano, no tempo em que realizo minhas ações habituais” (PENNA, 1997, p. 86).

Em muitos momentos, os atos rotineiros, nesses cenários, apresentaram-se como fazeres pontuais, voltados para queixas e demandas dos usuários. Mas, em alguns encontros, esses momentos alcançaram o ser, como razão da ação de cuidar, um olhar ao outro como um “ser social” integrante de um meio que demanda, muitas vezes, outras respostas. Esses atores sociais em suas ações profissionais vivem em muitos encontros, o “ser em saúde” com atitudes que ultrapassam as ações institucionalizadas, transpondo as fronteiras dos serviços da ESF. Na busca da construção das práticas de integralidade, o cuidar do outro pode ser compreendido como “mais do que um ato, cuidar é uma atitude” (BOFF, 1999, p. 33) que gera muitos outros atos.

A observação e a interação com a complexidade da vida de todos os dias dessas Unidades de Saúde da ESF mostraram nuances de uma realidade de trabalho das equipes que demonstram momentos de efetivação dos cuidados em saúde, em uma interação do ser cuidador e do ser cuidado, permeadas por técnicas, conversas e responsabilização pelo bem-estar do outro. Para Heidegger (1999), cuidado só pode ser preocupação “como co-presença dos outros nos encontros dentro do mundo”, e que não pode falar de “cuidado de si mesmo” sem que se incorra numa tautologia. “O cuidado não pode significar uma atitude especial para consigo mesmo”. “Cuidado” é assim entendido como ocupação e preocupação *para fora de si*, como “aplicação do pensamento” em algo que não sou “eu”. Essa ocupação tem o sentido

¹ A repetição pode ser percebida como horizonte de todo ritual social, em seus aspectos paroxísticos ou patológicos, da mesma maneira que acentua o presente e seu querer viver, em suas modulações matizadas e cotidianas. A repetição constitui assim, de algum modo, uma propedêutica para toda abordagem sociológica do ritual” (MAFFESOLI, 1984, p. 82).

primeiro de preservação de um *outro* (ser humano, animal, meio ambiente, etc), e caracteriza-se pela expressão de uma *ação*.

Nesse sentido do cuidado como uma experiência da “*co-presença* dos outros nos encontros”, concordo com o autor quando diz que,

é essa a experiência da sabedoria: “Seja feliz do meu próprio íntimo (*de tuo*)”. Porém, e é isso que me interessa aqui, esse gozo de si só é considerado numa configuração coletiva: “o cuidado consigo mesmo... aparece como uma intensificação das relações sociais”. Trata-se de uma ética, no sentido que dou a esse termo: o que permite a união dos membros de uma mesma comunidade. Trata-se, portanto, da ultrapassagem desse lugar comum que estabelece uma adequação, na verdade fácil, entre o cuidado consigo mesmo e o individualismo. De fato, a experiência do eu é uma experiência do mundo: mundo resumido, mundo circundante, mundo que partilho com outros (MAFFESOLI, 1996, p. 93).

Nesse contexto, foi possível identificar experiências de cuidados nas quais os Serviços de Saúde transformaram-se em espaços de estímulo da socialidade entre seus usuários, para a constituição de novos parceiros, de trocas de informações, experiências e orientações que foram mostrando uma incorporação de valores de solidariedade e de reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado, que conformam o grande desafio para a construção da integralidade, uma tendência observada nos processos de trabalho e nas equipes da ESF, contrária a hegemonia ao individualismo e à fragmentação predominante.

As equipes da ESF, nesses contextos, desenvolvem muitas ações semelhantes, voltadas para a proposta de vigilância à saúde, na qual as atividades de promoção e educação em saúde se fazem presentes. As visitas domiciliares fazem parte do cronograma de todos os membros das equipes. Além dessas ações mais técnicas, existem outras que podem ser denominadas de ações sociais, as quais se consolidam nos “encontros” nesses Serviços e nos domicílios, nas “ajudas”, nas festas, nos eventos, nos passeios, nas datas comemorativas. Essas são ações que se fazem presentes com uma participação efetiva da população, uma verdadeira consagração do vínculo!

A visita domiciliar é uma ação concretizada nessas realidades, o estar com o outro, em seu ambiente, promove uma dimensão do cuidado com co-responsabilização, configurando a autonomia do sujeito no processo cuidativo. A visita domiciliar pode ser classificada como uma tecnologia leve e leve-dura. As tecnologias leve-duras são os saberes e práticas estruturados e, as tecnologias leves, a serem apreendidas e desenvolvidas na visita domiciliar, são: a observação; a entrevista; o registro de dados (LOPES, SAUPE, MASSAROLI, 2008; FRANCO E MERHY, 1999).

A aproximação do profissional/família na visita domiciliar foi percebida como uma queda de barreiras que se constata pela transposição dos muros das Unidades de Saúde da

Família. Entretanto, se a visita domiciliar deve ser caracterizada pela abordagem à família, constata-se, porém, que as ações dos profissionais são dirigidas, em grande parte, a uma pessoa do domicílio. Mesmo quando se tem contato com mais de uma pessoa, fica-se com a impressão que a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, “não se faz no sentido de considerar a dinâmica familiar, mas o somatório dos indivíduos que coabitam o domicílio” (SILVA, DALMASO, 2002, p. 126).

A prática da escuta foi exercitada pelos profissionais em diversos encontros nos consultórios, setores das Unidades, domicílios, ruas, locais da comunidade. Para Ayres (2004, p 22),

é no contínuo da interação entre usuários e Serviços de Saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento que sempre será marcado pela capacidade de escuta. [...] Então, não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar.

A escuta e o convívio com algumas equipes mostraram o quanto são solidárias em muitos momentos de sofrimento, lutas e perdas. O fazer não se limitou, em muitos encontros, à ação ou procedimento de saúde. Percebi que algumas ações e situações foram diferenciadas, assumidas e convividas na produção social desses Serviços. Compreendo todos esses fatores como pilares de um Serviço voltado para uma assistência humanizada, pautada em elementos que se interligam e fazem construir e promover a integralidade em saúde.

A educação em saúde se faz presente na vida dos profissionais e dos usuários, como troca de experiências e saberes, como educar para decisões conscientes, como fazer para ensinar o auto-cuidar. O conhecer e o educar fazem parte do ciclo vital, desde o nascimento e foram percebidos em todos os espaços vividos, nos setores das Unidades, nos consultórios, nos domicílios, na comunidade e especificamente “nos grupos educativos” assim denominados pela ESF. Esses grupos foram contemplados pela informação em saúde, pela partilha de saberes, pelo “momento da prosa” – a abertura, o “espaço” para que os usuários colocassem suas experiências vividas na saúde e na doença – “diabetes é tudo de ruim, mas ela está aqui dentro de nós, e estamos aqui para juntos lutarmos cada dia contra os prejuízos que ela pode trazer” (NO) – resposta dada por uma usuária a uma pergunta formulada pela enfermeira no grupo educativo com portadores de diabetes – o que é diabetes para você? A partir desse momento, a “prosa” colocou os sentimentos, as lutas e a procura por uma melhor qualidade de vida. A história foi ouvida e contada como vivida. “Fundamenta-se aí a

necessidade de as representações do adoecer serem consideradas, na Educação em Saúde, em um compartilhamento de saberes” (GAZZINELLI *et al*, 2005, p .202).

O cotidiano, nessa modalidade de assistência à saúde da família e da comunidade, apresenta-se em atos diários, em uma relação de proximidade que, para Maffesoli (1987, p. 169), é “o homem em relação. Não apenas a relação interindividual, mas também a que me liga a um território, a uma cidade, a um ambiente natural que partilho com outros. Essas são as pequenas histórias do dia a dia: *tempo que se cristaliza em espaço*. A partir daí, a história de um lugar se torna história pessoal” (grifo do autor). Nesse contexto, as singularidades se manifestam.

As equipes de Diamantina mantêm um cronograma das atividades segundo as atribuições de seus membros e acolhem os usuários durante todo o período, direcionando-os conforme as urgências ou demandas que podem ser eletivas. Em Datas e Gouveia, há um cronograma fixo para os médicos, com um número fixo de atendimentos, o que também ocorre para esse profissional em Diamantina, porém, a rotina da enfermeira é diferenciada, quando se trata de Unidades de zona urbana ou Unidades de zona rural. Na zona rural, as atividades são previamente agendadas pela enfermeira. Na zona urbana, o cronograma é voltado para a disponibilidade de atendimento da demanda espontânea com horários mais restritos para as atividades agendadas e não apresenta uma agenda fixa para a consulta de enfermagem. Essa consulta é limitada ao atendimento dos portadores de diabetes, a prevenção do câncer de colo uterino, algumas crianças, pedidos e avaliação de resultados de exames laboratoriais. Os jovens e adultos são avaliados, na maioria das vezes, na demanda espontânea mediante suas necessidades. Foi exposto pelos médicos, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem de Datas que “ninguém sai da Unidade de Saúde sem ser atendido ou com alguma resposta para a necessidade demandada” (NO).

Na composição das equipes da ESF no município de Gouveia, quatro técnicas ou auxiliares de enfermagem desenvolvem atividades cotidianas dentro da proposta da ESF. Assim, a equipe de enfermagem assume todos os casos para os cuidados e procedimentos básicos de enfermagem de usuários impossibilitados de se locomoverem até a Unidade, configurando uma cobertura desses procedimentos na assistência domiciliar. Em Diamantina e Datas, as equipes possuem uma técnica ou auxiliar de enfermagem no trabalho cotidiano dentro e fora da Unidade. As equipes de Datas possuem ACS, contratados em quase sua totalidade, com formação em curso técnico ou auxiliar de enfermagem. Eles realizam ações como verificação de pressão arterial, curativos em domicílio nos finais de semana e feriados para os usuários que não têm um cuidador na família. Apesar de o cargo ser o de ACS, suas

atribuições excedem as competências da função a ser desempenhada na equipe. A prática efetivada é pautada na realidade que enfrenta a partir de sua atuação, para o atendimento das demandas da comunidade, na busca de resolutividade das ações que contemplem as necessidades.

É fato que, nas ações previstas para os ACS, não está a de substituir o papel dos outros profissionais de saúde. Entretanto, em Datas, como pessoas da comunidade, conhecem e assemelham-se a suas características e anseios, preenchendo as lacunas da equipe por conhecerem as necessidades daquela população. É necessário conscientizar o ACS quanto ao valor de seu conhecimento genuíno adquirido pela pertença a sua comunidade. Se, para o desempenho de suas tarefas, é importante o conhecimento popular, a busca de formação não necessariamente passaria pelos Cursos Técnicos de Enfermagem, mas por sua capacitação para o papel social (JUNGES, MAZARI, SELLI, 2008).

Constata-se que os espaços físicos para atuação dos profissionais são discrepantes. Na sede do município de Datas, a Unidade foi construída recentemente com recursos do Programa Saúde em Casa, dentro das normas da vigilância sanitária, com espaço amplo e adequado para os Serviços. Nos distritos, a população é atendida em pequenos e antigos Centros de Saúde, Escolas, Igrejas e domicílios. Em Gouveia, as Unidades Básicas de Saúde foram reestruturadas com recursos também desse Programa, exceto uma que ainda atende em casa adaptada para a assistência. Em Diamantina, as equipes da ESF foram implantadas em casas adaptadas para atuação dos profissionais, exceto uma que está em um Centro de Saúde antigo, apresentando instalações com estrutura física precária, com espaço restrito, inadequado para o desenvolvimento das ações de enfermagem e dos médicos.

Essa forma de adaptação ao espaço de trabalho é explicitada por muitos informantes como um fator que prejudica o desenvolvimento das ações no cotidiano dos Serviços. Onde, muitas vezes, dividem os espaços, organizam as tarefas em escalas de horários para que os ambientes se disponham a todos. Esses locais são, portanto, o espaço físico, que abrigam as pessoas e os objetos necessários para ação em saúde. Pode-se dizer o espaço objetivo.

Entretanto, esse espaço objetivo, do território de abrangência das equipes, com uma grandeza geométrica perceptível, é extrapolado pelo espaço subjetivo, percebido “de uma maneira holística (simbólica), é o conjunto de elementos que fazem comunicação, o espaço de socialidade, onde as comunidades que a habitam fazem de um espaço físico um espaço vivido” (MAFFESOLI, 1996). Esses pequenos lugares de referência, para esses atores sociais são, “um espaço vivido em comum, o espaço onde circulam as emoções, os afetos e os símbolos, o espaço onde se inscreve a memória coletiva, o espaço, enfim, que permite a

identificação. Assim, participando com outros da totalidade ambiente, torno-me uma coisa entre as coisas, um *objeto subjetivo*” (1996, p. 279 – grifo do autor).

Pode-se dizer que é um “espaço de celebração” da técnica, das relações, do lugar tornando-se laço, o laço do vínculo, um espaço social que limita o tempo, “onde circulam informações, rumores, imagens, palavras em geral, afetos...” (MAFFESOLI, 1996, p. 264). O espaço vivido e temporal elabora esses contextos que se chamam Unidades de Saúde da ESF, “onde” procuro compreender a construção cotidiana da prática pautada na integralidade.

Nesses espaços, o vínculo é muito forte, consolidado pelos laços entre as equipes e os usuários, onde a população tem como referência a ESF, a “sua porta de entrada”. Estão explícitos, diante de um olhar sensível, a vivência desses atores, a proximidade, a interação, o conhecimento das histórias de vida e a maneira de viver dos usuários. As pessoas são tratadas pelo nome; na maioria das condutas, a realidade vivida foi contemplada, pelo fato de os profissionais conhecerem o ambiente e as relações de vida dessas pessoas. Para Maffesoli (1984, p. 54), “o espaço local é o fundador do ‘estar junto’ de toda comunidade”. “O espaço só tem sentido se pode ser vivido com outros, de perto” (1996, p. 262).

Nessa convivência, um fato marcou fortemente a atenção – a fila para a marcação de consulta médica, na oferta programada das equipes da ESF de Datas e Gouveia. Por vários dias, ao observá-la por algum tempo, notei que a população demanda consulta, consulta, consulta... As vagas têm número limitado e são preenchidas por ordem de chegada ou pelos ACS que têm um número reservado de consultas diárias para agendamento. Ao serem preenchidas em sua totalidade, termina-se o acesso à consulta naquele dia e os usuários retornam em dias subsequentes, restando, para avaliação no momento, os que apresentam sinais ou sintomas classificados como urgência em saúde, sendo atendidos pela enfermeira e, se necessário, pelo médico.

Essa procura exagerada na oferta diária de consultas médicas não constitui em organização da demanda. Uma vez que as consultas programadas disponibilizadas diariamente à população e agendamento pelos ACS, em grande parte, são caracterizadas por problemas de saúde medicalizados, consideradas, portanto, pronto atendimento. Mesmo assim, durante todo o dia, a demanda espontânea surge e é sempre encaixada conforme o acolhimento e a classificação de risco. A abertura das equipes à pressão da demanda produz angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional. Essa demanda espontânea foi colocada, inúmeras vezes, pelos médicos e enfermeiras, não como uma urgência em saúde, uma grande parte é pelo “hábito rotineiro de consultar, mesmo que as respostas possam não

estar na ação médica”. Para exemplificar, um relato médico durante o atendimento às consultas: “não tem jeito, o povo quer é medicamento, mesmo sem causa para usar” (NO).

A pressão da demanda espontânea de acordo com o desejo dos usuários tende, em geral, ao atendimento médico. Muitas vezes, os auxiliares/técnicos e enfermeiras não têm alternativas, afinal é do médico a maior responsabilidade de diagnóstico e terapêutica, pois tem competência clínica mais ampla do que a de outros profissionais. No entanto, a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do campo de competência de todos os profissionais. Se a atividade profissional utiliza esses núcleos de competência para justificar a burocratização, se há pactos perversos que alimentam o não-cuidado, se não há espírito de equipe e de trabalho multiprofissional, o acolhimento tende a transformar-se em pronto atendimento. Nesse caso, a medicalização tende a avançar e se difundir (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2007).

Na ESF, é possível trabalhar com uma oferta organizada de serviços para acompanhar, orientar e reconhecer o indivíduo e a família na realidade vivida, considerando-a dependente para as ações em saúde. Esse segmento de organização da oferta foi observado, nas equipes de Diamantina, na puericultura, no pré-natal, no atendimento aos portadores de hipertensão, diabetes e distúrbios mentais. Há uma assistência ofertada para esses grupos e um envolvimento da equipe, do ACS ao médico, para um atendimento voltado para a educação em saúde em outros rituais de encontro, tais como ações educativas, visitas domiciliares, eventos na comunidade e não somente nas consultas.

Ao demandar consulta, consulta, consulta as pessoas são transformadas em consumidores vorazes de mais e mais tecnologias especializadas e não do cuidado em si, o que as fazem dependentes. Isso diminui a autonomia e a capacidade de agir sobre a vida e sobre o meio para manter, resgatar e/ou ampliar a saúde e a liberdade, vistas como coeficiente de liberdade vivida e capacidade de instituir normas vitais (CANGUILHEM, 2002). Vivemos o momento da cultura médica.

Em um universo social que vive o desencanto dos valores, a cultura médica – que se tornou parte importante de nossa cultura – “procura se atribuir um sentido: o *sentido médico*, que consiste em viver utopicamente para evitar completamente a doença, retardar a hora da morte, ou até mesmo impedi-la; em suma, conservar a qualquer preço o mais precioso de todos os bens: a saúde” (LAPLANTINE, 2004, p. 204).

Constituiu-se uma “imagem do médico” – a da busca e do poder da cura. A população manifesta um sentimento de credibilidade – uma “fé na medicina”. Em muitos momentos, nos consultórios e ao chegar aos domicílios para visitas domiciliares acompanhando o profissional

médico, ouvi expressões como “Ele é o meu Anjo da Guarda”, “Ela é uma santa”. É a retratação cultural do modelo médico-centrado, como afirma Laplantine (2004, p. 238 – grifo do autor):

A medicina como absoluto (*ou* religião) – mostrar que a medicina – ou antes a hipertrofia de uma tendência dessa prática social que acabou se creditando a uma pretensão decididamente totalizante – é *nossa religião*, e que, se hoje existem “Luzes” no sentido do século XVIII, trata-se de “Luzes médicas”, consiste em evidenciar que a saúde ocupa rigorosamente o lugar exato que antes era ocupado pela salvação (o jogo *santé-salut*, saúde-salvação) e que a fé médica preenche em grande parte o vazio deixado pelo desencanto com as grandes religiões em que não mais cremos.

Para retratar essa fé na medicina no contexto dos municípios do Vale do Jequitinhonha e também a fé religiosa, participei da Missa da Saúde em Datas, durante o período de observação. A Igreja estava repleta de fieis. A missa foi oferecida a todos os idosos e doentes da comunidade e também pelas equipes da ESF e demais funcionários da saúde do município. Os doentes que apresentavam dificuldade em deambular foram transportados pelo carro da saúde até a Igreja. A missa foi solene, com participação das equipes da saúde nos comentários, leituras e preces. O coral foi acompanhado por vários instrumentos musicais tocados por idosos. Ao final da missa, uma idosa deu seu testemunho de fé e graças por ter recuperado sua saúde, enfatizando a ação das mãos de Deus e do médico e de outros profissionais que a assistiram. Após a missa, os profissionais de saúde entregaram uma lembrança da Missa da Saúde e nela uma foto da Igreja Matriz de Datas e um versículo bíblico.

Nesse contexto, a ligação entre a *medicina* e o *sagrado* na busca pela *saúde* foi claramente percebida como um tripé para se conquistar uma vida com mais equilíbrio, uma vida mais saudável. Nessa abordagem Laplantine (2004, p. 242-243) mostra:

Acabando por situar-se nos dois extremos, o discurso religioso, mesmo o mais depurado e mais “reformado”, não visa apenas a salvação da alma. Ele fala de outra coisa além do que atribuímos ao religioso no Ocidente contemporâneo: de saúde, ou seja, de medicina. E, reciprocamente, o discurso médico que se apresenta como o mais “objetivo” e despojado de qualquer pressuposto religioso fala de um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, ou seja, de juventude, beleza, força, serenidade, felicidade e paz, em suma, de promessas de salvação comuns a todas as grandes religiões. Esta é a definição de saúde proposta pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS).

Essa completude para se ter saúde está longe de ser o alcançado, ou pode não estar completo nunca, como referenciado a seguir:

A concepção de saúde como resultante de todas as outras condições, traz-me a ideia desta colocada fora do homem, algo a ser encontrado em um outro tempo, a ser

buscado no fim, depois que ele tiver conquistado todas as outras coisas, primeiro. O conceito da OMS coloca a saúde como resultado, isto é, ela é a somatória de outras tantas condições, que se precisa ter, para alcançá-la. Tenho a impressão de que ao falar da saúde como resultante, o homem deva se colocar num compasso de espera. [...] A saúde apresentada desta maneira parece ser sempre algo a ser alcançado num futuro, que me parece estar mais próximo da morte (e para que saúde aí?) do que da vida (PENNA, 1997, p. 73).

Segundo AYRES (2004, p. 20), ao se conceber a saúde

como um “estado” de coisas, e “completo”, inviabiliza sua realização como horizonte normativo, já que, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente.

A hegemonia médica é representada pelas pessoas no contexto observado, por meio do *toque*, no *olhar*, no *valor moral e respeito* ao profissional. Em sua maioria, as pessoas que se encontravam na igreja, de maneira discreta ou aparente, direcionaram o seu olhar, o seu cumprimento, o toque no aperto das mãos ou no abraço, aos profissionais médicos presentes. Laplantine (2004, p. 237), ao abordar a medicina como moral, descreve:

Não buscando apenas o que é verdadeiro, mas enunciando o que é bom, ela é o Saber por excelência, tornada diretriz de nossas condutas e estendendo seu monopólio bem além dos limites do domínio biológico. É ela que *ordena* (a “disposição médica”), *prescreve* (a “prescrição médica”), *certifica* (a “certidão médica”), é solicitada pelos tribunais nos casos em que a própria justiça se acredita incompetente (a “avaliação médica”), *promete* (e a esperança suscitada é imensa, uma vez que induz muitos a acreditarem que todas as doenças poderão ser vencidas). É ela também que *ameaça*, provocando a angústia de todos que se dão conta de que não obedecem aos comportamentos-padrão que garantem a saúde e a longevidade, e alimenta o terror do que é visto como o flagelo dominante de nossa sociedade: o câncer.

A ameaça da doença leva as pessoas a buscar amparo na medicina e na religião, na luta pela recuperação da saúde. Nesse sentido, as crenças foram manifestas, na fé em Deus, no médico e nos tratamentos alternativos. As práticas culturais são muito presentes nessa realidade e andam juntamente com as ações sanitárias, muitos buscam as duas faces para responder a suas necessidades de cura e esperança de uma vida melhor.

A ESF pressupõe a integração das dimensões subjetivas e sociais dos usuários, ultrapassando a redução do processo saúde/doença a puros limites técnico-científicos. A valorização dos diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilita a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2006a).

Nos atendimentos, constatei que muitos profissionais, ao lidarem com os conhecimentos populares dos usuários, consideraram a subjetividade e as representações

sociais da cultura popular no processo saúde/doença. Outros toleraram esses saberes como mecanismo para que o usuário aceitasse a terapia proposta. Alguns valorizaram esses conhecimentos como complementares ao universo científico, na construção da integralidade e isso pressupõe uma nova cultura de trabalho, bem como novas formas de organizar e gerir esse processo de trabalho. É necessária a imersão da equipe no mundo sócio-cultural de sua área de abrangência, para uma maior possibilidade de oferecer respostas a todos os tipos de demanda.

Portanto, nas interrelações, compreendo que, na organização do processo de trabalho nesses cenários, é a equipe da ESF que pode avaliar e decidir as ações que pode e precisa ofertar à população, considerando o contexto sócio-cultural e, mesmo assim, nunca será o suficiente porque “não é possível mensurar essas demandas ou mesmo definir as reais necessidades de saúde de uma população” (PINHEIRO, LUZ, 2003, p. 05) ao considerar a subjetividade. Bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde, e essas demandas também podem ser de caráter mais abrangente, segundo os diversos níveis de assistência ou de cunho intersetorial, ultrapassando o poder resolutivo da equipe da ESF.

Na busca da prática da integralidade nesses encontros, vejo, de um lado, a afirmação das singularidades das experiências cotidianas que a contemplam e, de outro, a inconsistência de alguns fatores que possam promovê-la. Na construção desse novo paradigma da assistência à saúde da família – e não somente a atenção à doença – todas as formas de respeito às histórias vividas no binômio profissional/usuário devem ser praticadas para que, cada vez mais, essa integralidade faça seus sentidos na interrelação do cuidado.

5.1 Os contratempos e a bonança no dia a dia das equipes da ESF.

No cotidiano desses Serviços, as dificuldades apareceram. Em Diamantina, a substituição da maioria dos ACS, após um processo seletivo ocorrido em meados de 2007, trouxe alguns transtornos para as equipes que já desenvolviam um trabalho de quase uma década. Houve resistência da população da área de abrangência ao novo membro da equipe. A inserção desses ACS foi um processo “sofrido” por ambas as partes – o difícil recomeçar na

busca pelo vínculo com as famílias adscritas. A experiência de trabalho das equipes, por longos anos, segundo esses atores sociais, contou naquele momento.

Na substituição dos ACS e também durante o período pré-eleitoral em 2008, esses atores sociais refletiram inúmeras vezes sobre a instabilidade no emprego, apesar do processo seletivo. Essa instabilidade é caracterizada pela forma de contratação temporária de todos os profissionais da equipe ESF, com duração de quatro anos, sendo o contrato renovado anualmente, não constituindo, portanto, vínculo empregatício.

Contam também como dificuldades para as equipes: a forma de prestação de serviço pelo profissional médico que tem horário reduzido – diferenciado dos demais profissionais da equipe com carga horária de oito horas diárias; o número pré-estabelecido de consultas médicas diárias, de oito a quatorze consultas em um turno, dependendo do município – alguns dias as consultas médicas são nos dois turnos, devido às outras atividades desempenhadas por ele, como os grupos educativos ou as visitas domiciliares; a liberação desse profissional para plantões ou outras atividades profissionais. Como a equipe Saúde da Família é a referência para a população adscrita, as licenças de saúde e férias dos profissionais que não são cobertas por possíveis eventuais, determinam restrições nas ações, limitando as atividades que geralmente são realizadas em equipe.

Em alguns momentos da observação, alguns informantes relataram a necessidade de um perfil do profissional para atuação na ESF, “ter o gosto pela medicina social – pela saúde da família e da comunidade” (NO). A formação profissional foi exposta como determinante de um sistema originado no modelo biomédico no qual o ensino e a prática traduzem uma “herança enraizada na cultura médica” (NO). Esses fatores limitantes foram considerados por vários informantes que, apesar do conhecimento e da consciência de que formas diversas existem para que ações integrais em saúde aconteçam, muitos momentos da prática ainda estão voltados para atos pontuais numa resolutividade momentânea e onde as respostas, algumas vezes, demandam outros atos e atitudes que não são efetuados ou delegados.

Se, por um lado, a classificação de vulnerabilidade no território de responsabilização fundamentada nos “riscos” potenciais existentes, tais como o ribeirão poluído, esgoto, lixo a céu aberto, miséria, drogas e violência, determina o planejamento das ações em saúde; por outro lado, esses mesmos riscos constituem um impasse para alcançar a resolutividade desses problemas, pois esta não depende, apenas, das ações da equipe, reafirmando, portanto, a importância da intersetorialidade. As equipes da ESF têm clareza de sua atribuição como promotoras da ação intersetorial, pois trabalham na responsabilização do território, com a identificação de problemas da população adscrita. Em muitos casos, as equipes são

responsáveis por contatar setores como Escolas, Entidades Religiosas, Organizações Não Governamentais, Assistência Social, Conselho Tutelar, Vigilância Sanitária, Secretaria de Trabalho, Defesa Civil, formando parcerias por meio de redes informais de cuidados.

Mendes (1999, p. 252) identifica a intersetorialidade, juntamente com o território e os problemas de saúde, como um dos pilares básicos da nova prática da vigilância da saúde. Refere que a intersetorialidade “busca unidade do fazer, e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana”, exigindo “a solidariedade de distintos setores”, para a complementação da ação.

Nos momentos de observação, convivi com as incansáveis queixas sobre a ineficácia do sistema de referência e contrarreferência, fator determinante dos limites para uma vertente na integralidade das ações, a constatação do estrangulamento de muitos setores da atenção secundária e terciária. A mudança no sistema de marcação de consulta especializada em Diamantina, tarefa atribuída à equipe em 2008, foi apresentada como uma responsabilidade transferida, pois o problema é “se a demanda é maior que a oferta dos serviços especializados, que essa demanda fique para triagem e espera nas mãos da atenção primária” (NO). Esse foi um sentimento de angústia relatado e refletido, pois “conheço a história de vida da maioria dessas pessoas, às vezes, podemos ajudar e, quando não, é porque dependo de outros... aí fica difícil” (NO).

A busca diária por atendimento e a alta incidência de casos complexos sem referência adequada, evidenciaram insatisfação dos profissionais dos três municípios, pois essa demanda reprimida “bate diariamente nas portas desses Serviços (NO)”. As soluções demandam outros níveis de atenção à saúde, que não apresentam respostas suficientes ou efetivas, por não existir um sistema de referência capaz de atender à demanda apresentada.

Uma das formas encontradas para tentar amenizar esse problema é compartilhar o conhecimento de alguns profissionais como, por exemplo, quando um médico membro de alguma equipe, com domínio em alguma especialidade, torna-se referência para as demais. Nos municípios de Gouveia e Datas, alguns profissionais de apoio foram contratados para dar suporte à população assistida, tais como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e cirurgião-dentista que já se tornou um membro integrante da equipe. Como os dois municípios têm 100% de cobertura da ESF, a população é orientada a caminhar nessa linha de assistência conforme suas necessidades. Mas o estrangulamento é manifesto com a espera por meses ou anos, ou nas filas mensais para a marcação de consultas e/ou exames diagnósticos. As referências para esses municípios são o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Jequitinhonha (CISAJE) com sede em Diamantina e Serviços de Saúde de Belo Horizonte.

Ao discutir acesso em suas várias dimensões, Azevedo (2007), considera que a ESF, enquanto estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde de que necessitam, revelou-se como uma porta de entrada estreita, merecendo ser avaliada com olhar mais crítico, que adote como ponto de partida as situações que particularizam os indivíduos demandatários de suas ações e a representação que esses atores têm do (complexo) contexto no qual estão inseridos.

Não podia deixar de descrever os “pequenos encontros” ou “(des)encontros”, aqueles em que, muitas vezes, os profissionais se ativeram a responder de forma rápida, sem abertura, de maneira formal e concisa, com uma prescrição ou indicação, às queixas dos usuários. As curtas respostas em corredores e ruas... O tempo se faz presente... “O tempo aqui é pouco, é muita gente para atender, não dá tempo para ouvir” **(NO)**. O tempo é que determina as passadas e o quanto de atenção se pode dispensar a cada um que entra no consultório. “O atendimento hoje foi rápido, foi somente avaliação de exames, faço isso para tirar um pouco do tumulto da manhã. Eu atendo aqui e na zona rural, apesar de ser da equipe urbana, mas M₅ já está idoso e atendo em alguns distritos para ajudá-lo na zona rural e ele ajuda atendendo aqui na sede do município. Há sete anos estou aqui e, com o tempo, a gente vai conhecendo todo mundo, os que realmente precisam e estão doentes, e aqueles que estão aqui todos os dias, mas que, na verdade, não estão necessitando de um atendimento médico **(NO)**. A convivência diária com esses usuários transforma-se em uma triagem, que justifica as rápidas consultas diante de outros afazeres. Entretanto, a demanda continua, os problemas retomam e o mesmo usuário retorna sempre em busca de respostas, que como esclarece Ayres (2004):

A reiteração da procura não deixa dúvida do interesse legítimo no espaço da assistência, mas a esterilidade mecanicamente vivida e repetida aponta também que as bases dessa legitimidade ainda (ou já) não estão assentadas em bases reconhecidas e aceitas pelos participantes da situação. É como se as tecnociências da saúde constituíssem recursos desejáveis, mas que nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente. Certamente cada um sabe, a seu modo e com diferentes graus de domínio técnico, para que servem esses recursos. O que talvez falte é a resposta sobre o sentido desse uso, sobre o significado desses recursos para o dia a dia do outro.

Outra abordagem também foi vivenciada por esses profissionais, cuja consulta contemplou o “encontro”: na escuta; na decisão consciente e esclarecida da conduta; no exame detalhado do corpo; na preocupação com os “anseios” dos usuários com anamnese aprofundada na história e situação vivida; momentos que foram de procura e de respostas.

Vários e verdadeiros encontros foram presenciados. Os momentos de convívio com os grupos de caminhada das equipes dos três municípios, mais especificamente com os de Diamantina. São grupos de convivência, pois os encontros ultrapassam a prática da atividade

física, estes se tornaram a referência da ESF, sua marca registrada. Esses grupos estão presentes em todos os eventos como representantes da ESF: na igreja e demais órgãos institucionais, nas ruas em datas comemorativas. Nesses grupos vê-se a “configuração do vínculo”.



Figura 32, 33, 34, 35- Grupos de Caminhada em Diamantina e Gouveia

Seguindo o calendário das comemorações, presenciei momentos de vínculo entre a equipe e a população. Na confraternização de Natal de duas equipes de Diamantina e da população adscrita, acompanhei a organização do cardápio e os donativos para o almoço de confraternização, a solidariedade manifesta na preparação das cestas de Natal para as famílias carentes – a miséria tocou os corações das pessoas que conhecem a realidade. As pessoas da comunidade compareceram, uma a uma, com os donativos, foi verdadeiramente a “fila da solidariedade”! Mais de cem pessoas compartilharam esse momento de confraternização e as cestas foram doadas. A emoção podia ser evidenciada nos agradecimentos, lágrimas, abraços e alegria em poder ajudar o outro e também receber do outro. Essa emoção foi percebida desde o momento em que as equipes se reuniram para decidir quais famílias precisavam mais dentre muitas listadas. Algumas ACS descreviam a necessidade da família de sua microárea a

ser escolhida como “uma defensora em tribunal”. O “julgamento” apontou a falta do que comer como uma justificava para a família ter um Natal com a mesa farta.



Figura 36, 37, 38, 40- Passeio Grupos de Caminhada Diamantina: oração e partilha no café da manhã; almoço; sorteio de brindes; e dança

O carnaval! Às sete horas da manhã, na porta da Unidade, os tambores já anunciavam à população que os ensaios dos grupos de caminhada das duas equipes ESF de um bairro diamantinense para o desfile de carnaval estavam acontecendo nas segundas, quartas e sextas-feiras. Os enfeites para o desfile foram feitos pelas equipes. O dia chegou... Os foliões estavam todos enfeitados, trajando as camisetas confeccionadas para o desfile. Muito felizes, saíram cantando e sambando pelas ruas e becos diamantinenses, debaixo de chuva. Muita euforia, mesmo com a chuva! Ao som da bateria e das marchas cantadas, a porta-bandeira estampava para a população diamantinense que as equipes da ESF estavam fazendo o seu carnaval. No centro da cidade, encontraram-se com outras equipes da ESF e PACS de outros bairros e também com a equipe e os usuários do Centro de Atenção Psicossocial. Com o desfile, a população veio às portas e janelas, a folia tomou a atenção das pessoas no comércio.

Os foliões contaram com a participação da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros durante todo o evento. O grande encontro foi no Mercado Velho no centro da cidade de Diamantina e a folia atraiu centenas de pessoas. Foi um verdadeiro carnaval!



Figura 40, 41, 42, 43- Carnaval dos Grupos de Caminhada em Diamantina

Esse momento de encontro e folia demonstrou que as ações da ESF ultrapassam os muros das ações institucionalizadas em saúde. A população tem, na equipe, não só a referência dos cuidados no processo saúde-doença, mas também na promoção do lazer, do social. As desigualdades foram superadas nesse encontro, o momento foi de alegria e de iguais. Foi encantador! Um momento surpreendente para uma pesquisadora! Mesmo conhecendo a realidade em momentos distintos de minha atuação profissional nesse município, fiquei emocionada!

Outros encontros: as viagens realizadas com os usuários para a comemoração do dia das mães e dos pais. Houve a partilha no lanche da manhã e da tarde, o almoço, a música, a dança e os sorteios de brindes para a celebração. Esses brindes também fazem parte da rede de solidariedade, foram doados pelos comerciantes locais, pessoas da comunidade e membros das equipes de saúde. A Festa Junina... casamento na roça, quadrilha, pipoca, canjica... os

idosos da caminhada abraçados com a alegria, com a vida que pode ser diferente, desde que promovida.



Figura 44, 45, 46, 47- Festa Junina dos Grupos de Caminhada em Diamantina

O desfile de Sete de Setembro pelas ruas de Diamantina... A comemoração do dia das crianças pelas equipes... Em todos esses momentos, somente reinou a alegria, todos foram iguais, era a população adscrita às equipes da ESF, eram os usuários do SUS! O cenário mostrou que o vínculo criado entre os usuários e a equipe pode ser capaz de gerar uma grande família e trazer muitas gratificações.

Os encontros retratam parte do cotidiano das equipes, a socialidade, o espaço da “celebração”, onde os atores sociais vivem a emoção, a partilha, o imaginário, e revelam as expressões das práticas humanas em saúde, percebidas pela co-presença desses sujeitos nesse espaço-tempo observado. Foram encontros momentâneos que não fazem parte do instituído como ação em saúde, porém, para esses atores, tiveram uma completude, apesar de ter um

início e um fim bem delimitados. É o *sentir-em-comum* maffesoliano. Nesse sentido, a socialidade é a expressão cotidiana da solidariedade.

Entretanto o tempo passa... chegou o período eleitoral. Os profissionais da saúde de Gouveia foram desafiados a exercer papel sócio-político, movendo-se entre diversos interesses em conflito. A cada carro de som, comício, passeata, os profissionais das equipes da ESF manifestavam-se inseguros, tristes e desestimulados. A insegurança vinha do medo de que, se a oposição vencesse as eleições, a demissão dos contratados seria certa. E foi... Ao retornar ao cenário, que foi extremamente acolhedor, senti-me triste, desapontada! A desestruturação já era evidente, os profissionais já contavam com a demissão, a população segundo a equipe, já aguardava a mudança. Foi um sentimento de perda naquele encontro. O trabalho já estava consolidado por essas equipes, o vínculo com esses profissionais e usuários já existia e as ações, muitas vezes, apresentavam-se voltadas para a integralidade da assistência. Agradei-lhes mais uma vez pela oportunidade na coleta de dados em um cenário vasto de informações, mas não posso descartar um sentimento de frustração e vários questionamentos diante da desestruturação das equipes. Em janeiro, os profissionais das quatro equipes da ESF do município foram demitidos, com exceção dos médicos que foram convidados a permanecer no trabalho, e uma enfermeira nativa. Nas duas equipes que acompanhei, restaram poucos profissionais concursados como um ACS, uma auxiliar de enfermagem e um funcionário administrativo. Atualmente, como construir a integralidade no cotidiano das equipes ESF, se vigora a transitoriedade? Se, a cada período de quatro anos, a equipe pode desfazer-se? E as famílias, e esse contexto vivido de uma realidade onde a integralidade poderia ser cada vez mais objetivada e alcançada?

Em Diamantina e Datas, esse fato não ocorreu. As equipes continuaram seu trabalho após a troca do mandato municipal, mesmo com a vitória da oposição em Diamantina. O que contou foi a estruturação das equipes, o trabalho desenvolvido, vinculado e conhecido. Poucos profissionais foram nomeados em outros cargos para uma melhor estruturação das atividades na atenção básica, contando exatamente com o vivido como guia para essas mudanças.

A política, para Maffesoli (1997), tornou-se objeto de desconfiança geral. Ao longo da história humana, sempre existiu uma força imaterial, imaginal que deu sustentação ao político. O político é uma instância que, em sua acepção mais forte, determina a vida social, limita-a, constrange-a e permite-lhe existir.

Os governantes, os regimes políticos são obcecados por tudo abstrair e a tudo racionalizar. Esquecem-se de que as paixões desempenham um papel importante na luta política. Assim, a coisa pública assume um caráter de exterioridade e, com isso, se afasta da vida que flui que não segue necessariamente os cânones da razão (MAFFESOLI, 1997).

Assim, os últimos meses do ano de 2008 foram marcados pela indeterminação, o momento político é que determinaria o que a gestão e os profissionais poderiam programar para o trabalho no ano seguinte. De certa forma, constatei uma interrupção na programação das atividades das equipes e dos investimentos no Setor em Gouveia.

A gestão da saúde nesses municípios foi percebida na ponta. A observação ateve-se ao cotidiano das equipes ESF, mas, por trás de todos esses cenários, outros atores promovem a cena da saúde. Não foi difícil compreender o que era restritivo ou facilitador para a efetividade das ações na ESF. A gestão de recursos-humanos ou materiais gera conflitos, sobretudo quando se mostram escassos. Em Diamantina, a falta de material de consumo deixava o usuário e o profissional sem assistência porque um demanda o serviço e o outro demanda recursos materiais para assistir. Os municípios que possuem maior número de profissionais na equipe da ESF ou nas equipes de apoio apontaram que a interdisciplinaridade vivida possibilita respostas efetivas e mais abrangentes devido aos diversos olhares e fazeres na busca de uma assistência mais integral.

Nos espaços de trabalho, várias justificativas são colocadas para os problemas cotidianos e são atribuídas ao nível organizacional e gerencial dos Serviços. Ao manifestar insatisfação, os profissionais afirmam que a ineficácia do sistema de referência está na escassez de muitos serviços devido às cotas estabelecidas pelo SUS, mas também em sua gestão. Contudo, segundo os gestores, há um encaminhamento excessivo da atenção básica para outros níveis de assistência. Nesses conflitos entre os profissionais e o gestor, os problemas dos usuários se sobressaem e a equidade e a resolutividade tornam-se princípios apenas almejados.

O maior desafio dos profissionais da ESF é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização. A integralidade da atenção à saúde, em suas ações de promoção, prevenção e assistência poderá, assim, representar um novo modo de “andar na vida”, em uma perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história (GOMES, PINHEIRO, 2005).

Assim relatados, a bonança e os contratemplos cotidianos demonstram o dinamismo desse tempo presente observado, as inquietações que ocorrem na vida desses atores sociais e na organização de seus fazeres em saúde. Reflito: de quanto trabalho, previsão e finalidade é feito o cotidiano dessas equipes! Nesse tempo-espço, a integralidade aflora em alguns encontros e desfalece em outros.

5.2 Histórias de vida na construção da assistência integral em saúde

Nesses cenários, marcados pela situação geográfica no Vale da Miséria – assim conhecido o Vale do Jequitinhonha – exponho as marcas carregadas do trajeto por mim percorrido no espaço rural. Onde os caminhos foram descobertos com curiosidade e ansiedade que surgiram após contatos com os profissionais que demonstraram experiências inovadoras nas comunidades dos distritos de Datas-MG. Anteriormente, essas comunidades eram privadas de acesso aos Serviços de Saúde pela distância, pela falta de transporte, pelo número restrito de profissionais de saúde antes da implantação das equipes da ESF. O espaço geográfico onde atendo meu olhar é o distrito Fazenda Santa Cruz que me mostrou o “lugar” onde a natureza, a vida, a cultura, a realidade econômica foram perceptíveis na ocupação e constituição desse espaço social.

O distrito é distante da sede 18 km e a viagem teve duração de 55 minutos. O acesso é por estrada estreita, não pavimentada, com valas e buracos: o terreno é rochoso; o relevo exibe muitas serras e curvas na estrada; há onze córregos no trajeto e poucos possuem pontes. O carro passava vagarosamente pelas águas e, para atravessar um desses córregos, tivemos que sair do carro para que não atolasse. A vegetação é constituída de arbustos tortuosos, muitas flores do campo, a “sempre viva” aparece em muitas regiões. Ao avistar a localidade do alto da serra, vi casas pequenas e simples de onde saía fumaça de fogão à lenha. Os moradores chegaram às janelas ou à beira da estrada para verem o carro da saúde passar. Na porta da Unidade de Saúde, pessoas aguardavam a chegada do médico e da auxiliar de enfermagem com a caixa da medicação para ser distribuída. O porta-malas do carro foi aberto e, após cada prescrição médica, as pessoas buscavam a medicação.



Figura 48, 49- Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG

O Posto de Saúde da Fazenda Santa Cruz tem uma estrutura bastante restrita, com precárias condições de conservação e higiene. É constituído por uma pequena sala, um consultório com maca, uma carteira de escola, duas cadeiras e um lavatório. Possui também um banheiro e um pequeno cômodo onde os prontuários são guardados em caixa de papelão. Não possui sala de vacinas nem de curativos. Os usuários atendidos em consulta médica são pessoas humildes, muito carentes, roupas amarrotadas, cabelos ressecados, magros em sua maioria, falavam pouco durante as consultas, limitavam-se às queixas principais e às necessidades a serem contempladas.

Essa realidade sensibilizou-me pela carência das pessoas e como esperam pela assistência à saúde. As condições de vida são expressas nas faces e posturas das pessoas: olhar baixo, respostas em tom pouco audível, trajés simples. São usuários com demandas e carências nutricionais, sociais e econômicas, em busca de uma consulta médica, um medicamento, um exame, buscar na saúde uma resposta para uma demanda complexa que exige resposta intersetorial. Comecei a questionar como viver e esperar pela assistência integral, nessas condições?



Figura 50, 51, 52, 53- Posto de Saúde do Distrito Fazenda Santa Cruz, Datas-MG. O carro da Saúde.

Nas semanas seguintes, às quintas-feiras, dia em que a equipe da ESF presta assistência ao distrito Fazenda Santa Cruz, retornei ao “lugar”, ao espaço de cuidados que se diferencia dos demais por várias histórias vivenciadas e observadas durante a coleta de dados da pesquisa. Uma semana o médico vai; na outra, a enfermeira. O mesmo cenário foi apresentado semanalmente, as pessoas correm para a porta, janela ou para a estrada para ver passar o carro da saúde. Em uma dessas visitas, toda a equipe estava presente, o médico deu as consultas agendadas, a enfermeira atendeu a alguns usuários da demanda espontânea, pois as fichas para o médico “acabaram”. A ACS pegava o prontuário e a auxiliar fazia o cadastramento do Programa Leite pela Vida, do Fome Zero e do Bolsa Família. Nove famílias no distrito recebem esses benefícios. Em outro dia, muitas pessoas aguardavam a enfermeira para o grupo educativo sobre a Dengue. Estavam lá representantes das 44 famílias que vivem no distrito, exceto de uma família que enviou recado justificando a ausência. A participação humilde dessa comunidade nesse momento de compartilhar o conhecimento foi instigante para repensar o cuidado e as diversas nuances que a integralidade apresenta. Após a reunião, as crianças se direcionaram à enfermeira, à auxiliar de enfermagem e até a mim e pediram a bênção. Eu respondia a cada uma “Que Deus a abençoe!”, e confesso minha emoção, ao perceber quando o profissional se confunde com seu lado humano e emocional, o objetivo com o subjetivo, diante de um simples ato, mas que possui uma força simbólica e cultural, que confere ao profissional de saúde um outro patamar, para além da assistência em saúde.

Como essa, várias histórias de vida, foram ouvidas, contadas e presenciadas: a luta pela sobrevivência de uma mãe com oito filhos e marido alcoólatra, desempregado e quando encontra trabalho presta serviço como lavrador que totaliza no máximo R\$50,00 mensais. Essa família recebe benefícios dos programas sociais governamentais que totalizam R\$112,00, menos que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente no país. Mediante esse fato, pergunto à senhora se essa renda dá para viverem, e feliz ela responde: “Ah, minha gente, já tá bom, antes não tinha nem isso, agora tem o leite para as crianças e o dinheiro pra comprar o que comer. É regrado, o leite e a comida têm que ser guardado para o mês, come mais quando tem e menos quando está pouco. Quando as crianças vêm pra escola eu falo pra elas comerem até encherem a barriga, assim o que tem em casa fica para a inteira” (NO). Essa história de vida retrata muitas outras que foram ouvidas nessa realidade onde a miséria faz parte do dia a dia.

Em conversas informais, uma enfermeira, nascida e criada na região, relata que a comunidade da Fazenda Santa Cruz não é unida; em outros distritos, as pessoas se unem e melhoram as condições de vida. Ela atribui essa falta de união à característica marcante de famílias que descendem de garimpeiros. “O garimpo leva a essa desunião, quando uma família dominava uma lavra de diamante, era destinada a posse e a concorrência, promovendo

o afastamento das pessoas. Na comunidade, nada vai pra frente. A Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) já tentou e deu incentivo para muitas coisas, mas as pessoas não se unem” (NO).

Após o primeiro dia de observação em campo no município de Datas, pensei em como descrever os momentos vividos em situações em que não era somente o profissional da equipe ESF que estava ali, “tinha o ser (do) humano” (AYRES, 2004). Muitos eventos me chamaram a atenção, mas um tornou-se marcante: na manhã do primeiro encontro, ao acompanhar a enfermeira (E₄) na sala de vacinação fomos surpreendidas com alguém que bate na janela pedindo socorro. A enfermeira pega sua bolsa, bate na porta do consultório da médica da equipe e sai correndo. Em um impulso, corri, seguindo-a pelas ruas sem saber ainda o que havia acontecido. Chegamos a um domicílio, onde os familiares choravam desesperados. Momentos depois chegaram a médica, a auxiliar de enfermagem e uma ACS. A médica constata o óbito de uma senhora já idosa. A enfermeira tenta, nesse momento, confortar os familiares e toma as seguintes providências: pede para a auxiliar buscar material para preparar o corpo, pede à nora da senhora falecida que providencie bacia com água, toalha e roupa para vesti-la. Liga de seu celular para o filho da senhora, comunicando-lhe o óbito e orienta-o a providenciar a urna e a avisar o coveiro. O ritual pós-morte inicia-se: a enfermeira, a auxiliar e a ACS fazem a preparação do corpo. Depois de uma hora, a urna chega e elas, juntamente com o rapaz do serviço funerário, colocam o corpo na urna, cobrem-no com um lençol enquanto aguardavam as flores. Pessoas da comunidade prepararam a sala para o velório. Retiraram os móveis da sala e o único que ficou foi coberto por uma colcha branca. A parede de fundo, onde colocaram a urna, foi forrada com toalhas de renda branca com galhos de avenca verde afixados. Abordei a enfermeira sobre esse ritual e ela me explicou que é tradição, eles usam o branco como símbolo da paz e a parede revestida é uma imagem reproduzida do céu. Retornamos à Unidade e, ao final da tarde, os familiares solicitaram a presença da enfermeira no velório, pois o corpo estava muito edemaciado e aguardavam a decisão de antecipar ou não o horário do sepultamento. Os familiares queriam a recomendação do corpo, a enfermeira foi até a ministra da Eucaristia e pediu que visse com o padre essa possibilidade. No velório, o terço era rezado, alguns familiares em volta da urna, outros em um quarto onde era servido chá, com a intenção de proporcionar calma.

Nesse mesmo dia, ao sairmos da casa, a poucos metros do velório, uma jovem senhora grita pelo nome da enfermeira pedindo-lhe ajuda. Uma adolescente tentou suicídio ingerindo duas cartelas de captopril 25 mg e quatro diazepam. A enfermeira ligou para o motorista da ambulância local e, em menos de 10 minutos, já estava no domicílio para transportar a moça.

Mas, no final da tarde, os médicos não mais se encontravam em Datas e nem foi encontrado o profissional médico em Gouveia, todos viajaram, e ela foi levada para o pronto atendimento de Diamantina. Ao caminharmos em direção à Unidade, um carro passou com som alto, a enfermeira menciona “falta de respeito, o velório ali, se fosse carro daqui eu chamaria atenção” (NO). Esses aspectos culturais marcam o viver com fortes laços, crenças e valores compartilhados nesses contextos e que serão assumidos como determinantes de muitos atos nesse cenário da pesquisa. Para Maffesoli (1988, p. 257), “o que constitui a cultura é a opinião, ‘o pensamento das ruas e das praças’, que são ingredientes essenciais do cimento emocional da socialidade. Somente a *posteriori* elabora-se, então, o conhecimento erudito” (grifo do autor).

No final do dia, uma ACS e uma auxiliar de enfermagem comentam que, na comunidade, elas são requisitadas para tudo, usam a expressão “somos igual Bombril, temos mil e uma utilidades” (NO). A ACS completa “o trabalho é bom, mas bastante difícil, pra tudo nós somos chamadas, às vezes, eles sabem que a gente não tem mais o que fazer, mas mesmo assim eles nos procuram” (NO). Ao conversar com as enfermeiras do município (E₄ e E₅) sobre a rotina das equipes da ESF, elas relatam que, como são referência e suporte, fazem de tudo. “Não tem quem faz, então preparamos o corpo quando a morte é em domicílio, transportamos pacientes em qualquer situação de emergência, não temos SAMU, mas temos que fazer o serviço de transporte sem tecnologia de suporte avançado. Em casos de pacientes acamados debilitados, fazemos todos os cuidados, mesmos os de higiene quando a família se nega ou se ausenta. Em alguns casos, a assistência social nos ajuda. A equipe assume até o banho, eu (E₄) já preparei e dei comida, porque senão morria de fome” (NO). E₄ acrescenta: “Tenho quase cinco anos de trabalho na ESF, mas não sei se dou conta de mais cinco, é bom, mas é difícil e cansativo” (NO).

A visão desse espaço de cuidados em saúde traz à tona diversas discussões recorrentes na literatura nesses últimos anos, referentes à integralidade em saúde: há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade em seu cotidiano (MATTOS, 2004a). Para Maffesoli (1988), não basta a lógica dos conceitos, redutora e totalitária, o conhecimento empírico ultrapassa as construções racionalizadoras.

Para o autor, “todo fenômeno, seja qual for, justamente por ser uma cristalização da complexidade do mundo, por um lado, é passível de múltiplas explicações; reintegra-se, por outro lado, como elemento explicativo em outras constelações” (MAFFESOLI, 1988, p. 29).

Após a conclusão do trabalho de campo compreendo que os Serviços de Saúde constituem um cenário vivo, onde o usuário e o trabalhador de saúde produzem, no cotidiano da ESF, uma relação de troca, pois ambos são portadores de necessidades e desejos. Nessa relação, produz-se um ato, uma atitude, que pode contemplar a integralidade do ser. Na compreensão desses dados empíricos oriundos da observação, percebo que, para melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de um indivíduo, é necessário que se considere o contexto em que se insere, o espaço em que ele vive, para que os fazeres sejam algo que exista para os dois, usuário e profissional, porque esses “fazeres” não têm existência sem verdadeiros encontros. O princípio da integralidade reflete visões de mundo coerentes em seus microcontextos, desveladas nas singularidades das práticas cotidianas, demonstrando uma ampliação da ideia de integralidade em saúde que pode favorecer ou desfavorecer a construção desse princípio nessas realidades.

6 FALANDO DE INTEGRALIDADE...



6 FALANDO DE INTEGRALIDADE...

“Pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas. Talvez uma das piores coisas que podem nos acontecer é fetichizarmos as palavras, como se elas pudessem em si ser portadoras de sentidos e significados sem os sujeitos que lhes dão recheio. Nós é que engravidamos as palavras”.

Emerson Elias Merhy

Neste capítulo, os dados interpretados correspondem à compreensão dos atores sociais sobre a integralidade e estão organizados em três subcategorias referentes a cada município analisados em separado e uma quarta, em que se buscaram as semelhanças e contradições a fim de atender à metodologia proposta de uma análise de casos múltiplos holísticos.

Ao considerar que a organização e a reorganização dos saberes e das práticas em saúde são constituídas em um movimento histórico e ideológico, promotor de determinadas práticas e reprodutor de determinados saberes, este capítulo é uma abertura, principalmente, uma preocupação da autora, em ampliar as concepções ideológicas desses atores sociais na abordagem da integralidade, princípio tão almejado pelos sujeitos – cuidadores/seres cuidados – na atenção e cuidado à saúde.

A abordagem dessa categoria surgiu do reconhecimento de que os atos e as atitudes dos profissionais não são apenas um conjunto articulado de técnicas neutras, mas, sim, fruto de um processo de trabalho histórico, político e ideológico. Portanto, refletem concepções relacionadas aos binômios usuário-profissional e saúde-doença que trazem questões vertentes e contextos que têm contribuído para caminhar no sentido de operar mudanças, na direção de uma implementação e qualificação de práticas, para sustentar uma assistência fundamentada nos pressupostos do SUS, pilares fundadores da ESF na atenção primária à saúde.

A noção, explícita neste capítulo, mostra que a integralidade não se limita à formulação de políticas, à articulação de técnicas ou de determinadas formas de intervenção em saúde. Pelo contrário, a concepção de integralidade dada pelos informantes se fundamenta também no resgate do indivíduo e do coletivo como centro do cenário da prestação da atenção à saúde na ESF. Por isso optei por fazer a discussão dos dados em quatro subcategorias, num entendimento de que “Falar da integralidade” trouxe várias reflexões que precisavam ser primeiramente discutidas para prosseguir a discussão numa análise de como essa noção se

constrói na gestão da saúde e na prática cotidiana desses atores sociais, e o que indicam como agenda para a construção da integralidade em saúde.

6.1 Integralidade: princípio de vida – Datas-MG.

Ao interpretar os dados para buscar compreender o objeto em estudo, esclareço que os produtores da mensagem, sujeitos desta pesquisa, desenvolveram inicialmente em suas falas o que contempla o seu dia a dia na ESF ao atenderem a chamativa de falar sobre sua prática cotidiana. Em um dos momentos da entrevista, eles estabeleceram o pensar sobre a integralidade que se configura a descrever e ao mesmo tempo ordenar esse princípio como um princípio de vida. Com isso, foi possível perceber que o exercício de pensar a integralidade para responder à questão – “O que você compreende por integralidade em saúde?” – foi, às vezes, contemplado por uma entonação diferenciada da voz, pela fragmentação das palavras, gagueira, silêncios, olhares baixos ou altos, expressões faciais acompanhados pelos monossílabos: bom... uê... ah... é... hum... Quando analisei os efeitos desses gestos na função expressiva ou representativa da comunicação, pareceu-me claro que, até os dias de hoje, continuamos subordinados à fixação de parâmetros absolutos, baseados em regras e conceitos para nos orientarmos no mundo em que vivemos. Muitas vezes, essa fixação em conceitos despreza a experiência e o cotidiano marcados por muitos valores e assuntos humanos que contemplam a polissemia do termo Integralidade. Na realidade, esse termo é muito vivido, imbricado a outras noções que ao tentar expressar definem esse princípio entre outros do SUS:

Bom, integralidade, assim... no meu ver assim, com a prática que eu tenho, com o conhecimento, que eu estou adquirindo mais agora em saúde pública... Toda a população estar tendo acesso à saúde, independente de qualquer classe, todos eles tem que tá tendo acesso. Afinal o SUS ele garante, ele é universal. Então eu acredito que são dois pontos aí que andam juntos, a integralidade e a universalidade. Ele (SUS) já garante isso, então é o acesso mesmo integral a todos os serviços de saúde que o SUS oferece (SMS₂₁).

Ué, (Integralidade) eu acho que é... você tá ajudando a população a ter acesso a todos os meios que nós dispomos no município, e se não for possível que ela tenha direito de ser encaminhada pra fora no acompanhamento... Aquela coisa lá do fluxo de saída e retorno (referência e contrarreferência) ao município com uma resposta que ela foi procurar lá fora (ACS₅₂).

(Integralidade) Quer dizer, não pode deixar o paciente sem ser atendido, eu penso assim, qualquer pessoa que vem aqui tem que ser atendida. E eu gostaria que fosse mais bem atendido possível, porque, às vezes, isso não acontece, devido ao acúmulo de trabalho do profissional (M₅).

Noções imbricadas que contemplam o “acesso à saúde”, a resolutividade como “resposta às necessidades”, o “atendimento igualitário”, a “universalidade” e a integralidade são pontos que “andam juntos”. No ligamento desses pontos, construímos uma linha de pensamento que nos remete ao sentido universal, equânime, integral e democrático do SUS. Na tentativa de expressar a compreensão da integralidade, esses sentidos foram definidos pelos informantes de Datas que, entre as linhas, dizem que, para se ter integralidade no cotidiano dos fazeres em saúde, os demais princípios do SUS deverão ser anteriormente contemplados.

Na década de 80, do século XX, o desafio era expandir a cobertura a fim de propiciar de fato o acesso universal à saúde. As medidas mais efetivas adotadas foram as estratégias do PACS e da Saúde da Família, a partir de 1991 e 1994, respectivamente, numa estruturação da atenção primária levando a assistência até os locais longínquos, dotados de escassos recursos, onde as desigualdades sociais eram explícitas, uma delas, a que se refere ao acesso aos bens e serviços sanitários. Enfim, a luta pela abertura da “porta de entrada”. A universalidade concretizada na atenção primária, nessa realidade, é contemplada nas falas como “a porta para a integralidade”, nesse nível e para os outros níveis de média e alta complexidade em saúde.

A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos (CAMARGO JR, 2008, p. 62).

O acesso aos Serviços de Saúde pode ser considerado em suas diversas dimensões: a demográfica que, no município de Datas, caracteriza-se pela cobertura de 100% da população pelas equipes da ESF e pela equipe de apoio. A dimensão geográfica – os obstáculos naturais, o território extenso com população rural muito dispersa, estradas não pavimentadas – é trabalhada a acessibilidade pela locomoção da equipe até as comunidades rurais ou o transporte dos usuários em carros disponibilizados pela Saúde até a sede do município ou quando referenciados para Diamantina, considerada macro-região, ou ainda, dependendo da necessidade, para Belo Horizonte. A dimensão programática: os serviços são destinados obedecendo a um cronograma mensal e ao atendimento da demanda espontânea. Mas a oferta programada de serviços atende às demandas dos usuários? O acesso na dimensão dos recursos

humanos, nesse município, restringe-se aos profissionais da equipe mínima da ESF, saúde bucal, e aos profissionais de apoio: nutricionistas, fisioterapeuta, ginecologista/obstetra, clínico geral, pediatra. Para as demais especialidades, os usuários são referenciados para a macro-região ou para Belo Horizonte e se dispõem a uma longa espera ou não, dependendo da especialidade. Por último, a dimensão dos recursos tecnológicos: se os exames são de rotina/laboratoriais, são realizados no próprio município; dependendo da complexidade, os usuários são encaminhados e a demora no atendimento vai depender da classificação de risco e da disponibilidade de cotas a serem distribuídas para os municípios credenciados ao CISAJE-Diamantina ou para agendamento em Belo Horizonte.

No fragmento abaixo, mantendo a noção de universalidade, o informante destina-se a problematizar a perspectiva participativa e inclusiva do cidadão na assistência à saúde, como aquele que detém o direito à saúde: “o SUS é um direito de todos”.

Por exemplo, funcionários públicos do Estado, que tem o IPSEMG, às vezes, não gostam de estar indo às consultas porque sentem que o pessoal olha, “ah pra que aquela pessoa está aqui? Ela tem IPSEMG, o que ela está fazendo aqui?” As pessoas não entendem que é um direito de todos. Então essas pessoas, muitas já chegaram até mim falando que, às vezes, não sentem bem indo à Unidade de Saúde ou ao PSF, ou para buscar um medicamento ou para marcar uma consulta. Não sentem bem porque as pessoas as olham com aquele olhar assim, “vejam!” Veem comentando a respeito que está tomando o lugar de outras pessoas. E não é por aí. É um direito de todos! Até porque tem que tratar todos de forma igual, isso já é um preconceito que a população tem. Às vezes, tem o preconceito e não tem o conhecimento dessa Lei do SUS, que tudo que o SUS oferece não é só para quem não tem condição não. Até porque se fosse, seria muito... menosprezar as pessoas. Então todo mundo tem direito mesmo à saúde, independente de que situação econômica e social ela se encontra. É, a meu ver, eu entendo como integralidade isso (SMS₂₁).

No âmbito desse informante, “o sentido de direito é compreendido como algo universal, de titularidade de todos, que se caracteriza pela integralidade. Equidade, segundo a sua concepção, ameaça o princípio da universalidade e da integralidade, na medida em que desconsidera os sujeitos em suas especificidades” (ASENSI & PINHEIRO, 2008, p. 90-91).

Equidade em saúde é atualmente mais entendida como aceitando, não a igualdade, mas sim a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades diferenciadas. Assim, uma ação guiada pela equidade deveria proporcionar a cada pessoa a satisfação de suas necessidades, que são diferenciadas (FORTES, 2008, p. 698).

Para Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009, p. 225) a abordagem conceitual da equidade em saúde possibilita reafirmar

que as diferenças de ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde são mediadas social e simbolicamente. Desse modo, refletem interações entre diferenças biológicas e distinções sociais por um lado e iniquidades sociais por outro, tendo como expressão empírica as desigualdades em saúde. Por esse motivo, tratar

teoricamente o problema da equidade em saúde toma como imperativo examinar as práticas humanas, sua determinação e intencionalidade no que diz respeito especificamente a situações concretas de interação entre os sujeitos sociais.

Afirmando que não há possibilidade de integralidade e equidade sem a garantia da universalidade do acesso, Cecílio (2001, p.113) “alerta que esses dois conceitos integralidade e equidade constituem os objetivos da atenção à saúde”.

Subjacente a todos os sentidos da integralidade nas falas anteriores “está um princípio de direito: o direito universal de atendimento às necessidades de saúde” (MATTOS, 2005, p. 33).

Direito à saúde pode ser entendido como

uma prática social inerente à condição humana” a qual “exige a garantia de elementos fundamentais para sua concretização: ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação sejam meios de sua produção e reprodução social (PINHEIRO *et al*, 2005, p. 15).

Uma vez garantida, na Constituição Brasileira, a universalidade dos direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade, todos têm, independente de sua origem, direito a oportunidades de alcançar o acesso e a resolutividade de suas necessidades nos Serviços de Saúde, isto é, a oferta de um serviço equânime contribuindo assim para diminuir a diferença social. As necessidades são diferenciadas e para haver oportunidade para toda sociedade devem ser atendidas as necessidades do coletivo e do individual, em sua singularidade, em busca da inclusão social. Os Serviços precisam operar em favor de grupos menos privilegiados para ter, assim, suas oportunidades aumentadas, assegurando a equidade nos resultados. Portanto, nesse sentido, a equidade está mais próxima da concepção de justiça do que da de igualdade.

Esse direito universal no atendimento às necessidades de saúde é declarado na contemplação da integralidade do ser, na idealização de uma atenção sujeito-centrada, aquele que é o “nosso objetivo” na produção de cuidado em saúde:

E na equipe (ESF) de 1996 que eu trabalhei, na primeira reunião, eu fiz vários grupos e fui perguntando para a turma: Quem é mais importante aqui? O prefeito? O médico? E deixei uma pessoa lá fora, uma pessoa que veio consultar, e veio me fazer uma pergunta, tava lá fora. Eu deixei essa pessoa lá fora esperando um pouquinho. E fui perguntando... Outro, é o médico; outro, é o psicólogo; outro, é o prefeito; não, é o vice-prefeito; não, é o secretário municipal de saúde. Aí, depois que terminou tudo, eu chamei a pessoa lá fora, olhei, e falei tem uma pessoa sentada lá fora. Aí eles foram lá e todo mundo olhou. A pessoa mais importante é aquela que tá lá, a mais importante pra nós aqui é aquela pessoa que está sentada lá fora. Essa é o nosso objetivo. Uma pessoa humilde e veio aqui pra..., às vezes, tá desempregada, às

vezes, tá com problemas em casa, uma série de problemas. Então tem que haver integralidade por causa disso, entendeu? (M₅)

Essa forma de abordagem da pessoa como sujeito da ação em saúde sinaliza um passo para uma mudança de postura, em busca de uma atenção integral e que atenda às necessidades das pessoas em suas especificidades. Muitas vezes, essa atenção é possibilitada pela proximidade, pelo vínculo do profissional com o usuário, promovido na ESF, o que nos aponta sinais para um novo paradigma de atenção à saúde. O informante elucida que o objetivo do trabalho em saúde é atender aos problemas das pessoas, ou seja, a suas necessidades, é ter o usuário como centro da atenção.

A estruturação da atenção primária como novo espaço de práticas em saúde – considerando nesse contexto a ESF – para Favoreto (2007, p. 213-214) tem “valorizado e ressignificado a figura do sujeito e de sua subjetividade nas intervenções preventivas e/ou curativas da clínica”. Segundo o autor, essa estruturação é “determinada na maioria dos casos por pressões externas à própria prática médica ou aos médicos”. Mas a incorporação desse sujeito ao saber clínico “ainda vem se fazendo de modo incipiente ou descontextualizado, com uma frágil percepção do significado do adoecimento, de suas necessidades em saúde e das intervenções mais apropriadas a serem realizadas”.

Os desafios impostos para o século XXI na atenção à saúde requerem posturas diferenciadas na valorização do sujeito; espera-se dos Serviços de Saúde a facilitação, não somente do usuário/sujeito alcançar a sua plenitude, mas também o profissional, para que ambos possam conviver com a dinâmica do mundo, sem perderem sua identidade como sujeito, cidadão e profissional. Isto é, permitir “aceder a um ser mais amplo. Índice da passagem da *individualização* à *individuação*. O que implica a morte de um eu unicamente identificado à consciência racional. Isso, a fim de que o sujeito convocado pudesse ter futuro e, assim, participar à integridade do ser (MAFFESOLI, 2007, p. 202 – tradução livre).

A compreensão de integralidade remete, também, à integração da equipe, reconhecendo a interdependência dos atores na produção do cuidado à saúde:

Eu compreendo por integralidade... é uma participação de várias pessoas na saúde da população. Então eu penso assim, tem que ter uma integralidade muito grande entre o médico, a auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, a enfermeira, o bioquímico que faz os exames de laboratório, aquelas duas (ACS) lá em Palmital (distrito), que trabalham lá, que fazem as visitas e vão olhar as pressões, aquilo ali é muito importante. Tem que haver integralidade entre todas essas pessoas que trabalham, com um relacionamento muito bom e com muito respeito (M₅).

(Integralidade) Eu acho que é a equipe estar mais unida, trabalhando junto, a equipe toda no mesmo sentindo, lutando por um mesmo objetivo (AE₅).

É... entendo assim, é como se todo mundo tivesse trabalhando em prol da saúde... Por exemplo, aqui dentro do posto, tem o enfermeiro, tem o médico, mas não só o enfermeiro e o médico trabalham para atender a saúde, tem o faxineiro que trabalha pra atender a saúde. Então eu digo assim, integralidade, integra todo mundo pra um bem maior que é o quê? A qualidade na assistência. E essa qualidade na assistência vai gerar uma qualidade de vida, que na verdade o que é? A saúde da população, então eu entendo integralidade como isso, todo mundo unido, integrado pro bem maior que é a saúde da população (E₄).

O trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na Saúde. Assim, uma abordagem integral dos indivíduos/famílias pode ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes de Saúde da família e favorecer uma ação interdisciplinar. Dessa maneira, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo e, assim, vislumbrar obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO & ROCHA, 2007, p.455).

Na pesquisa de campo, verifiquei que atender as necessidades dos usuários pressupõe empenho da equipe ESF na resolução dos problemas de saúde de suas famílias. Sem o trabalho em equipe, não será possível implementar o modelo de atenção que acolhe, que escuta as pessoas, ou seja, voltado a resolver os problemas de saúde das pessoas e da comunidade.

Ao falar de sua compreensão de integralidade E₅ declara que é um atendimento multidisciplinar.

Integralidade... Nossa Senhora, meu Deus! Integralidade, bom eu compreendo que é um atendimento igualitário. Pra todos, é um... atendimento multidisciplinar. Abordando o paciente, não só a patologia dele. Mas abordar o paciente na história familiar dele. Igual mesmo, dar mais... Eu sempre falo isso com os médicos, com a nutricionista, dar mais atenção pro ACS, porque é ele que sabe na íntegra, a integralidade do paciente, é ele que vai à casa, ele que conhece, então eu entendo como isso, como a gente trabalhar em conjunto, trabalhar junto não só equipe, mas também paciente. Paciente, família, comunidade, crenças, valores. A gente tem que respeitar, vamos supor, a integralidade de um paciente pra eu conseguir fazer o tratamento dele (E₅).

Em seu discurso, E₅ considera o atendimento multiprofissional, mas expressa também a necessidade de o trabalho ser articulado com o saber/fazer do ACS, pois é esse profissional

que detém o saber “da íntegra do usuário”, é ele que está mais próximo das pessoas e das famílias que acompanha. Ou seja, a necessidade de outras profissões para não continuar com uma prática dissociada da equipe, e não manter o processo de trabalho naquilo que se considera como parte da sua prática individual, portanto, apesar da fala explicitar “um atendimento multidisciplinar”, o trabalho cotidiano descrito aponta a interdisciplinaridade nas ações.

Para Bonet (2005, p. 126) a equipe de saúde,

em busca de implementar um enfoque integral, teria que se transformar em uma “interseção transitada”, não no sentido de espaço onde trajetórias diferentes se cruzam, mas de uma estrutura difusa onde trajetórias entram em circuitos auto-regulados que possibilitam uma complementação de perspectivas e com isso aproximam do momento criativo do surgimento do “entre-disciplinar”. A busca não tem que estar atrás de um indivíduo que encarne a integralidade – embora seja necessário que os membros individuais tenham uma “mente” mais plástica, mais flexível, do que especializada – mas de um “associado” que facilite a circulação entre saberes. Não se trata de aprender a transitar o caminho dos outros, mas de saber que se faz o caminho ao andar – isto é, de ter a coragem de andar sem um caminho certo.

O enfermeiro E₅, ao abordar o “trabalho em conjunto” não somente com a equipe, mas também com o “paciente, família, comunidade, crenças, valores” remete-nos à integralidade considerando não somente a objetividade na assistência à saúde, mas também a subjetividade da vivência coletiva. Esse é um artifício prático para despertar o senso de habilidade profissional de relacionar o ser em seu ambiente diverso e suas relações culturais que, compreensivelmente, pode esconder-nos fatos e fatores importantes para a relação do cuidado e o significado dado pelo usuário ao processo cuidado-saúde-doença. Como afirma Geertz (1989, p. 24) “compreender a cultura de um povo expõe a sua normalidade sem reduzir sua particularidade”. Isso quer dizer, dentro do contexto dado por E₅ de considerar um “trabalho conjunto”, que quanto mais eu tento seguir o que fazem esses usuários, mais lógicos e singulares eles me parecem, “isso os torna mais acessíveis: colocá-los no quadro de suas próprias banalidades dissolve sua opacidade” (GEERTZ 1989, p. 24). A proximidade leva a conhecer a pessoa e sua família e a considerar as particularidades na atenção à saúde.

Ainda, nos relatos desses informantes, foi considerado um fator relevante: todos os profissionais da equipe são importantes para o trabalho integral em saúde. Embora pertençam a uma equipe esses profissionais podem não atender a um objetivo comum, levando em consideração a subjetividade e as diferentes práticas e saberes. Nesse sentido, foi focado o relacionamento humano. O trabalho é permeado por diferenças e por pontos de convergência que configuram a relação diária no cotidiano dos Serviços. Essa atuação em equipe para a

construção da integralidade não deve ser pensada fora das relações dos sujeitos, que foi abordada como “muito difícil”:

É, assim, a integralidade acaba sendo uma questão muito difícil, porque a integralidade, às vezes, é... às vezes não, é 100% relacionamento humano, eu penso assim. [...] e esse relacionamento humano não só com os pacientes, mas também com a equipe que você trabalha, é muito difícil, às vezes, é muito difícil! Porque por mais que você ajuda, você quer fazer um serviço bem feito, mas você não trabalha sozinho, você trabalha em equipe, você depende de quê? Você depende da equipe. [...] Com outros profissionais, como a gente está tendo aqui e já teve psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, não tem problema nenhum, é muito bom o relacionamento com eles, a integração com eles é muito boa. Às vezes, o que dificulta mais é a integração médico com enfermeiro. [...] Essa integralidade de um tempo pra cá é que a gente tá começando, se eu bem entendi o que você me perguntou, se é essa integração entre a equipe pra poder assistir o paciente (E₄).

Na organização do processo de trabalho em saúde, é importante a dinâmica comunicação e integração entre a equipe formal da Saúde da Família e os demais membros da equipe de apoio da Unidade, pois a própria característica da prestação de serviços de assistência em saúde exige uma interação que dê suporte ao atendimento, rompendo com o modelo de divisão do trabalho e desigual valorização social dos trabalhadores. Segundo o depoimento de E₄, verifica-se o desencontro entre o médico e o enfermeiro quando ele fala da integração entre os membros distintos da equipe saúde. O enfermeiro, por estar mais próximo da comunidade, acolhe os usuários e traz, para dentro dos Serviços, demandas da comunidade gerando novas ações. No entanto, o médico ainda permanece, quase no período integral de seu trabalho, confinado ao consultório atendendo à demanda da consulta, fato que acontece principalmente pela permanência da cultura médica formal: consulta/consultório. Assim, ao deparar-se com essa demanda diária, o enfermeiro necessita de ações médicas para responder às necessidades do usuário/família o que provoca uma “necessidade de negociação” (NO) para o atendimento do profissional médico. O trabalho em equipe de saúde ainda se baseia numa relação de hierarquia e subordinação, inquestionável hegemonia por tradição, já que o papel da liderança médica existe desde antes da existência dos Serviços de Saúde. Aparece nesse depoimento uma dimensão que reproduz uma necessidade de conquista de espaço, que por si só demonstra a desigualdade no estabelecimento das relações.

O “trabalho não é apenas uma atividade; ele é, também, uma forma de relação social, o que significa que ele se desdobra em um mundo humano caracterizado por relações de desigualdade, de poder e de dominação”. Portanto, para esse autor “o real do trabalho, não é somente o real do mundo objetivo; ele é, também, o real do mundo social” (DEJOURS, 2004, p. 32).

Nessa realidade, o trabalho em equipe é desenvolvido em interações presenciais na forma de reuniões mensais e em algumas atividades trabalhadas conjuntamente – como exemplo, os grupos operativos observados – executados pelo enfermeiro, o nutricionista, o médico, a auxiliar de enfermagem e as ACS. A maior parte das equipes observadas tem incorporado a seu dia a dia pelo menos alguns elementos de interação, envolvendo comunicação verbal informal nos corredores da Unidade, na porta do consultório ou em algum setor da Instituição. Todos manifestam saber o que é uma equipe, mas o que se manifesta é a dificuldade da clara visão do que seja formar uma equipe porque, muitas vezes, predominam ações individuais, portanto, fragmentadas.

Ao abordar as relações sociais do trabalho e as vivências subjetivas, as articulações do singular e do coletivo, Dejours (1994) afirma que os impasses do individualismo se confirmam mais equivocados, pois este não funciona unicamente como beco sem saída, mas se constitui numa tática eficaz para tornar necessária a reabertura ao debate sobre a organização do trabalho.

A direção do processo de trabalho, para promoção de ações integrais em saúde, possibilita um compartilhamento das responsabilidades com todos os atores da equipe saúde e, sobretudo com o gestor. Assim, todos devem agir em conjunto numa única direção, claramente definida mediante as políticas de saúde e os pressupostos que norteiam essa Estratégia.

Para alguns atores sociais, foi difícil expor, enquadrar em conceitos, minimizar em palavras o que na prática é aparente, pois experienciaram várias atitudes e ações que contemplam a integralidade, fato comprovado durante a observação realizada:

Intre... Ai meu Deus, me apertou, acho que eu não sei não, assim... Integralidade em saúde? Ah, sinceramente assim aí eu não sei responder não (ACS₄₁).

Hum! Explica mais... Ah, meu Deus tá difícil, ainda! O que eu compreendo (integralidade), ah, na saúde com as pessoas? Pra mim eu acho assim, que é... trabalhar mais perto das pessoas, assim que você quer dizer? Eu acho, pra mim é uma palavra muito... Eu adoro muito as pessoas aqui, eu trabalho muito próximo das pessoas. Eu acho que eu não estou sabendo te responder. [...] O que eu posso fazer na ação de auxiliar de enfermagem e, além disso, um pouco de carinho se for preciso. Saber como lidar com as pessoas e com os problemas das pessoas. Eu não sei se estou sabendo responder direito não (AE₄).

É porque, às vezes, o que pode tá lá a respeito da integralidade pode ser diferente do que realmente é, e do que quer dizer. Pra mim, integralidade no SUS seria um conjunto de ações, não sei se é isso, que faria com que a coisa funcionasse direito. Cada um cumprindo ali a sua parte integralmente, a sua obrigação para que a coisa funcione. O município cumpria a sua parte, a população, o governo estadual, o governo federal, cada um cumpria com sua obrigação para que a coisa funcionasse de forma melhor, no meu modo de entender é isso. E se não for isso você pode me esclarecer melhor, porque, às vezes, eu não entendi muito bem (SMS₂₂).

A dificuldade em expressar o significado da integralidade – ou seja, sua representação na linguagem – aponta-nos para a ineficácia da comunicação existente sobre as diretrizes e os pressupostos do SUS ou para o efetivo exercício desses pressupostos no cotidiano dos Serviços. Não me refiro aqui à elaboração do conceito, mas ao depoimento da experimentação prática diária da convivência com o outro numa relação de *co-presença* no trabalho em equipe com o objetivo de oferecer uma atenção integral na ESF. A prática já sinaliza uma incorporação do princípio da integralidade, pois é impossível fazê-lo, ou construí-lo sem o conhecimento do ser em sua integridade. O que a realidade observada mostra é que as pessoas da área de abrangência, em sua maioria, são conhecidas pela equipe em sua condição social, física e, em alguns casos, até em outras dimensões e isso foi considerado no ato em saúde de muitos profissionais.

Apesar dos respondentes não formularem conceitos sobre o que é integralidade, os relatos mostram, ao descreverem seu trabalho cotidiano, que ele está permeado de nuances, demonstrando, portanto, que há noções construídas a partir dela e sem uma reflexão a priori, teoricamente imposta, eles estabelecem práticas integrais em seu fazer em saúde. Pois as diferentes formas de compreender o SUS também representam fatores que podem interferir na responsabilização e resolutividade das ações, já que a integralidade depende do estabelecimento da universalidade e da equidade no acolhimento ao usuário para a responsabilização clínica e sanitária dos profissionais no desenvolvimento das ações integrais em saúde. Para Maffesoli (1988), o conceito é algo que exclui, que restringe e limita o fazer e o viver, característicos do cotidiano, e a noção agrega, forma.

O termo integralidade é portador de vários sentidos e significados já expressados em mensagens anteriores, mas mesmo conhecendo suas implicações para a qualidade da produção da assistência “essa integralidade foi considerada que não é fácil para a Saúde...”

Essa também não é fácil para a Saúde (risos). Porque a saúde não é só tratar o adoecimento, então eu acho que a integralidade você tem que estar tratando aquela pessoa que tem uma doença. Então eu acho que isso, é envolver, é parar de ver o indivíduo como amigdalite, a cólica renal, sabe assim... a gestante. Ali a gente tem uma pessoa que tem uma doença. Então eu acho que a primeira coisa que a gente tem que pensar quando fala em integralidade é isso. E a segunda a parte técnica, que não é só o médico atendendo, não é só a enfermeira atendendo, não só a agente de saúde, eu acho que tem que tá todo mundo envolvido no processo pra chegar até aquele paciente e não ver ele e virar e falar assim: Oh! Aquele paciente está com conjuntivite, você sabe que o paciente está com conjuntivite, mas quem é ele, não sabe. Não sabe identificar nem o nome da pessoa, então acho que é essa parte de integralizar, você tem que integralizar o indivíduo e integralizar a equipe (M₄).

A noção de integralidade como princípio de atuação frente ao outro como ser integral, deve orientar o profissional e a equipe, segundo o informante, para conhecer a pessoa, ouvi-la,

compreendê-la, enfim envolver-se e, a partir daí, atendê-la em sua demanda e necessidade. Quando todos os membros da equipe conhecem as necessidades das pessoas e das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, pois toda a equipe participa do acompanhamento. Porém, o informante coloca conscientemente que isso não é fácil para a Saúde, pois continuamos a tratar o adoecimento.

Segundo Merhy (2005, p. 196), “adotamos a postura que a palavra integralidade é portadora de sentidos e significados por si e que basta adotá-la, em nosso falar, para nos sentirmos profundamente inovadores. Não é assim.” Para o autor, “na maioria das vezes, a integralidade está sendo capturada por modelos de práticas da produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo-centrados”.

Destaco, aqui, que os espaços práticos de construção de saberes devem ser considerados, cada vez mais, nesse processo de construção da integralidade em saúde, porque é no ato que fazemos acontecer ou não esse princípio, mesmo que saibamos concretizar ou não esse valor em palavras que o possam definir. Não basta idealizar a integralidade; é necessário fazê-la acontecer nos atos e atitudes de cada um que está inserido nesse processo, mas com o conhecimento da “causa”, portanto, fazer sabendo o que está sendo feito.

Diversas noções já foram abordadas ao falar de integralidade, mas outro significado foi relacionado a esse princípio:

Eu acho que é dar uma assistência total ao usuário. E além de ser uma assistência total quanto física, quanto psicológica, quanto social, seria interagir com os outros princípios de vida. Da infância até a terceira idade (CD₄).

A integralidade no sentido de “interagir com os outros princípios de vida”, remete-nos à relação cuidador/ser cuidado na abordagem integral de ambos, pois não temos como separar ou colocar limites nessa interação, pois todos são portadores de necessidades a serem cuidadas para se viver e ter qualidade de vida, “da infância até a terceira idade”.

Nessa compreensão, aumenta-se a possibilidade de nos mantermos na direção de uma prática fundada na integralidade e mostrar no cotidiano desses atores sociais o que a contempla, aqui definida mediante a vivência de cada sujeito.

6.2 Integralidade, em Diamantina, é cuidar da “pessoa”.

A integralidade, segundo os depoimentos dos atores sociais de Diamantina, pode ser dividida em quatro dimensões. A primeira considera a integralidade das pessoas, definindo o conceito de “um todo”, “a pessoa”, um “ser completo”. A segunda trata do atendimento integral, em que as pessoas devem ser atendidas em todas as suas necessidades de saúde. A terceira refere-se à integração dos Serviços de Saúde, onde sua organização depende de saberes de diferentes disciplinas, da regionalização das Unidades na formação de um sistema de saúde local. A quarta dimensão é a intersetorialidade, vista como um pilar fundamental da integralidade.

A primeira dimensão da integralidade caracterizada na expressão “olhar a pessoa” concretiza a abordagem do usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, ou seja, em sua vivência no mundo:

Integralidade! Integralidade em saúde pra mim é olhar a pessoa, o usuário no caso, paciente entre aspas, como um todo, olhar ele no geral: mente, corpo, não é só olhar a questão da doença, não é só olhar a questão do diabetes, não é só olhar a questão da gripe. É olhar o paciente como um todo, como um ser completo e que necessita de atenção, e que muitas vezes as doenças vêm de origem emocional, que às vezes, a pessoa só precisa bater papo, conversar que aí você consegue atender sua necessidade, às vezes precisa intervir com algumas medicações. Mas, isto também é de acordo com o consentimento de cada um, a gente não pode, a gente decide junto com o paciente também, [...] a medicação que é prescrita, é prescrita em comum acordo com o paciente e de acordo com a condição dele. Não adianta simplesmente passar uma só porque é a melhor, mas é mais cara e o paciente não vai ter condição de comprar aquilo. Então a gente o olha como um todo mesmo (M₁).

A gente, na minha forma de ver, eu tenho mais tempo que estou aqui, procura sempre tá valorizando o paciente como ser humano, como pessoa. No atual Curso de Agente de Saúde que nós fizemos que deu uma levantada muito grande pra gente, principalmente pra gente que tem mais tempo a gente vai esquecendo um pouco as coisas, de voltar pro paciente, de se colocar no lugar do paciente e de ver que o paciente, às vezes, chega, com carência, a gente precisa tratar com mais cuidado, com delicadeza. [...] A gente tem que valorizar o paciente, tem que saber tratar e respeitar, acima de qualquer coisa, as suas necessidades, carências e tudo (ACS₂₁).

Integralidade é “tratar a pessoa como ser humano, com mais cuidado, com delicadeza”, é ainda “valorizar o paciente, saber respeitar, acima de qualquer coisa, as suas necessidades, portanto é cuidar do todo.

Qual é a gênese da palavra cuidado? Alguns estudiosos derivam cuidado do latim *cura*, usada num contexto de relações de amor e amizade. Outros derivam cuidado de *cogitare*, dado o sentido de pensar em, aplicar a atenção, aplicar o pensamento em alguma coisa.

Cura, como ser da pre-sença², nas interpretações de Heidegger (1999, p. 262), “visava a conquistar os aspectos *ontológicos* adequados para o ente que nós mesmos somos e que chamamos de *homem*”. Para isso, sua análise teve que seguir, desde o princípio, a direção do ponto de partida ontologicamente legado na definição tradicional do homem. Mas no conceito ôntico de “*cura*”, esta pode ser compreendida, segundo Heidegger, como “cuidado” e “apreensão”. Para o autor, isso quer dizer que “do ponto de vista ôntico, todos os comportamentos e atitudes do homem são *dotados de cura* e guiados por uma *dedicação*”. Contudo, a condição existencial de possibilidade de “cuidado como cura” e “dedicação” deve “ser concebida como cura num sentido originário, ou seja, ontológico” (HEIDEGGER, 1999, p. 265). Quando fala de cuidado, Heidegger sinaliza que é o fundamento para qualquer interpretação do ser humano e somente a partir do cuidado essencial que o querer e o desejar emergem como realizações do humano.

Para Heidegger (1999, p. 262-263), “a compreensão do ser que se encontra na própria pre-sença pronuncia-se pré-ontologicamente e como construção ontológica, ela possui o seu solo e, com este, os seus delineamentos elementares”.

A auto-interpretação da pre-sença como “cura” ou “cuidado” foi apresentada numa antiga e seguinte fábula:

A *Fábula do Cuidado ou Cura* (HEIDEGGER, 1999, p. 263), cuja autoria é atribuída a Gaius Julius Hyginus conta que “Cuidado/Cura, ao atravessar um rio, deu forma a um pedaço de terra argilosa que ali encontrou”. Enquanto apreciava a forma construída, surgiu Júpiter a quem, Cuidado pediu que desse espírito à forma de argila por ele esculpida, o que Júpiter fez de bom grado. Cuidado, então, quis dar um nome àquela forma, mas Júpiter o proibiu, exigindo que a forma assumisse seu próprio nome, gerando assim uma discussão entre os dois deuses. Nesse momento, a Terra passa, também, a reivindicar que a criatura tenha seu nome, argumentando que a mesma fora feita de um pedaço de seu corpo, a terra argilosa. Foi necessário que Saturno interviesse como árbitro. Saturno, então, pronunciou a seguinte decisão aparentemente equitativa:

Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi a “cura” (Cuidado) quem primeiro o formou, ele deve pertencer à “cura” enquanto viver. Como, no

² HEIDEGGER, *Ser e Tempo*, 1999. A pre-sença não é apenas um ente que ocorre entre outros entes. Ao contrário, do ponto de vista ôntico, ela se distingue pelo privilégio de, em seu ser, isto é, sendo, *estar em jogo* seu próprio ser. Mas também pertence a essa constituição de ser da pre-sença a característica de, em seu ser, isto é, sendo, estabelecer uma relação de ser com seu próprio ser. Isto significa, explicitamente e de alguma maneira, que a pre-sença se compreende em seu ser, isto é, sendo. É próprio deste ente que seu ser se lhe abra e manifeste com e por meio de seu próprio ser, isto é, sendo. *A compreensão do ser é em si mesma uma determinação do ser da pre-sença*. O privilégio ôntico que distingue a pre-sença está em ser ela ontológica. Este ser ontológico da pre-sença deve significar pré-ontológico. Isso, no entanto, não significa simplesmente sendo um ente, mas sendo no modo de compreensão do ser (p. 38).

entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar “homo” (homem), pois foi feito de humus (terra) (HEIDEGGER, 1999, p.264).

Este testemunho pré-ontológico para Heidegger (1999, p.264), “adquire um significado especial não somente pelo fato de ver a ‘cura’ como aquilo a que pertence a presença humana ‘enquanto vive’, mas porque essa primazia da ‘cura’ emerge no contexto da concepção conhecida em que o homem é apreendido como o composto de corpo e alma”.

Cuidado para Boff (2002, p.89), influenciado pela leitura de Heidegger em *Ser e Tempo*, apresenta-se no sentido de “não se tratar de pensar e falar *sobre* o cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar *a partir* do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado”. Para esse autor isso significa que o “cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos”.

No sentido dado por Boff (2002, p.91), “cuidado significa então desvelo, solicitude, deligência, zelo, atenção, bom trato”. Nesse sentido, a ACS₂₁ fala que é “saber tratar e respeitar o outro acima de qualquer coisa”. Essa abertura para a compreensão do cuidado foi dada quando essa ACS falou sobre a integralidade, que é, em sua concepção, “tratar o outro com mais cuidado, com delicadeza”. Essa criatura chamada Homem, o usuário nesse contexto, ficará, na interpretação da fábula, sob os cuidados de *Cura*, ou seja, dos cuidadores. Assim, considero que não podemos impor conceitos para a formulação das ideias das pessoas. Elas exprimem suas experiências que são ricas e reiteradas em seu cotidiano.

À palavra cuidado, Collière (1999) atribui os sentidos ou significados de: tomar conta, atitude, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir continuar e reproduzir-se. Waldow (1998) considera-o como comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes, intuição e pensamento crítico, realizados para com o ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer e constitui, em última análise, um processo de transformação de ambos, cuidador e ser cuidado.

Qual a imbricação desses termos *cuidado/integralidade*?

Como ponto de partida para construção deste trabalho, mostrei anteriormente alguns usos da palavra “integralidade”: é abordada pelos autores como princípio, diretriz política, objetivo, estratégia, ideal, devir, bandeira de luta ou, segundo Pinheiro (2009, p.01), como uma “ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado, em qualquer nível de

Serviços de Saúde”. Já pela “perspectiva dos usuários, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”. Esses sentidos exprimem a diversidade de noções que temos da Integralidade.

Ao narrar os sentidos e significados dessas palavras, podemos considerar que a “Integralidade *do* Cuidado” possui termos imbricados que se completam e fazem sentido na abordagem dos sujeitos em sua duplicidade: aquele que cuida e aquele que recebe o cuidado. Portanto não temos como falar de cuidado sem considerarmos a relação que se estabelece no ato, nem cuidar de um ser sem considerá-lo integral em suas dimensões.

As noções de cuidado aqui adotadas estão fundadas nas proposições de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde. O cuidado representa a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem no ato ou na atitude. Essa apreensão de *cuidado* articula-se intimamente à noção de *integralidade*, pois impõe um olhar ampliado sobre o homem, sua saúde e seu cuidado.

Cuidar de alguém implica atuar cautelosamente, com delicadeza como ACS₂₁ afirma, sempre que esse cuidado se fizer necessário. Portanto, da concepção ao morrer. Nessa amplitude do humano, SMS₁ acrescenta que se trata de um ser social e só vendo-o nesse todo é que poderia assim, oferecer uma saúde, a *integralidade da saúde*:

Integralidade pra mim seria atender a pessoa como um todo. Ver o ser humano como um todo. Igual, por exemplo, a pessoa chega aqui com um problema... Com verminose, simples verminose. Então você vai lá, ela tem problema social. Ela não tem casa, ela não tem um banheiro bem feito, montado, ela tem esgoto a céu aberto. O pai não tem emprego, a mãe é uma alcoólatra. Então é um problema social! O que eles fazem hoje? Eles separam tudo. Você vai, pega aquela criança, pega aquela família, o SUS vai e dá remédio. Trata a verminose e daí a dois meses tá o problema todo aí de novo. Então como que você vai trabalhar a integralidade no SUS, se você não trabalha a área social? Então eu entendo que a integralidade seria tratar o sujeito como um todo. É pegar ele, saber como é que tá as condições de vida dele, se ele tem emprego, se ele tem como sustentar a família, fazer um planejamento familiar com ele, dá educação para os filhos dele. Aí você poderia oferecer uma saúde. Não vir quando ela está doente. Pra ela não procurar a saúde somente quando está doente. É posto de saúde ou posto da doença? (SMS₁)

Para a “pessoa não procurar a saúde somente quando está doente. Eles separam tudo... O SUS dá o remédio”, mas “o problema é social”. O que significa dizer que não é possível pensar saúde e doença, por exemplo, em dissociação com nossas necessidades e limites existenciais. Infelizmente, as relações entre saúde e doença ainda permanecem atreladas a um imaginário positivista que não consegue ultrapassar os limites de separação entre o psíquico, o somático e o social. Como “trabalhar a integralidade no SUS se separamos tudo?” Saúde não significa somente ausência de doença.

Nesse sentido, abordamos o cuidado integral ou holístico que segundo Acioli (2004), promove humanismo, saúde e qualidade de vida. Mas qual o conceito de saúde?

Na Constituição da República de 1988, a *saúde* é conceituada como resultado das condições de vida das pessoas. Não é adquirida apenas com assistência médica, mas principalmente pelo acesso das pessoas a emprego, salário justo, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer e a um sistema de saúde digno e de qualidade. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. Nesse sentido, o cuidado se dá com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade. Cuidar para qualidade de vida, é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação e, assim, esses segmentos compõem um dispositivo maior que é a integralidade.

Essa completude para se ter saúde está longe de ser o alcançado, ou pode não estar completo nunca, porque “inviabiliza sua realização como horizonte normativo, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente” (AYRES, 2004, p.19).

Conforme o depoimento de SMS₁, para oferecer saúde é preciso trabalhar a área social já que as situações de vida e saúde divergem em cada caso e para cada ser, ao se considerar além das condições de vida, a subjetividade. As demandas também podem ser de caráter mais abrangente, segundo os diversos níveis de assistência ou de cunho intersetorial, ultrapassando o poder resolutivo do Setor Saúde, o que concretiza, nessa realidade, a quarta dimensão dada à integralidade que é a intersetorialidade.

A reflexão de SMS₁ aborda o processo saúde-doença ao relatar: “o que adianta tratar a verminose se o problema é social?” Uma crítica construtiva surge de seu depoimento “é posto da saúde ou posto da doença?” Então, em meios a essas palavras está o significado de que nos dirigimos à anulação da diversidade qualitativa da experiência humana por meio de uma assistência focada na doença. Categorias como saúde e doença só fazem sentido sobre o plano da experiência que é vivenciada, sentida e não limitada ao estrito da objetividade ou racionalidade científica. Assim, quando falamos de adoecimento, estamos nos referindo a uma experiência de sofrimento e de limitação sentida por um ser vivo concreto e situado social e existencialmente. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui “significado” à doença. Até porque, quem adoece, adoece como um todo, ou seja, uma dor repercute no corpo, na alma, na vida. Portanto, quem adoece não se reduz a um corpo. E, junto a alguém que sofre,

sofrem os que o amam. O sofrimento é então compartilhado, ainda que não dividido. Por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde.

Assim, essa ética deve estar atravessada por “uma poderosa sensibilidade estética, feita de vibrações e de emoções coletivas, ela repousa sobre uma concepção mais inteira do ser humano. Aquela onde o coração e a razão, o espírito e os sentidos se conjugam para elaborar uma construção sólida onde tudo, junto, faz corpo (MAFFESOLI, 2007, p. 205 – tradução livre).

Logo, saúde e doença são conceitos de valor e apontam para a necessidade de uma abordagem integrativa da equipe saúde para dar respostas às questões relativas às necessidades das pessoas e do coletivo.

O distanciamento do social indica uma via de desumanização das práticas de saúde. A população procura por práticas contra-hegemônicas que se voltem para o sujeito, sua realidade local e seu modo de se relacionar com o mundo e perceber a saúde-doença (LACERDA & VALLA, 2005).

Nessa acepção, Campos (2003) salienta que o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob nosso cuidado, mas é também, ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida.

Por isso, o processo de trabalho dos profissionais da ESF deve ser fundamentado em atos que possam ser um veículo de empoderamento da população, segundo as necessidades em saúde do sujeito ou da família.

As necessidades em saúde ou demanda de cuidados médicos fazem parte do imaginário social e, portanto, estão permeadas de conteúdos simbólicos. Traduzir as necessidades e demandas – ou seja, dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos (LACERDA & VALLA, 2005, p. 285).

A integralidade na dimensão organizacional foi descrita como, ainda, muito falha:

Eu acho que tem que ter uma integração de modo geral, de todos os setores em saúde. Mas pra mim, isso é ainda muito falho, porque... Você procura trabalhar uma forma que você acha que é certa, que é humana, mas na maioria das vezes você não tem um apoio necessário para você estar trabalhando aquilo. E vê as dificuldades que você tem pra tá integrando com as outras Unidades de Saúde, você tem um pouco de dificuldade. Agora, de pouco tempo pra cá está tendo mais integração com os outros PSF. A gente vê também até nas questões da marcação das consultas (especializadas) que agora ficou mais fácil por um lado, mas difícil porque as vagas são mínimas, às vezes, você precisa de uma vaga para mais e você não tem (ACS₂₂).

É trabalhar tudo “ser integral”. É você conseguir estar em todos os níveis da assistência... O indivíduo ter uma assistência completa a nível primário, secundário, terciário, especialidades e tudo mais. Isso pra mim é ter integralidade, em todos os

aspectos, ele ter direito e ter assistência em todos os aspectos, em toda aquela sua necessidade (**E₂**).

Integralidade em saúde eu acho que no meu entender é a conjunção dos níveis de atendimento, primário, secundário e terciário, se a gente assim pudesse dizer, seriam os níveis do PSF, Posto de Saúde e, a última porta o Hospital (**M₂**).

Entendo que deve ser, é... como a palavra diz: integrar todos os... os problemas, todas as especializações, todas as... enfim, fazer uma medicina social, onde a gente possa atender todas as áreas que procuram pra gente orientar não só na saúde, como na parte de doença. Assim eu entendo a integralidade (**M₃**).

Segundo a ACS₂₂ “falta apoio e integração dos setores em saúde” apesar de “procurar trabalhar de uma forma que acha que é a certa, que é humana...” Nos depoimentos é claro o entendimento dos informantes sobre o “usuário ter o direito a atenção à saúde em todos os aspectos, estar em todos os níveis de assistência conforme a sua necessidade”, contemplando assim a segunda dimensão da integralidade que trata do atendimento integral.

Ao abordar “as dificuldades para integrar com as outras Unidades de Saúde e, também, as vagas limitadas para as consultas especializadas”, a ACS₂₂ discute a terceira dimensão da integralidade que se refere à integração dos Serviços de Saúde cuja organização depende de saberes de diferentes disciplinas e da regionalização na formação de um Sistema de saúde local.

O procedimento normativo como forma de apropriação do modelo ideal de uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo Mattos (2007, p. 373-374), “embora possa ser visto como uma prática educativa é apenas o exercício do poder de vedar o acesso aos Serviços de Saúde demandados. Ou seja, esse modo de proceder, além de obstruir o acesso, negando de fato o direito, corrói a legitimidade do SUS”.

Para o autor, o ponto crítico desse modelo ideal “é a hipótese de que traduza muito mais uma racionalidade médica, que busca ordenar em seu próprio modo os fluxos, do que as necessidades das pessoas. Ou que não levam em conta, de modo abrangente, as necessidades das pessoas, o que pode contradizer a ideia de integralidade (MATTOS, 2007, p. 373-374).

Nos relatos, foram reveladas as fronteiras ou os horizontes que os atores retratam como noções de integralidade adquiridas cotidianamente. Esses dados indicam que a integralidade vem sendo incorporada à consciência crítica dos profissionais de saúde. No entanto, não basta que esses profissionais possuam um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário se, segundo a ACS₂₂, a população não tem condições de acesso a um Sistema com ações integrais. Muitas vezes acontece apenas a resolução imediata do problema que levou o usuário à consulta, e não um atendimento composto por procedimentos preventivos e curativos que visem suprir as necessidades pertinentes à saúde daquele usuário.

A integralidade, para M₃, é “fazer medicina social, orientar não só na saúde, como na parte de doença”.

Para os profissionais dessa realidade, é compreensível que a prática da integralidade não se traduza apenas no desenvolvimento de procedimentos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações curativas, mas também as preventivas, que geralmente não são solicitadas diretamente pelas pessoas que procuram pelos Serviços de Saúde. Nesse sentido, o profissional voltado para o atendimento integral precisa compreender o contexto de vida do indivíduo que busca cuidado. Aliado ao conhecimento técnico, esse profissional deve adotar um olhar que identifique as necessidades preventivas e assistenciais do usuário no contexto familiar e comunitário.

Mais uma vez, aparece, nos dados, a dificuldade de enquadrar em palavras a noção de integralidade, dar forma ao que diz conhecer e que na vivência se concretiza:

Bom, é... eu sei, mas não sei bem te explicar... Uê, eu acho que integralidade é a gente tá em convívio com a família dentro da realidade deles. Por exemplo, alguma coisa que não está certo dentro da casa eu devo trazer aqui para o conhecimento da equipe, do médico, da enfermeira. Integralidade é a gente tá em contato direto com eles e eles com a gente aqui. E quando a gente aqui não tem condição da gente estar atendendo a gente ter, por exemplo, uma referência que é um Serviço secundário, um atendimento que possa atender as necessidades deles. Eu entendo assim (ACS₃₂).

É está trazendo a população e fazer com que ela compreenda como é o trabalho da Saúde da Família, o SUS, tá integrando a população com a saúde (ACS₁₁).

Integralidade é a integração do profissional de saúde com a comunidade (AE₂).

Para Leão (1999, p. 21), “a linguagem é a passagem obrigatória de todos os caminhos do pensamento”. Assim, esses relatos podem mostrar que, na prática diária, são contemplados sentidos que promovem a integralidade.

O que eu acho assim importante que a gente deve frisar bem é, por exemplo, nas visitas da gente, a gente tá procurando assim... tá atento a observar aquelas pequenas coisas... dos pacientes mesmo, sabe? Do nosso... do saber ouvir, do saber falar pra eles, esse tipo de coisa, eu não sei se você chegou a me perguntar isso (ACS₃₂).

Nesse fragmento percebemos que ACS₃₂ expressa sua noção de integralidade a partir da prática, o “como” no fazer cotidiano onde manifestam pilares que sustentam este princípio: “saber ouvir, estar atento às pequenas coisas dos pacientes”.

O depoimento engloba o “ato de ouvir” o usuário de uma forma límpida, do jeito que ele quer ser ouvido e o respeito por sua pessoa numa visão totalizante – social, biológica e psicológica. É uma abordagem aberta, natural, não diretiva, sem forçar a comunicação, sem planejamento prévio e sem perguntas invasoras, onde o foco é escutar e observar as pequenas coisas. De fato, “a escuta, o observar as pequenas coisas”, são pilares da integralidade. Nessa

interpretação retomo Heidegger (1999, p. 200): *Compreender é o ser existencial do próprio poder-ser da pre-sença de tal maneira que, em si mesmo, esse ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser*. Trata-se de apreender ainda mais precisamente a estrutura desse existencial (p. 200 – grifo do autor) – pois em meu entender o ser-presença se manifesta nos relatos e a *quantas* ele encaminha seu próprio *ser* profissional.

Segundo Maffesoli (2007, p. 67 – tradução livre), “ser atento aos mistérios do ser é reconhecer o que, nos fenômenos sociais, elabora-se aquém ou além da simples consciência racional”.

Para o informante, a ESF promove a prática da Integralidade:

Ah, eu compreendo como integralidade uma coisa... Integralidade significa ser integral. Então, por exemplo, quando eu estou com o paciente eu tenho que vê-lo de uma forma integral, não fisicamente, mas na forma social, psicológica, as condições de vida desse paciente. Então pra mim, o PSF foi um ganho muito grande por isso, porque a gente conhece o paciente, não o braço e a perna, ou às vezes, só o braço ou às vezes, só a perna, mas ele como um ser que sente, que tem suas ansiedades, seus desejos, tem as suas dificuldades, e a gente consegue ver essa integralidade tão profunda porque a gente conhece a casa, a gente conhece, mais ou menos, a relação das pessoas dentro dessa casa, as condições financeiras, as condições de saneamento básico dessa casa, dessa família. Então, quando o paciente vem aqui ,a gente já sabe mais ou menos, um pouco de tudo sobre ele. Então, isso, eu entendo como integralidade, atendê-lo de uma forma integral, não física e biologicamente, mas de uma forma mais social. E a integralidade da equipe também, que eu acho importante, a equipe tem que tá integrada não sei se significa isso... Mas, é uma equipe onde um ajuda o outro... Não onde um faz a sua parte, e o outro faz a sua parte, cada um ajudando o outro a fazer o todo. E a gente tenta trabalhar aqui (E₁).

Na ESF se consegue ver essa integralidade “tão profunda” porque segundo E₁ “a gente conhece a pessoa como um ser que sente, que tem suas ansiedades, seus desejos e suas dificuldades... não só o braço e a perna, ou às vezes, só o braço ou às vezes, só a perna”, e “quando o paciente vem aqui a gente já sabe um pouco de tudo sobre ele”. A abordagem do ser social é possibilitada pela territorialização, pela responsabilização da equipe no atendimento às famílias de sua área de abrangência, pelo vínculo estabelecido, enfim pela nova proposta de assistência na atenção primária, a ESF, como promotora da abordagem do “ser completo”.

Acrescenta que, para alcançar a integralidade, é necessária uma equipe integrada na qual “cada um ajuda o outro a fazer o todo”. Segundo o informante, os profissionais devem se unir, ou seja, o vínculo à equipe, com objetivo de otimizar resultados. Silva Júnior *et al* (2005, p. 82) afirmam que “a responsabilidade institucional dos profissionais e das equipes é vista como a ‘pedra de toque’ na constituição de processos de trabalho mais cuidadores” – o que pode ser constatado no relato abaixo:

Agora mesmo a gente falou do acolhimento, que a gente trabalha tão junta, que no meu fluxograma de atendimento ao acolhimento eu coloquei enfermeiro separado do

médico, e aí não deu certo e nós juntamos novamente. Então, eu tento fazer um trabalho integral não só aqui na equipe, mas nas equipes todas. Agora, por exemplo, com as Linhas Guias, vai ter uma integralidade, todo mundo falando a mesma língua. Então eu acho que, se a gente andar de uma forma integral, com todo mundo falando a mesma língua, o negócio flui melhor. E quando eu falo integral também não só a equipe, mas as instituições as quais nos respaldam, por exemplo, os especialistas. Nós aqui temos uma dificuldade, muito, com a atenção a saúde mental, não é tão integral como deveria ser. É... com a assistência social, que é muito importante, e a gente tem que trabalhar em cima disso pra que melhore, mas pelo menos na equipe básica aqui, a gente já faz um trabalho mais integral, todo mundo integrado naquela pessoa, no trabalho, todo mundo falando a mesma língua (E₁).

Nesse sentido, gerir o trabalho em saúde rumo à integralidade da atenção e do cuidado em saúde requer, segundo Pinheiro *et al* (2005, p. 24),

uma reflexão crítica acerca das características dos processos ali desenvolvidos, os quais explicitam as fragmentações presentes nas práticas individuais dos profissionais e os modos de sua organização nos serviços de saúde, seja na identificação das necessidades, seja nas formas de responder a elas.

A integralidade, a universalidade e a equidade em muitos relatos se conformam como princípios em interseção, mas a integralidade para ACS₂₁ ainda não foi alcançada, pois ainda não alcançamos o “ser” tratado como “pessoa”:

Integralidade, eu acho que ainda não tem, eu acho que é a forma de tratar o paciente, o paciente ter o direito igual, sabe? De chegar e ser atendido, de ser tratado como pessoa mesmo. Porque na questão da equidade, são direitos iguais pra todos independente de condição social. Igual a integralidade, que eu acho que não tem, mas a gente faz o possível, na medida que vai dando, nas condições da gente. O que está no alcance da gente fazer, a gente faz (ACS₂₁).

Compreendendo, sobretudo, o que, para ACS₂₁, significa integralidade, é objeto ontologicamente distinto da prática que se submete à quantificação de procedimentos realizados. Impõe-se, portanto, a valorização dessa percepção, entendendo-a, não como subjetividade descontextualizada, como o querem fazer crer perspectivas idealistas, mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com os profissionais e usuários, determinadas pelo distanciamento e por práticas fragmentadas em saúde onde o foco é a doença. Ao expressar que integralidade é “a forma de tratar o paciente como pessoa” a ACS aborda as interfaces entre os dois planos – o subjetivo e o objetivo – a materialidade a que se relaciona o adoecimento no aspecto formal do atendimento ao físico, o que distancia o sujeito ao invés de incluí-lo, ao não considerar suas necessidades e demandas que podem ultrapassar a abordagem física/biológica. Essa interação profissional/usuário, “ser tratado como pessoa”, pode desempenhar papel decisivo no processo de produção do cuidado integral em saúde.

Contudo, mais do que definições formais, a integralidade requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro que transcendem o campo de atuação profissional na ESF e as políticas sociais estabelecidas com finalidade nas ações coletivas.

Conforme destacado nas mensagens explícitas nesta subcategoria pelos atores sociais, a integralidade vai muito além de seu radical “integral” e será considerada uma das mais fecundas contribuições para continuar esta discussão.

6.3 Integralidade: é muito amplo! Às vezes, não damos conta dessa amplitude... Gouveia-MG

Dada a complexidade do objeto da saúde – o ser integral – é mister reconhecer que a Saúde, por si só e tal como se apresenta no cotidiano dos Serviços, não consegue responder à amplitude das demandas, porque são muitos os fatores que intervêm no processo saúde-doença. Para que a vida possa ser usufruída de forma mais rica em todas as suas dimensões foi colocado, pelos informantes de Gouveia, que é necessário que o outro também seja portador de ações que possam auto-ajudá-lo a reagir, a andar a vida, pois há coisas que não podemos fazer pelo usuário, ele é quem tem que decidir e fazer suas escolhas:

A palavra integralidade. É como um todo, não é? A saúde. Tem uma definição de saúde que é muito bacana, que eu gosto, que é a saúde como uma capacidade da pessoa poder reagir. A pessoa quando ela está sem saúde, ela não consegue reagir a problema nenhum. Eu divido isso aí em saúde biopsicossocial. A minha formação foi em cima disso. Então a pessoa doente, a pessoa estar sadia, como evitar as doenças, como se tratar das doenças, não é? Como você fazer um trabalho psicológico com as pessoas pra que elas consigam estar bem consigo e com os seus familiares, nesse sentido de, às vezes, até dar um pitacozinho numa coisa ou outra, mas a valorização do bem-estar mental dessa pessoa. E o social, na medida do possível, pois eu acho que é o que a gente menos age aqui assim diretamente. Mas tentar assumir isso pra gente, nós somos uma equipe, igual eu te falei, a equipe com todos os sete agentes, as quatro auxiliares, a enfermeira, às vezes, duas enfermeiras, tem uma que está muito próximo aqui, a gente ir nas casas das pessoas, conhecer a família dela, os problemas dela, as dificuldades, pra ela conseguir isso. Referir essa paciente, às vezes, para uma psicóloga, ou para uma assistente social, para um fisioterapeuta, assumir ela aqui na nossa Unidade, sabe? Desde a casa dela até na Unidade, igual o pessoal faz aqui, os grupos de caminhada, é pegar desde a fase preventiva, curativa, informativa, igual eu acho legal a gente fazer isso nos grupos. Informar o paciente para ele ter consciência de que ele consegue com isso aí fazer a saúde dele ficar um pouco melhor. Bio-psico-social (soletra), minha formação é essa, desde a faculdade (M₇).

Ao relatar a integralidade como um todo, “a saúde” do “ser”, M₇ se refere ao conceito ampliado de saúde numa abordagem bio-psico-social, já discutida neste capítulo. O médico acrescenta que o social é, em sua concepção, o âmbito que menos tem uma ação direta da equipe. Ao mesmo tempo, ele já aponta caminhos quando fala que a equipe precisa ir às casas e conhecer o contexto de vida das pessoas para poder definir o itinerário terapêutico que possa atender a suas necessidades. Isso pode ser aqui compreendido como uma referência à responsabilização territorial da equipe, quando menciona “mas tentar assim assumir isso pra gente, nós somos uma equipe”. Ao conhecer a família e realizar um diagnóstico situacional será possível o profissional encaminhá-la a outro nível de atendimento ou para ações intersetoriais, quando se fizer necessário. Nessa percepção, a trilha está posta, portanto, o que precisamos fazer, mesmo a pequenos passos, é percorrê-la.

M₇ acrescenta a importância do empoderamento do usuário para que ele tenha condição de se auto-cuidar, ou seja, auto-ajudar, reagir para melhor andar a vida: “a equipe pegar desde a fase preventiva, curativa, informativa, igual eu acho legal a gente fazer isso nos grupos educativos e de caminhada. Informá-lo para que tenha *consciência* de que, com isso, consiga fazer a saúde ficar um pouco melhor: bio-psico-social”. Nesse mesmo sentido de reflexão:

Integralidade pra mim é você atender, o paciente, a família do paciente de forma integral. Não pensar nele só como um ser físico, mas como um ser, que tem um componente psicológico, um componente social, um componente econômico... o componente familiar. Que é muito importante! E muitas vezes, a gente por ter uma demanda muito grande, você acaba focando só na pessoa, não é? E, às vezes, você vai só naquela manifestação clínica ali, daquele sofrimento da pessoa. E como a gente sabe da importância de ver o paciente como um todo e nem sempre a gente tem condições de fazer isso, não é? Quando a gente tá avaliando a pessoa: “Qual é o motivo da sua queixa hoje?” E aí você trabalha em cima daquela queixa ali. Mas... apesar disso tudo, muitas vezes, a gente consegue perceber, o todo, por exemplo, um componente emocional numa dor pré-cordial, eu vejo isso muito ali no eletrocardiograma. Só de conversar com a pessoa, você percebe que cardiologicamente ela não deve ter nada, mas ali tem toda uma carga emocional, uma carga social, econômica ali por trás da pessoa. E pensar assim na integralidade como se a gente pudesse é... tentar atender o usuário, atender aquela pessoa que tá ali na sua frente em tudo que ela precisar. E esse tudo também, não é tudo, porque a gente também não dá conta de tudo. Tem coisas que são específicas da pessoa, não é? Tem coisas que eu não posso fazer por ela. Ela que tem que decidir. É ela que tem que fazer as escolhas. Então tem coisas que dá e tem coisas que não dá. E tem muitas pessoas que não conseguem perceber esse ponto aí que é o momento que elas precisam agir, que elas precisam tomar conta da vida. Tomar atitudes. Então eu acho que é trabalhar com o indivíduo não só pensando no fígado dele, não só no coração, tem que pensar nele como um ser, que está inserido num contexto de vida (E₇).

O depoimento mostra a necessidade de empoderamento pelos usuários, pois “tem coisas que não podemos fazer por ele (usuário) como ‘ser integral’, ele precisa tomar suas atitudes, porque a gente também não dá conta de tudo, algumas coisas são específicas da

pessoa. O “componente físico, psicológico, econômico... o familiar, que é muito importante!” Essa é uma abordagem coerente à ação integral: porque como alcançar a integralidade do cuidado se quem será cuidado não está suficientemente identificado? Isso aponta para a necessidade de conhecer o contexto familiar, seus recursos e limitações como fator decisivo para uma abordagem adequada, não repassando para a família atribuições que não está capacitada a assumir. Para Gerhardt *et al* (2008, p. 148), “a compreensão das necessidades de saúde deve levar em conta a pluralidade dos espaços nos quais as pessoas vivem, bem como contemplar a diversidade de escolhas dos indivíduos”.

Contudo, como fazer as escolhas se tem muitas pessoas que não conseguem perceber que precisam reagir, tomar atitudes? De onde vem esse poder de ação?

Do empoderamento... Freire (1980) oferece-nos a resposta para essa indagação, ao explicar que é mediante o desenvolvimento de uma consciência crítica, pois esse empoderamento é um meio crucial de ganhar poder, ao envolver o entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências, as percepções de cada pessoa, além de identificar como cada um pode ter um papel dentro de uma mudança social.

Empoderar é a ação central da promoção da saúde. No sentido dado no depoimento, empoderar significa dar poder a outro, compartilhar com os usuários alguns poderes que os profissionais devem ter sobre ações de promoção, prevenção, tratamento e cura. Dessa forma, o profissional é visto como agente de empoderamento. Mas também, o relato remete à ideia de o sujeito agir sobre si mesmo quando M₇ e E₇ mencionam que a pessoa precisa reagir, tomar atitudes para andar a vida.

Entretanto, o compartilhar de poderes que os profissionais da Saúde devem ter é refletido em sua capacidade de desenvolver alternativas que contribuam para a promoção e a prevenção da saúde tanto do indivíduo quanto do coletivo. Dessa forma, os profissionais de saúde são tanto agentes quanto sujeitos de empoderamento. Isso significa compreender que o sentido do termo remete a uma ideia dialógica na qual o sujeito que age sobre si é o mesmo que reflete, reage, transforma e toma atitudes para “andar a sua vida”. Maffesoli (1987) analisa o poder como relação estruturante da cultura e, conseqüentemente, do sujeito que é submetido a seus cuidados.

Sob esse aspecto, o sentido da integralidade em saúde deve ser o produto de uma construção que passa pelo compartilhar de ideias, pelo conhecimento, e, finalmente pelo empoderamento enquanto poder de decisão. Para se chegar a essa construção, é preciso trabalhar com o contexto de vida dos sujeitos, aproveitando suas experiências, seus conhecimentos adquiridos em sua trajetória de vida, valorizando suas relações e percepções,

sabendo-se que cada sujeito representa e é representado por um papel no contexto social (FREIRE, 1980). Desse modo eles são capazes de resistir, interferir, (re)apropriar-se e construir novos saberes.

Os profissionais de saúde, por meio de trabalho intersetorial, podem – e devem – apoiar a comunidade para que ela vença suas dificuldades, lute por seus direitos no enfrentamento dos problemas vividos na realidade cotidiana de sua comunidade. Para tanto, é necessário que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, exista o investimento para fortalecimento e conquista da autonomia para a tomada de decisão que envolve tanto o desejo do indivíduo quanto o da coletividade.

Integralidade em saúde, na minha concepção é você conseguir conscientizar os profissionais de saúde da necessidade de compreender que o paciente é um ser humano como um todo, eu já te falei isso em outras vezes. Eu acho que a gente ainda peca por isso, de ver o paciente por sistemas em vez de ver um paciente como um todo. Então a integralização além do paciente não ser visto como um todo, os próprios profissionais, eles trabalham individualmente, não existe um relacionamento entre eles. Por exemplo, você encaminha um paciente para um ortopedista, ou pra um psicólogo, ou pra um gastroenterologista, ou pra um neurologista, não existe um feed-back, não existe um retorno que se possa trabalhar em conjunto. Às vezes, eu consigo isso quando o médico trabalha comigo no mesmo lugar, se tenho uma nutricionista, uma psicóloga ou uma ginecologista que tem aqui e a gente consegue trocar uma ideia, aí a gente consegue fazer dentro do possível um trabalho conjunto, integralizado, mas na grande maioria das vezes, o paciente ele é como se fosse dividido em pedaços, e não se consegue tratá-lo como um todo: a parte social, cultural, emocional, mental, financeira, étnica, hereditária, tudo. É isto que eu tenho tentado trabalhar aqui no posto, na comunidade (M₆).

No sentido dado por M₇, para se ter integralidade em saúde, o usuário deve receber informação para *ter consciência* e poder cuidar de sua saúde, ser empoderado. No sentido dado por M₆, é preciso “*conseguir conscientizar os profissionais de saúde da necessidade de compreender que o paciente é um ser humano como um todo*”.

A integralidade é manifestada nos relatos como uma necessidade profissional e, também do usuário de *ter consciência*, para se (auto)cuidar.

Todos esses fatos evidentes que nos propõe a experiência cotidiana de se *ter consciência* retomam uma compreensão que, para Maffesoli (2007, p. 78 – tradução livre), está “na temática heideggeriana, de saber ultrapassar o sujeito dono de si, do mundo e do social. Colocar em questão a posição central do homem e da consciência. Dizendo isso, Heidegger queria sublinhar que, além do sujeito e da consciência, o pensamento deveria ser atento ao despertar desse mundo e ao mistério que ele promove”.

A consciência do *ente*, do ser integral, o profissional olhar o outro com alteridade na produção do cuidado, ainda constitui um desafio, segundo M₆, pois “a gente ainda peca por ver o usuário por sistemas e, também, por trabalhar individualmente”.

Embora o cuidado, palavra tão cara aos profissionais que buscam efetuar práticas integrais, no cotidiano dos serviços e da formação, ainda é um desafio olhar para o usuário do serviço de saúde com alteridade e empatia. Os limites das ações em saúde evidenciados por muitos estudos e pelo cotidiano do serviço têm desencadeado movimentos de reconhecimento da complexidade humana, haja vista a valorização das dimensões subjetivas (GERHARDT *et al.*, 2008, p. 143).

Além desse trabalho fragmentado e individual que caracteriza a ação em saúde, E₇, em seu depoimento, aponta uma dificuldade ao enfatizar que “muitas vezes, por ter uma demanda muito grande, acaba que o profissional atende à manifestação clínica”. Acrescenta que “a gente sabe da importância de ver o paciente como um todo e nem sempre a gente tem condições de fazer isso, não é?” Na descrição dos dados da observação, no capítulo anterior (p. 87-88), explicito sobre essa demanda que se sobrepõe, muitas vezes, às demais atividades ou ações. Acrescento, aqui, a interpretação do sentido dado por E₇, que modifica, também, a atitude do profissional, ao dar como resposta uma ação sobre a manifestação clínica/sofrimento, mesmo conhecendo o valor da abordagem integral do ser. Esse valor “do todo” também é expresso nos depoimentos a seguir:

Oh, eu entendo como integralidade o seguinte: o paciente tem que ser atendido como um todo. Se ele chega aqui e ele tem um problema, se é na saúde bucal ele vai buscar assistência com um dentista. Se ele tem algum problema de saúde que ele precisa ser tratado com o médico ele vai buscar o médico. Se ele precisa de um tratamento psicológico ele vai buscar o psicólogo. Se ele precisa de tratamento por parte do enfermeiro, ele vai buscar a enfermeira. Então o paciente quando ele chega no PSF ele tem que ter a assistência integral que eu entendo é assim, o paciente como um todo. Ele tem que ser atendido em todas as suas exigências e necessidades. Tudo o que ele buscar no PSF ele tem que ter uma resposta, o paciente procura uma solução do seu problema, independente de ser com o dentista, com o médico, com o enfermeiro, com o psicólogo (CD₆).

Eu acho que integralidade em saúde é o seguinte: é uma pessoa chegar... abordar a gente, como profissionais, independente se for da enfermagem, ou da equipe de saúde, te pedindo apoio, e você assim tentar, às vezes, você não tem condição naquela hora de tá resolvendo aquele problema pra ele. Mas assim, você tentar integrar aquilo e não deixar voltar sem resposta, entendeu? Às vezes, ele chega brigando, se você senta e conversa e você não consegue fazer com que aquela pessoa consulte agora, se você sentar um pouquinho e conversar com ele, você consegue marcar pra amanhã, você sabe? Mas não chegar e falar: “Não tem. Não dá.” Isso não! Você tem que falar: “Hoje e agora talvez não dá, mas daqui a duas horas dá. Amanhã dá. Depois dá”. Então, assim, tudo é conversado. Você tem que explicar, tentar ver se você consegue dentro do possível atender a meta que a pessoa vem buscar. Atender o objetivo da pessoa integralmente. Se ela está precisando de um médico, você vê se é uma consulta. Talvez um medicamento, você orienta aonde que ele busca, como é que toma, a receita, sabe? Uma coisa assim, no todo, entendeu? Você não quer deixar a pessoa voltar com um não. Porque quando a gente volta não é bom! Então pra outras pessoas também não deve ser. [...] Muitas coisas, às vezes, eu não estou por dentro de como fazer, muito procedimento de Secretaria de Saúde, mas eu ligo, me informo, tudo pra conseguir dar um conforto pra aquela pessoa, entendeu? De uma forma integral (AE₇₁).

É acompanhar a saúde como um todo. Desde criancinha até ficar adulto e tudo. Você não vai olhar... se ele é hipertenso, então eu só vou olhar a pressão dele, eu não vou

olhar outras coisas, integralidade você vai olhar tudo. Aquele paciente não é só uma ferida! Ele é uma pessoa que tem problemas em casa, tem o emocional. O que está causando? O ambiente que ele mora? Pra mim integralidade é olhar tudo! (E₆)

Integral, eu acho assim que tem que olhar todo o lado da saúde, em termos assim não é só de remédio, tem que tá olhando em todos os aspectos, o lazer, a parte psicológica. Porque, às vezes, não é somente ter que consultar, ter que tomar remédio. Porque no dia a dia chegam pessoas aqui, às vezes, querem uma conversa com a gente, entendeu? Às vezes, tá nervosa, a gente começa a conversar, e aí acaba que ela fala “oh, gente como foi bom eu ter vindo aqui, conversar um pouquinho com vocês, eu até melhorei!” Muitas vezes já aconteceu isso. Claro que tem também o lado que vem procurar a consulta e que precisa. Eu procuro estar sempre alegre, brincando com as pessoas. Porque eu acho que isso também é saúde, não é só chegar, pegar a ficha e consultar, não. É a gente conversar, dar um pouquinho de atenção, a gente aprende com eles em conversar, entendeu? Eu acho que é um tema muito amplo, não é... saúde? Não é só remédio, só consulta não, é muito mais amplo, é muito mais coisa... (TE₆₁)

Mais uma vez foi enfatizada a concepção ampliada de saúde: “integralidade é olhar todo o lado da saúde”, integralidade “não é só remédio, só consulta não, é muito mais amplo, é muito mais coisa...”

Perspectivas e reflexões se abrem nesse olhar o outro como uma pessoa que busca a saúde, em que muitos relatos se referem ao “fazer em saúde” como resposta à sua promoção. Isso também indica que o trabalho em saúde ainda está voltado para a cura ao agir sobre as pessoas em sofrimento, doentes, com experiências de vida complexas e cujas necessidades transbordam os muros das Unidades de Saúde. Mas o espaço do acolhimento no mundo dos Serviços de Saúde é apenas para uma parte dessas demandas, que podem ser mais amplas, pois a promoção de um bem-estar deve, necessariamente, estar expresso no cotidiano da moradia, da renda, do trabalho, da família.

A compreensão e o reconhecimento de que olhar o “ser integral” é estar atento à saúde, significa, para os profissionais, a possibilidade de delimitar as fronteiras do problema de saúde enfrentado, suas causas, consequências e o âmbito de seus espaços de ação, experimentando, segundo seus pontos de vista e na condição de sujeitos, suas próprias possibilidades e habilidades de ação. Ação essa que possa delinear cenários futuros que passam a mobilizar, a partir do “desejo” do outro e de si, de ter e promover a saúde, ou seja, recuperar o equilíbrio do estado saudável. Por isso, o saber e o fazer representam a capacidade de modificar determinada situação, num instintivo poder de tracejar estratégias, movendo-se como agentes de transformação dessa realidade insatisfatória – o estar doente.

Ainda, nesse âmbito de experimentar as possibilidades e habilidades profissionais, a integralidade é compreendida como uma articulação de saberes, e que nos contextos deve ser um palco de diálogo entre as múltiplas vozes que os instituem e que se expressam na materialidade das práticas de distintos profissionais do campo da saúde:

Integralidade em saúde... A integralidade na verdade é uma forma de você trazer todos os componentes que a gente tem da saúde associado com outros profissionais, no sentido que com isso a gente possa dar uma melhor condição, uma qualidade de vida melhor às pessoas da comunidade. Então é o meu saber junto com o saber e conhecimento do outro, você vai juntando e vai facilitando [...] e integra o nosso conhecimento em prol da melhoria da qualidade de vida das pessoas do local (F₆).

Conforme anunciado por F₆, o espaço relacional entre os atores sociais na produção do cuidado cria um saber preocupado com a totalidade do outro, com destaque para a necessidade do diálogo entre o seu saber e os saberes dos outros profissionais, caracterizando o que chamamos de interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade, para Etges (2000), pode ser compreendida como uma postura profissional que permite transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca e de desvelamento das diferentes formas de se abordar a realidade. Nenhuma profissão e conhecimentos são absolutos e a interdisciplinaridade é um princípio constituinte da diferença e da criação.

Dessa forma, a interdisciplinaridade é um princípio de troca ou completude de saberes e práticas que implica a valorização do cognitivo e do afetivo, da intuição e da sensibilidade própria e do outro, com possibilidade de ampliação do diálogo e do vínculo entre os componentes da equipe. Para o fisioterapeuta, os profissionais são sujeitos promotores do cuidado à saúde que detêm um saber, que se complementa com outros saberes, para desenvolver ações que possam promover melhor condição de existir, uma qualidade de vida para as pessoas sob seus cuidados.

O trabalho em saúde pode ser concebido como uma co-produção constituída por um coletivo (equipe), cujo objeto das atividades é o usuário e não a doença, o núcleo central da racionalidade que norteia as ações e conhecimento científico dos profissionais nos serviços de saúde. Definir como objeto de trabalho em saúde o usuário significa conceber os aspectos subjetivos, e não somente os objetivos, que o concretizam como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida (PINHEIRO *et al*, 2005, p. 24-25).

Mediante as palavras de F₆, reforço a necessidade de interação entre o conhecimento dos diferentes profissionais de saúde, para uma possibilidade de incorporação de novos objetos e tecnologias para uma atenção integral à saúde das famílias e da comunidade, numa construção coletiva da assistência na ESF.

A abordagem do objeto de estudo suscitou anseios e dúvida para alguns dos informantes: “o que é integralidade... na saúde?” Mediante a construção de noções sobre esse tema proposto, o que se manifesta nos relatos a seguir é o cotidiano do trabalho em saúde:

É que a saúde ela passa pela população em geral. A integralidade faz a integração entre as pessoas (ACS₆₂).

Eu acho que o meio onde a gente tá vivendo, que a gente tá trabalhando. É o que a gente realmente faz. Propagar realmente a saúde na prevenção e também no curativo juntamente com os demais funcionários (ACS₇₁).

Como já vimos, a integralidade é uma palavra de várias acepções e que não tem um conceito finalizado, é um princípio que trata de questões vertentes em construção. Completando as ideias apresentadas nos fragmentos anteriores, o relato a seguir descreve a construção do conhecimento sobre a integralidade mediada pela prática cotidiana:

No meu ponto de vista, quando eu comecei a fazer enfermagem, eu não tinha realmente esse conceito formado. Mas eu acho que hoje eu tenho, no sentido de que fazer essa integralidade no meu ponto de vista, dentro do que eu faço, é a gente conseguir tá assimilando assim, desde a entrada do cliente na porta da Unidade até a solução do que ele precisa. Às vezes, tem gente que vem simplesmente medir uma pressão e acaba desabafando com a gente, o problema que tá passando. Ou de repente, quer se expor melhor junto à enfermeira e pede pra conversar. Então, acho que dá pra entender quando a gente consegue, não é? Captar aquela mensagem que eles tão querendo passar pra gente. Acho que essa integralidade, no meu conceito, eu formei assim. Quando a gente consegue captar e, às vezes, não solucionar o problema em si totalmente, mas acontece que a gente pode dar uma parceria, uma ajuda, pra aquela pessoa. Tem gente que sai super satisfeito de termos falado um “não”, mas um “não” que foi explicativo, que a pessoa não saiu com dúvida, não é? Então eu acho que a integralidade vai tá reinando em cima disso tudo aí (TE₇₁).

A vivência profissional, segundo TE₇₁, contribuiu para que ela construísse sua noção de integralidade: “é compreender a necessidade da pessoa desde o acesso até a sua solução”. A *proximidade*, a *co-presença*, o *estar-junto*, o *ser-com* o outro fundamentando essa construção da integralidade no cotidiano do Serviço de Saúde.

Portanto, a compreensão do tema é tudo isso que já foi discutido, tudo faz parte do todo que é a integralidade e, mais ainda, no atendimento não deve haver distinção de classe, de cor, de partido político:

Integralidade é tudo isso que eu já falei do cotidiano na Saúde (risos). Sabe, não existe diferença é um trabalho como um todo. Os profissionais, como os usuários, tudo uma família só. Não existe distinção, cada um na sua função, no seu papel procurando realizar o melhor possível e de maneira tal que não haja distinção: de classe, de cor, de partido político. Isso eu sempre procurei. Hoje nós estamos num período e eu sempre falo “não misturem as coisas, independente de quem chegar aqui, pode ser quem for, e de que partido for, nós vamos ter que atender da mesma maneira, da mesma forma. Então, é procurar ver a coisa de uma forma holística, eu sempre falo da questão de que tudo faz parte do todo. Cada um de nós, independente de que papel que esteja exercendo dentro daquela estrutura tem uma importância muito grande, sabe? É o conjunto disso tudo que faz com que a gente consiga essa integralidade (SMS₃).

Deve-se ressaltar que as entrevistas foram realizadas nos municípios em período pré-eleitoral de eleições municipais. O contexto político foi um dos pontos discutidos no capítulo anterior (p. 99-100), a dualidade partidária – a situação e a oposição – essa posição partidária influencia o processo de trabalho na Saúde, pois os cargos ocupados por contratos

temporários de trabalho são atrelados à vitória de um grupo político, portanto as equipes ESF formadas são provisórias, acaba o mandato, acaba sua atuação. Mas nesse relato a universalização da cobertura é defendida e a integralidade é conceituada como um direito de todos sem distinção: “seja quem for, e de que partido for, nós vamos ter que atender da mesma maneira, da mesma forma”. O setor Saúde organiza-se e desorganiza-se mediante as forças e diretrizes políticas locais. Uma perda na construção das práticas de integralidade, porque sempre terá um recomeço.

Nos depoimentos, não se pode negar que o direito à saúde e o direito à integralidade encontram-se imbricados na compreensão explicitada. Ao longo do texto, essas palavras se manifestam em conjunção. Então, expressam a ideia conclusiva de poder: “poder ter o direito à saúde integral”:

Integralidade pra mim, eu acho assim, um direito de todos indiferente da classe social. Muita gente pensa assim, “ah, tem funcionário mesmo que pensa dessa forma, fala assim, ah fulano que tem condição financeira boa, pra que só fica no posto, pra que procura?” Eu acho que é direito de todos indiferente se você tem uma classe boa ou não, se você tem condição de estar pagando ou não, porque o SUS é um direito de todos... (TE₆₂)

Integralidade é um direito de todos porque o SUS é universal. Essa mensagem fica como uma provisão em direção à prioridade à saúde integral já instituída em 1988, aqui também formalizada e que faz parte de uma realidade almejada nesses contextos.

6.4 A múltipla interpretação dos três casos holísticos

Falando de integralidade... concretiza-se de forma explícita que “o princípio doutrinário integralidade” trata de um objeto de estudo complexo e polissêmico. A tentativa de explicitação da compreensão dos informantes vem acompanhada de uma riqueza de vertentes, na abordagem da questão. Integralidade para esses sujeitos é: “acesso integral à saúde”; “um atendimento igualitário, multidisciplinar, abordando o usuário como um todo”; “é um direito de todos, pois o SUS é universal”; “trabalhar em equipe numa ação interdisciplinar”; “não é fácil para a Saúde”; “um princípio de vida”; “tratar o outro como pessoa”; “a saúde, é cuidar para a qualidade de vida”; “empoderar o usuário para que ele possa reagir e andar a vida”; “ainda não foi alcançada, pois ainda não alcançamos o *ser*

tratado como *pessoa*”; “uma necessidade profissional e, também do usuário de ter consciência, para o (auto)cuidar”. Essas noções engendram convergências nas distintas realidades.

A integralidade é um conceito que surgiu no contexto específico da criação do Sistema Único de Saúde. É uma palavra que não existe no dicionário, não constitui um descritor em Ciências da Saúde. Não há referência à palavra integralidade na Constituição da República de 1988 e sim ao atendimento integral. O art. 198, inciso II, dessa Constituição prescreve que, no campo da saúde, haja “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (BRASIL, 1988). Na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) há uma única referência à integralidade no artigo 7º, inciso II. O artigo determina que as ações devam ser realizadas, tanto nos “*serviços públicos de saúde*” quanto nos “*serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS*”, obedecendo ao princípio da “*integralidade de assistência, entendida como 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). Contudo, qual é a gênese da palavra integralidade?

A palavra “integralidade” deriva do verbo *integrar* que, etimologicamente, vem do latim “*integer*”. A palavra inglesa *integer* (que significa em português inteiro, total, totalidade, coisa completa em si) tem sua origem alicerçada no latim/hindu: *in* (não) + *tag* (tocar). Integralidade vem de “inteiro” que significa aquilo que não foi tocado. Deveras, aqui foi relatada sua origem mas sua construção ainda perpetua...

Ao longo deste capítulo e tendo em vista a complexidade do tema em discussão, verifica-se que todas as questões analisadas nos distintos municípios, encontram-se interligadas, sendo possível concluir que a integralidade não se refere apenas a um princípio, a uma noção ou conceito coletivo, mas a toda uma postura que, segundo os profissionais, deverá ser voltada para atender às necessidades trazidas pelo usuário. Assim sendo, a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade, a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde. Esses princípios do SUS foram argumentados como um princípio único: o do direito à saúde.

Dessa forma, cabe-nos o exercício do aprendizado constante, de saber lidar com o embate cotidiano entre essas posições discursivas e ideológicas na compreensão da integralidade. Os dados apontam que é preciso equipar o olhar para essa dimensão ampliada, extremamente fluida e móvel da integralidade, apreensível apenas em suas cristalizações, na

forma de situações concretas, vividas e compartilhadas que será discutida no capítulo seguinte. São situações em que o cálculo racional entra nesse fazer cotidiano permanente, segundo a compreensão exposta pelos informantes, mas pode ser refeito ou se perde para uns, quando aceitamos a subjetividade como uma abertura para enxergar o outro. São situações, portanto, carregadas de um inapreensível que nos convoca permanentemente a olhar, das mais variadas formas e nos mais variados tempos, um mundo de *estar-junto* cheio de delicadezas: de sofrimentos, queixas, murmúrios, que se interpõem entre o eu e o outro e que, não obedecem a uma ordem na vida cotidiana.

Desse modo, “talvez seja preciso deixar que o eu e, naturalmente, o eu crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob os nossos olhos” (MAFFESOLI, 1998, p. 113). Portanto, vamos equipar nosso olhar, *ouvir o mato crescer*, para deveras engendrar a integralidade, elemento central para a consolidação de um modelo de qualidade de vida para atender ao direito à saúde que é de todos.

7

(DES)CAMINHOS E (IM)POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS INTEGRAIS NA ESF



7 (DES)CAMINHOS E (IM)POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS INTEGRAIS NA ESF

“Alguns podem considerar que tal visão é utópica. Contudo, aqui e acolá uma série de propostas de mudança nas práticas e nos arranjos dos serviços caminha no sentido de concretização da integralidade. E uma série de experiências já concretiza essa aparente utopia. A ideia de que nenhuma pessoa que entra num serviço de saúde deve sair dele sem alguma resposta concreta desse serviço, ideia chave nas propostas de acolhimento, as teses que enfatizam a necessidade de uma escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde (do segurança ao médico), as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços de saúde de modo a permitir o desenho de um fluxo negociado para cada pessoa, as ideias de clínica ampliada, enfim, uma série de ideias e propostas têm sido formuladas e experimentadas em vários locais. Como também há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano”.

Ruben Araujo de Mattos

Ao abordar o tema em estudo, observei, nas falas dos informantes, uma incorporação e uma apropriação das noções inerentes à integralidade em saúde no contexto da ESF, como já foi descrito. No âmbito das ciências da saúde, várias são as discussões sobre como contribuir para novas formas de pensar e agir nos espaços de atenção à saúde no sentido de efetivar a transformação de uma assistência focada na pessoa e não na doença. Para isso acontecer, o trabalho coletivo na ESF deve se sustentar num conhecimento que inclui as determinações biopsicossociais de saúde-doença, numa forma de atender aos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

As concepções ideológicas e os acontecimentos históricos que marcaram a assistência à saúde no Brasil foram fundamentais para que a integralidade se tornasse um dos princípios do SUS. Tentar compreender a integralidade sob uma única forma ou dimensão seria fazê-la perder sua característica “polissêmica”. Por isso, entendê-la no âmbito das práticas em saúde torna-se importante, uma vez que estamos tratando do indivíduo e do coletivo e tentar encaixá-los em uma determinada teoria/ideologia seria limitar e, até mesmo, impedir o aparecimento de novas formas de se fazer e cuidar em saúde.

Daí a importância de se reconhecerem as práticas que possam contemplar o fenômeno “integralidade” em suas diferentes nuances e captar esse processo como elaborador de conhecimento no fazer em saúde.

A construção da integralidade incide de forma gradual no SUS, transformando ações e práxis, modificando todo um cenário, de base positivista, fundamentando-se no cotidiano dos Serviços, o qual é determinado pelas especificidades dos contextos vividos.

Nas entrevistas, os informantes, ao descreverem sobre a sua prática cotidiana e o desenvolvimento, ou não, da integralidade nas ações da equipe de trabalho, contemplam, em suas falas, todas as atividades desenvolvidas, obedecendo a sua agenda profissional e a suas atribuições como membro da equipe da ESF. Esta categoria discute a integralidade no âmbito das práticas mostrando os (des)caminhos e as (im)possibilidades no cotidiano dessas equipes da ESF.

Da mesma maneira, a interpretação dos dados ocorre em cada cenário, com suas peculiaridades, para depois apresentar as semelhanças e as diferenças que caracterizam as distintas realidades.

7.1 A integralidade no cotidiano das equipes de Datas-MG

O cenário de Datas revela um cotidiano caracterizado pela elevada demanda espontânea, por uma oferta de ações programadas, principalmente para as comunidades rurais, pelo relacionamento humano profissional/equipe, requisito esse declarado pelos atores sociais como forte indício para o agenciamento da integralidade. As informações coletadas constituem uma reflexão crítica dos atores sociais e um reconhecimento das qualidades de experiências vividas que podem desvendar as práticas voltadas para a conjuntura do SUS.

Então, o cotidiano é esse, a gente faz o calendário mensal, pois tem as metas pra serem cumpridas, mas, às vezes, a gente não consegue seguir o calendário devido à demanda espontânea que é maior do que o pessoal que é agendado mesmo. Acho que a comunidade ela já acostumou a chegar à Unidade e ser atendida, então, às vezes, agenda e a pessoa não vem no dia, mas amanhã ela vem! (E₅)

A rotina ratifica o acentuado número de casos da demanda espontânea o que fortalece o arquétipo biomédico da assistência, apesar da proposta de a ESF abranger o tratamento, a cura, a reabilitação, a promoção e a prevenção. Nota-se que a promoção e a prevenção da saúde são destinadas a segundo plano, tanto nas ações dos profissionais como na vivência dos usuários na procura pelo Serviço. A cultura médica prevalece.

O Serviço oferece uma agenda programada, mas o usuário não obedece a esse agendamento, pois “a pessoa já se acostumou a chegar à Unidade e ser atendida, agenda e ela não vem no dia, mas amanhã ela vem”. O usuário comparece quando lhe convém, isso infere que a “porta para ele está sempre aberta” e também que os profissionais já contam com essa atitude, mesmo com a programação diária das ações, esperam uma demanda maior que o calendário elaborado para o cumprimento das metas. A consulta é a atividade priorizada no calendário mensal como confere o depoimento abaixo.

Bem, o atendimento é priorizado para o atendimento das consultas. Eu considero que essas consultas, são consultas entre aspas. Você já acompanhou aqui o meu trabalho dentro do consultório, você viu que muitas vezes não é propriamente uma consulta, que é mais uma orientação, que é mais uma renovação de uma receita que fez um especialista ou outro médico daqui mesmo. De modo que essa prática, essa vivência que a gente tem aqui, a gente observa que nos últimos anos houve uma mudança muito grande em relação ao atendimento do paciente. O paciente hoje é um paciente mais exigente, a prática da gente mostra isso. Aqui divulga muito sobre medicina preventiva, sobre exames principalmente, sobre exames caros, sobre medicamentos, sobre períodos em que o paciente deve fazer exames de controle como o colesterol, glicose e outros. Então muitas vezes, a gente observa que o paciente chega e quer pedido de exames, ou ele quer um determinado remédio que já usa. Outras vezes, você já presenciou isso, o paciente quer determinado medicamento que não pode ser prescrito, que é o antibiótico. Às vezes, quer para guardar em casa. Ele mesmo acha que precisa tomar o antibiótico (M₅).

O médico deixa explícito que suas ações limitam-se, quase sempre, às consultas. Acompanhei algumas visitas domiciliares com o médico. Os casos avaliados pelo médico no domicílio se restringiram aos acamados ou a pessoas com dificuldades de deambulação, em sua maioria, idosos. Os ACS, os familiares ou os cuidadores foram os que requisitavam a presença do médico para a avaliação, além do enfermeiro, após ter feito sua própria avaliação. Pode-se inferir que, mesmo nessas visitas no domicílio, prioriza-se a consulta.

Apesar de o discurso apontar a consulta como prioridade da prática médica na ESF, o profissional reconhece que, nos últimos anos, houve uma mudança no atendimento ao “paciente”, pois hoje “ele é mais exigente e divulga-se muito a medicina preventiva no contexto da Saúde da Família”. O usuário é citado como o ator que busca pelo atendimento médico, pelos exames e medicamentos, mesmo sem uma indicação.

Essa prática de atendimento no PSF é uma prática assim... interessante porque ela nos dá o reverso dessa mudança. Eu acho que essa mudança que vem acontecendo no relacionamento médico/paciente, na exigência do paciente em querer o ultrassom, em querer tomografia computadorizada, em querer controle de colesterol, faz no mês de junho e chega mês de agosto quer fazer de novo pra ver se já melhorou. Isso tudo decorre de uma falha principalmente do médico, a falha maior que eu acho é a do médico. Porque quando a gente é... tem mais tempo, examina mais o paciente, eu estou fazendo isso aqui agora, porque tenho um outro trabalho, no Serviço Público também, e eu estou de licença, e estou ficando mais tempo aqui. O paciente chega, às vezes, e pede um exame, a gente conversa, pergunta o que ele sente, faz uma

anamnese, dá um pouco de atenção, examina, faz um exame um pouquinho mais detalhado, não de especialista, mas um exame de médico da Saúde da Família, um exame de médico clínico. Quando chega ao final, o paciente, por incrível que pareça esquece daquilo que ele pediu. Então eu acho que depende muito do médico, acho que é uma falha do Sistema de Saúde, eu estou falando isso porque eu sou médico, eu não vou criticar os outros profissionais, porque eu sei que são todos profissionais competentes. Mas, eu tenho certeza que o médico tem sido o responsável por essa... no meu modo de entender, por essa falha na atenção ao paciente (**M₅**).

No contexto apresentado, o atendimento médico é considerado pelo profissional como “falho, se o médico fizesse uma anamnese e um exame físico mais detalhado e se ele desse um pouco mais de atenção”, a assistência poderia ser diferente. O usuário poderia ser bem avaliado e dependeria menos de cobranças por ações que, muitas vezes, são consideradas desnecessárias. Há uma redundância na abordagem, uma prática médica que evoca ações ou cobranças do usuário vistas como dispensáveis. É interessante notar que as exigências dos usuários listadas pelo informante, referem-se ao uso de uma tecnologia que não se encontra na atenção primária, exames geralmente realizados por um Serviço secundário. Entretanto, a atenção humanizada do profissional, que conversa, dispensa maior tempo ao usuário, examina detalhadamente, ou seja, o cuidado de forma integral supera a necessidade inicial. Parece que a demanda por essa tecnologia mais sofisticada é para sobrepujar uma falta, a falha na atenção ao paciente, a falta do cuidado usuário-centrado.

Ontem, por exemplo, eu atendi duas pessoas na minha casa, duas pessoas idosas que foram consultar com o médico no SUS lá em Gouveia. Um deles... inteligente, setenta e poucos anos, experiente, e ele falou da pressa que ele notou no médico, atendendo no SUS. Ele falou que já fez uma consulta com ele no consultório particular dele, e agora fez no SUS, ele falou sobre a pressa que ele teve em atendê-lo. Eu acho que isso não deve acontecer. Isso é uma observação que eu faço aqui, que é uma prática que a gente vai adquirindo, eu não digo que deve ser igual, de jeito nenhum! Mas, acho que tem que ter um básico de assistência médica ao paciente, com uma anamnese curta, dirigida, mas bem feita, exame físico, não mostrar que está com pressa, porque senão... o paciente não fica satisfeito, daqui uns dias ele está voltando de novo (**M₅**).

A crítica sobre a pressa no atendimento médico no SUS, enquanto uma prática adquirida, deveria ser suplantada por uma assistência bem feita, sem pressa, buscando dar as respostas necessárias às demandas, para evitar que o usuário, insatisfeito, retorne brevemente. A integralidade nesse caso deixa de ser um princípio acatado na ação médica. Para investigar se a formação do médico no Estado do Amazonas está em consonância com o preconizado para a atuação na ESF, Moretti-Pires (2009) empreendeu uma pesquisa com acadêmicos do último período do curso de Medicina de uma universidade pública no referido Estado. Nos discursos acerca da prática em Saúde Coletiva, a fragilidade de serem “politicamente corretos” em época de SUS foi evidente. De maneira contundente, foi dito pelos acadêmicos

que o paciente que recorre ao Serviço Público de Saúde não paga pelo atendimento e deve se contentar com o que lhe é oferecido; e que o médico não cursa medicina para exercer a prática na atenção primária, seu lócus privilegiado é o hospital particular. A ESF foi apresentada pelos acadêmicos como um modelo que enfoca o vínculo entre o paciente e o médico, mas estes se apresentaram em outra polaridade quanto a essa questão: esse vínculo foi tomado como ideal, mas um ideal não aplicável à prática clínica cotidiana, mesmo na própria ESF. A principal razão desse posicionamento está ligada ao tempo e à aproximação necessários para estabelecer esse vínculo. As questões tempo de consulta e enfoque na doença foram centrais, de forma que o médico não consegue estabelecer o vínculo em razão da grande demanda por atendimento, o que ocasiona a dificuldade de se relacionar de maneira próxima ao paciente (MORETTI-PIRES, 2009).

O autor acrescenta que, no enfrentamento específico das demandas dos usuários na ESF, houve priorização da ação curativa e clientelista, enfocando a doença e a ação clínica reducionista, totalmente medicalizada. Embora a estratégia preconize vínculo, os próprios depoentes apontem a importância do mesmo, a dialogicidade entre médico e paciente não foi mencionada, caracterizando uma postura tradicional, incoerente com o perfil do profissional para a ESF. Principalmente referindo-se às ações do médico no usuário, e não do médico junto com o usuário, postura última que demanda um entendimento maior sobre a complexidade do processo saúde-doença e do contexto sociocultural do usuário. Pensando em integralidade, nos depoimentos dos acadêmicos existem grandes lacunas na perspectiva holística do processo terapêutico. Em especial, o usuário não foi percebido como sujeito desse processo, mas como alguém que deve seguir os ditames prescritos pelo médico (MORETTI-PIRES, 2009).

Em outro estudo com objetivo de analisar a percepção dos residentes médicos em Saúde da Família acerca do trabalho multiprofissional desenvolvido nessa Estratégia no município de Marília do Estado de São Paulo, Ferreira, Varga e Silva (2009) apresentaram resultados que se diferenciam dos anteriores. Mostram que, nesse movimento interdisciplinar do trabalho em equipe multiprofissional, os residentes constroem um processo de aprendizagem voltado para o cuidado integral, uma organização de trabalho voltada para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, assim como a abordagem integral das necessidades de saúde da população além do âmbito individual-biológico. Uma estratégia educacional que visa potencializar a capacidade de mudança na formação de profissionais da saúde e no atual modelo de cuidado à saúde das pessoas e das comunidades.

Os estudos demonstram que a formação e o perfil profissional fazem parte de uma melhor integração para atuação em Saúde Coletiva. Na maioria das profissões, os acadêmicos podem e devem fazer suas escolhas para atuação em determinada área ou especialidade conforme seu perfil e sua pretensão. A pesquisa realizada com os residentes em Saúde da Família apresenta essa escolha, os profissionais já optaram por uma área e uma especialidade em que gostariam de atuar.

Essa formação pode modificar as práticas e, de certa forma, a conotação dada coletivamente à supremacia da consulta e da medicação em detrimento de outras ações que podem ser promovidas, como esclarece o relato abaixo.

Então, a gente ainda tem que trabalhar muito a cabeça tanto dos profissionais quanto da comunidade. Porque senão vai ser pedido de consulta todo dia e pedir exame todo dia, querer remédio todo dia. E não vai acabar nunca! Para avaliar, a doença não cura simplesmente com remédio, sabe assim, para chegar a uma melhora e você não dá um antibiótico, você tem que gastar tempo demais para poder convencer a mãe. Aí se você não dá à tarde você a vê com outro profissional. Entendeu? Ela vai lá, não adianta, você explica, explica, sabe “aí se você finge que entende” de tarde vai procurar por outro profissional. Atendimento de manhã com um médico, atendimento à tarde com outro. Então essa integralidade tem que ser passada para a população. Para a população começar a entender que não é só essa carga de atendimento do profissional, eu acho que tem que estender. Acho que tem, porque senão a coisa vai ficar nisso. Nós vamos morrer (risos) e vai continuar desse jeito, acho que tá muito, tanto para os profissionais como para a comunidade. Eu acho que tem que ser um trabalho que envolva todo mundo (M₄).

Entendo que, ao demandar atenção médica, os usuários expressam a percepção que têm do que é ofertado pelos Serviços de Saúde – as consultas e os procedimentos médicos e de enfermagem – herança do modelo hegemônico prevalecente no setor Saúde, a doença que exige ser medicalizada para se obter a cura rápida. Assim, a demanda espontânea – a queixa – é um critério que legitima a entrada do usuário no Serviço e, ao mesmo tempo, assinala para o despreparo dos profissionais e da organização dos Serviços para responder às demandas que se apresentam, pois temos que nos lembrar que a doença ou a queixa não pode nos deixar esquecer o doente. Dessa forma, a integralidade é reconhecida como algo que deve ser compartilhado com a população, estendida, para superar “essa carga de atendimento do profissional”, para não ficar “nisso”.

Daí a proposta de tornar o princípio da integralidade como eixo estruturante das propostas de mudança das práticas. A integralidade, como atributo das boas práticas dos profissionais, envolve o esforço de compreensão do sofrimento (vivido e antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como envolve o esforço de compreensão do significado que novas propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias de prevenção de problemas de saúde adquirem no mesmo contexto. A conduta proposta não deve decorrer automaticamente de protocolos, nem das revisões sistemáticas, nem tampouco da unilateralidade da experiência do profissional. Ela deve emergir do diálogo entre os balizamentos

técnicos e a compreensão dos modos de andar a vida tanto na sua dimensão coletiva como em sua dimensão singular (MATTOS, 2005, p. 44).

Para o autor citado, o exercício dessa contextualização de mudança exige um processo permanente de reflexão sobre as práticas concretas.

A observação realizada mostra que as filas para marcação de consultas caracterizam um evento diário e os profissionais queixavam-se dessa rotina que posterga as demais ações que precisam ser realizadas na ESF. A demanda deve ser considerada uma tradução de necessidades do usuário, que podem ser complexas ou até mesmo inexistentes, porém, elas se misturam à cultura médica explícita nesse contexto.

Hoje mesmo veio uma senhora aqui, para levar medicamentos anti-hipertensivos e para diabetes e tava com uma dorzinha na garganta do lado direito. Eu examinei e não encontrei nada. Ela disse: “Eu não concordo não, mas está doendo e quero que o senhor me dê o antibiótico”. O que eu faço? (Riso) Eu sou o médico e esse tipo de medicamento não é bom para dar. Então tem que fazer uma seleção (M₃).

Sabe assim, o trem está tanto que chega ao consultório e fala assim: “Eu não estou sentindo nada eu vou fazer exame”. A coisa está tanta que a comunidade já está também centralizada, eu falo assim: “Mas exame de quê?” Porque, no caso, o exame é para me ajudar a dar o diagnóstico. E não, “eu vim fazer exame, eu não tenho nada”. E se você falar que não vai dar, briga, xinga no consultório, xinga na portaria, vira uma confusão! Então é até muito difícil (M₄).

A “comunidade já está também centralizada”, pois há nos discursos uma expressa vontade do usuário de ser medicado, de ter o aparato de exames como resposta a uma demanda que pode não ser uma necessidade real, mas há, nas entrelinhas, uma necessidade de atenção, mesmo que os exames sejam auxiliares ao diagnóstico de alguma enfermidade. Pode-se inferir que receitar medicamentos ou solicitar exames demonstra que se está dando atenção aos usuários, como se tais respostas pudessem prevenir futuras doenças que se imagina estar a caminho. Traduz, talvez, a herança de uma saúde medicalizada, pois há uma exigência de remédios e exames como se por si produzissem a solução para as demandas dos usuários que, de acordo com Franco e Merhy (2005, p. 182), é “a produção imaginária da demanda” que resulta na elevada busca por ação médica. Os autores partem do “pressuposto de que ela é socialmente construída e está relacionada ao perfil do Serviço de Saúde e à forma como se processam a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela”. Acrescentam o fato de os usuários “associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo Serviço, como exemplo, atribuindo ao procedimento em si mesmo a satisfação de necessidades. Como se um exame tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas” (p. 183).

Culturas são construções sociais e históricas, portanto, influenciáveis. O homem procura distintas maneiras para interferir na estrutura cultural dos povos por meio da propaganda, da educação, das religiões, da mídia, da literatura, da ciência. Quando a saúde se tornou uma Instituição e organizou-se em aparelhos especializados, também entrou com veemência nesse jogo: a medicina, por exemplo, durante o século XX, chegou a pretender a exclusividade na definição do que seria ou não vida saudável. Por serem atributos humanos, a cultura e as concepções de saúde e doença condicionam o modo de vida dos seres humanos (CAMPOS, 2007). Deveras, nessa realidade, a procura por consulta e pela medicalização representa uma herança cultural cotidianamente vivida pelos profissionais e pelos usuários.

Dessa maneira, reconhece-se que, para o exercício da integralidade, é necessária uma formação profissional diferenciada:

Com certeza a postura minha é muito pela minha visão de homeopatia. Eu acho que isso ajuda muito a integrar, fazer uma medicina desse jeito mesmo sabe, que eu acho que é a mais importante e não a medicina de ônus, que é essa aí: “aí hoje doeu aqui, amanhã vai doer nas costas e noutro dia vai doer...” E cada dia vai estar aqui e quando você vai ver talvez não tenha nada disso doendo, tem é outras coisas por trás (M₄).

Ao pensar sobre a formação do profissional de saúde, é pertinente reportar-nos ao entendimento de que a formação deve extrapolar o domínio técnico-científico da profissão e estender-se a atenção aos aspectos biopsicossociais: “e quando você vai ver talvez não tenha nada disso doendo, tem é outras coisas por trás” (M₄).

Além da necessidade de a formação ser voltada para a abordagem integral, percebo o imperativo da disposição pessoal para se “abrir” ao outro como seu cuidador. Assim, a formação profissional não pode ter como referência apenas a doença, o processo diagnóstico e o tratamento, mas deve possibilitar uma compreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, com vistas a desenvolver ações voltadas para a integralidade do cuidado.

A população adscrita deve participar de outras ações ofertadas além das consultas médicas; para isso, é indispensável a vinculação. A construção de vínculo permite avançarmos na tão almejada “desmedicalização”, ou melhor, torna possível a ampliação da clínica, por meio da educação em saúde, das práticas de vida saudável, do atendimento interdisciplinar, da construção de cuidadores na própria comunidade que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos (CAMPOS, 2007).

As ações voltadas para a integralidade do cuidado ainda se constituem em desafios que emergem da realidade cotidiana e que não estão dissociados da forma como os profissionais foram e são preparados para enfrentá-los pois, para conferir integralidade, equidade e

dignidade ao cuidado e à atenção à saúde, não basta a mudança de modelo, mas também são necessárias uma postura aberta do profissional com capacidade de escuta e a ação conjunta da equipe, numa estruturação da assistência que formule o direito de ser bem tratado e integralmente no Sistema, como afirmam os direitos legais. Os relatos a seguir denotam essa postura aberta do profissional.

Gosto de chegar sempre um pouco mais cedo para organizar o material pra gente estar saindo (para zona rural), e gosto de lidar com os meus pacientes, já falo meus pacientes porque é o modo que eu gosto de tratá-los. Gosto de chegar mais cedo e fazer minhas visitas e procurar atender a população, principalmente aqueles mais necessitados, da melhor boa vontade que eu puder, porque eu acho que se ele está ali numa cama ele precisa da máxima atenção e cuidado da gente. E procuro fazer o melhor, perguntando os médicos, indo atrás da enfermeira, buscando soluções. A gente está até com um paciente acamado, esse identificou mais comigo, porque sábado e domingo eu o assumi mesmo. Tô vendo a necessidade de ter muita ajuda, e todo dia eu peço a uma pessoa e outra pra estar me ajudando pra ver o que eu posso tá fazendo por ele (AE₅).

Se você me perguntar “o que você mais gosta de fazer aqui? Eu adoro lidar com as pessoas. Tratar das pessoas [...] Eu não posso ajudar muito, mas aquele pouquinho que eu sei que dá pra eu ajudar, numa conversa, numa cesta básica que eu posso ajudar, eu gosto de fazer essa parte, sabe não só na equipe de PSF, igual PSF aqui em Datas você viu que é igual “Bombril”, como eu te falei a gente faz de tudo aqui, de tudo um pouco. Mas eu acho que tem que poder ajudar mais, mas até onde eu posso ajudar eu tento ajudar o máximo, sabe? (AE₄)

Na prática do auxiliar de enfermagem, o tempo não foi um fator de limitação na assistência, essa prática extrapola a carga horária estabelecida para atuação na ESF. A atitude de solidariedade e o ato de ajuda contemplam a prática diária desses profissionais. Valores atribuídos à prática e que fazem sentido na vida dos usuários e desses profissionais, porque “a vida é feita de interações e de múltiplos entrecruzamentos. Cada um tendo sua própria validade e sua eficiência. Cada um tendo uma significância específica” (MAFFESOLI, 2007, p. 98 – tradução livre).

Para expressar a diversidade de ações contempladas no cotidiano do Serviço e da comunidade, ações essas que extrapolam o preconizado nas atribuições profissionais no contexto da ESF, o informante faz analogia com o “Bombril”, uma referência ao comercial veiculado pela mídia sobre a esponja de aço que tem mil e uma utilidades. Ao comparar suas ações com a esponja, algo do conhecimento de qualquer brasileiro, expressa a diversidade de suas ações e situações no trabalho do dia a dia, as múltiplas funções que possui nesse cotidiano.

Nas visitas, nós temos que levar o aparelho de pressão, por quê? Geralmente não somos tão bem recebidas quando vamos olhar só o cartão de vacina, então o aparelho de pressão tem que estar sempre com a gente. Aí o quê? Aferir a pressão, eu ajudo no curativo, às vezes, faço sozinha... confiro o cartão de vacina e... Ah,

converso outras coisas que não tem nada a ver (risos). O dia a dia é assim. Tem casa que as meninas vão me contar que tá grávida, outras querem me contar tudo e acha que eu sou médica, que tem que me chamar de madrugada (risos). A minha vida é assim todo dia, de segunda a segunda. Eu tô sempre mexendo com a saúde, nos feriados, por causa dos curativos, não posso ficar parada. Acompanho paciente pra Belo Horizonte, passo uns apertos, mas está bom. Vou a Diamantina levar paciente também. Faço injeção. Só não faço vacina, porque eu não gosto, de jeito nenhum! (ACS₄₁)

Nesse município, para uma efetiva atenção à saúde, as ações são prestadas em domicílio e, segundo vários profissionais ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem, são executadas inclusive em finais de semana, como discutido na categoria anterior. Muitos procedimentos são realizados pelos ACS, que possuem formação de auxiliar ou de técnico de enfermagem – um dos critérios adotados no município para contratação desses profissionais. O objetivo é atender às necessidades, mesmo que as atribuições não sejam inerentes ao cargo de ACS. A população já se habituou a isso e os profissionais já assumiram essa conduta.

Dar mais atenção àqueles que realmente estão precisando da minha ajuda (AE₅).

Esse depoimento contempla a prática da equidade. Esse princípio foi observado em muitos atos e atitudes nesse campo de pesquisa. O princípio da equidade foi abordado por vários informantes quando expuseram sobre sua compreensão da integralidade. A noção que se faz presente na prática, as diferenças foram consideradas nas ações cotidianas. Várias vezes, as necessidades dos usuários foram atendidas fora do âmbito institucional, compartilhadas pelos profissionais fora de seu horário de trabalho e, também, com a busca e a cooperação de pessoas da comunidade.

É uma prática complicada, assim, porque você não faz só atender a parte clínica, você tem que olhar desde a parte da saúde até... Eu falo assim que a gente é médico, psicólogo, padre (risos). Você faz de tudo no consultório, sabe! Então não é só a parte científica e a parte técnica, aqui você tem que dar um suporte. Aí você leva um paciente pro hospital porque a mulher não está cuidando... Agora mesmo, nós estamos com um paciente lá porque ontem ele estava com hipoglicemia porque estava sem comer! Entendeu, não tem quem o olha, aí a gente leva para o hospital para poder cuidar. Então além do suporte científico você está fazendo a parte social. Tem muito isso aqui, sabe? A parte de estar junto com a equipe, eu acho que é boa, assim eu tenho um relacionamento muito bom com a enfermeira, com as agentes, então essa parte é tranquila. A parte em relação à Secretaria, o acesso é fácil, tudo que eu peço na hora eles resolvem, a parte burocrática é fácil pra mim, o que eu acho mais difícil é mexer com a parte social (risos) do PSF, então eu acho que essa parte complica. O resto eu acho que é tranquilo (M₄).

Ao abordar o relacionamento com a equipe, com o gestor e os profissionais de suporte da Secretaria Municipal de Saúde, M₄ refere-se a um convívio tranquilo, com fácil acesso e boa resolutividade na parte burocrática. Contudo considera difícil ao referir-se ao atendimento diário ao usuário considerando os aspectos psicossociais além do físico, pois muitos

problemas se referem às desigualdades sociais ou se referem ao abandono da família e, muitas vezes, são difíceis de serem respondidos no âmbito da ESF.

Na realidade, há uma significativa demanda social nesse cotidiano de trabalho, presenciei algumas ações realizadas para suprir as necessidades sociais dos usuários, inclusive a arrecadação de alimentos pelas ACS e auxiliares de enfermagem para suprir a fome de algumas famílias. Segundo os profissionais, a equipe mínima não consegue responder às diversas demandas sociais por falta de estrutura e de recursos humanos para dar suporte. Na observação, ao acompanhá-los em várias atividades, ouvimos discursos tais como, a “medicina social”, a “assistência social”, o “ato social”, a “parte social”, são termos utilizados para descreverem essa prática que se faz constante no dia-a-dia desses atores (NO).

A intersetorialidade ainda se constitui em uma diretriz pouco vivida nos Serviços. A demanda social reivindica respostas, muitas vezes, abrangentes e que extrapolam o poder de resolução do setor Saúde. Essa é uma verdade afirmada pelas equipes e que sobrecarrega o cotidiano pela incapacidade de resolutividade desses problemas sociais (NO). Na medida em que se trabalha a saúde na perspectiva de se promover a qualidade de vida, considerando o caráter biopsicossocial da natureza humana, uma estratégia de assistência à saúde não limita seu trabalho a intervenções de nível epidemiológico e sanitário. Elementos de caráter pessoal, social e econômico, entre outros, devem ser incluídos no planejamento e na definição das ações. O fazer intersetorial se torna, portanto, o caminho para diminuir ou excluir as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde.

Ao interrogar os informantes desse município sobre como percebem o desenvolvimento da integralidade nas ações da equipe, muitos a caracterizaram como importante, buscada, praticada, difícil, descentralizada, desejada, mas parcialmente alcançada.

Parcial. É... parcialmente, a integralidade, porque assim, por parte de ACS eu acho que não tem nada a desejar, principalmente na zona rural, comunidade pequena geralmente eles conhecem... até o que não precisava saber eles sabem. Então, assim, o agente, ele consegue visualizar o paciente com essa integralidade toda. Agora, em relação a médico, aí a gente já tem dificuldade. Até, às vezes, eu chego, eu abordo o médico, às vezes, eu mando bilhetinho pro médico. Porque no dia que tem atendimento na zona rural, o dia que o médico vai eu não vou, porque as atenções são pro médico. Ninguém vai me querer no dia. Aí, no dia que o médico não vai, eu vou aí as atenções são minhas. [...] E... assim, tem essa dificuldade que o médico... Às vezes, ele não percebe, mesmo a gente mandando bilhetinho, por parte de médico eu acho que deixa um pouco a desejar. Que médico é mais a prescrição médica, é mais remédio, chegou o medicamento! (E₅)

A prática da integralidade foi considerada parcial por E₅ pois, em sua percepção, depende do profissional. Para o enfermeiro o “ACS consegue essa integralidade”, visto que ele conhece a pessoa, a família e a comunidade, ele é um membro da comunidade e está muito

próximo da realidade das pessoas. Em sua percepção, o médico enfoca o tratamento, “é mais a prescrição”, mais uma faceta da persistência do modelo tradicional de assistência à saúde.

Ao citar as visitas aos distritos e a atenção do usuário ao profissional, E₅ exprime que a comunidade além o “olhar na presença do médico”. Para uma assistência ampla e o cuidar integralmente do sujeito não cabe a (des)valorização profissional e sim acredita-se na união dos diversos profissionais para a construção de uma ação.

A integralidade recusa-se a reduzir o paciente ao sistema biológico ou à queixa que supostamente produz o sofrimento, portanto a interdisciplinaridade faz-se necessária para uma abordagem que dê conta de respostas eficazes.

(Integralidade) Muito picada, muito. Com a vinda de E₅, ela está tentando dar uma melhorada nisso. Mas é ainda muito, sabe assim, descentralizada, cada um pega a sua parte e vai fazer a sua parte. Muito assim, eu tenho que fazer o meu serviço, então deixa eu fazer o meu serviço. Quanto à minha parte médica é... tem horas que a Unidade não me dá tempo de ver aquele indivíduo como um todo, porque eu tenho que cumprir metas. Entendeu? Eu não posso ficar uma hora com a paciente porque tem quinze lá fora me esperando. Então pra ter isso aqui, eu comecei assim: “Oh, esse aqui merece que eu pare mais tempo, então eu dedico mais tempo”. Mas vai dedicar menos tempo a outros casos. Então eu só compreendo porque eu conheço mais a população, que eu já sei muito do que está acontecendo, eu sei que esse aqui eu tenho que parar mais, esse aqui eu não tenho, sabe? (M₄)

A integralidade nas ações da equipe é considerada descentralizada, cada um fazendo sua atribuição, mesmo tendo um objetivo comum. O depoimento, também, infere a interpretação de uma diretiva baseada no tempo a ser dedicado ao usuário na consulta médica, mediante sua necessidade e a resposta a ser dada pelo profissional. Atualmente, com a proposta de atendimento integral, a estrutura dos Serviços de Saúde vem sofrendo constantes mudanças no processo de gerir a atenção aos usuários. A atenção, em tempo limítrofe, enfatizada no relato, não define a qualidade da atenção e sim o cumprimento de metas.

Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como princípio que determina as práticas na área da saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades.

Eu não percebo a integralidade. Acho que está muito fragmentado. Cada um fazendo o seu serviço. Eu acho que cada um fazendo da melhor forma, mas eu acho que ainda muito fragmentado. Se tivesse uma união, ou melhor, um planejamento, eu acho que a gente conseguiria atingir mais as nossas metas, chegar aos resultados que a gente quer (CD₄).

Na minha prática, eu vejo assim, a gente tenta trabalhar da melhor forma possível, por exemplo, assim, é... estar integrando meu serviço com o médico, com o outro enfermeiro, com o agente de saúde, nem sempre a gente consegue é... fazer da prática o que a teoria nos pede, que é estar 100% na integralidade, mas, e até porque

meu serviço é muito corrido, nem sei se dá pra gente... [...] Até mesmo com outros Serviços que não são daqui, Serviços secundários, terciários, a gente entra em contato, por exemplo, tem um paciente aqui que precisa ser mandado para Diamantina, a gente sempre reclama tem a referência e não tem a contrarreferência. [...] Então, por exemplo, às vezes a gente faz a parte da gente aqui, integra aqui, mas fica na metade do caminho perdido daqui pra lá. Então, assim, 100% eu acho que em Serviço nenhum existe, mas o que a gente pode fazer, o mínimo que a gente consegue fazer a gente tenta fazer (E₄).

Nesses depoimentos, são apresentadas algumas dificuldades para a construção da integralidade tais como, o cumprimento das metas, a sobrecarga atribuída ao número de atendimentos do enfermeiro e de consultas médicas, a fragmentação nas ações, a falta de planejamento. Os informantes apontam a dificuldade de interação com a equipe de trabalho, um nó para a integralidade nas ações da equipe, além de demonstrar percalço para contemplar a integralidade na rede de assistência devido às falhas do sistema de referência ao encaminhar o usuário para o tratamento fora do domicílio (TFD).

Se, de um lado, essas falas abordam a fragmentação das ações e da atenção na referência para outros Serviços de Saúde e setores, de outro lado, é possível também percebê-la refletida nos espaços de trabalho dos próprios profissionais da ESF. Ainda que esses profissionais tenham um objetivo comum, que é responder às necessidades dos usuários e da comunidade, mas no geral a equipe trabalha com interações pontuais, sem inter-relações entre esses saberes.

Verifica-se a vontade de aproximar a teoria e a prática, mas a realidade demonstra que o trabalho em equipe não está ainda voltado para a unidade do fazer, para ações integradas, interativas e resolutivas, na qual a prática de um profissional se faz presente na do outro, para alcançarem as respostas aos problemas apresentados.

Busca-se, com essa discussão, abalizar a reflexão dos profissionais de saúde, ao distinguir que cada um faça seu papel, mas que conjuntamente construam e consolidem experiências que requerem estratégias de apoio, transcendendo os antagonismos. Só assim será possível promover a expansão das ações integrais em saúde.

Eu particularmente acho muito difícil (a prática da Integralidade), igual eu estou te falando, que é muito difícil porque eu tenho que cumprir metas. Se eu não cumprir metas, eu sou puxada a orelha. Mas acho que devagar dando para você fazer, você não faz com todo mundo, mas faz com um, faz com outro, sabe. Aí a coisa vai tentando chegar, você aprende com o tempo a selecionar, igual eu falei, quem você vai dar mais atenção hoje, esse aqui precisa de mais, esse aqui não, dá pra você poder tratar só do “dedo” mesmo. Então eu acho que isso é com o tempo mesmo (M₄).

A prática da integralidade é considerada muito difícil na rotina médica devido ao cumprimento de metas em uma carga horária geralmente menor que a dos outros

profissionais, já que a dos médicos nesses Serviços não atinge as oito horas preconizadas. Conforme observei, essas metas são delimitadas pelo número mínimo de consultas/dia da oferta organizada e os casos agudos atendidos pela equipe da ESF, além de que as visitas domiciliares têm o caráter da urgência. Isso se deve inclusive ao fato de os contratos serem vinculados a metas e não ao cumprimento de carga horária (NO).

Apesar de ser difícil a prática da integralidade “você aprende com o tempo a selecionar” a quem dar mais atenção ou se trata da demanda específica. Ora dá para você vê-lo como um ser inteiro, ora você responde à queixa. Porém, essa “seleção” não deveria implicar em redução no tempo de atendimento e sim nas respostas às desigualdades, a equidade nas ações. No discurso, há o reconhecimento da necessidade individual trazida pelo usuário e não o reconhecimento de que as pessoas têm suas peculiaridades, diferenças.

Portanto, a equidade postula a diferença. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido segundo suas necessidades que, nessa formulação, são singulares e específicas a cada um. Em cada população, existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo, classe social ou região tem seus problemas específicos, decorrentes das diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Reconhece desse modo, o imperativo de tratar desigualmente os desiguais, com implicações importantes para a questão da demanda (SPINK, 2007).

Em estudo realizado com professores universitários de bioética atuantes no campo das ciências da saúde, com funções de diretores e ex-diretores da Sociedade Brasileira de Bioética e de diretorias regionais, no período de julho de 2007 a julho de 2008, os resultados apontam que: quanto ao princípio da universalidade de acesso dos cidadãos brasileiros a um Sistema Público, as manifestações dos entrevistados se posicionaram majoritariamente em prol de sua manutenção. Todavia, quanto ao princípio da integralidade, as divergências foram manifestas, ensejando a maioria em restringi-lo. Os bioeticistas relatam pluralismo de valores morais e dificuldades em decidir moralmente sobre o que seria um Sistema de Saúde justo. A maior parcela dos entrevistados criticou a manutenção do princípio do atendimento integral das necessidades, por considerá-lo de concretização “difícil”, “impossível”, “ilusório” ou “utópico” (FORTES, 2009).

Segundo Fortes (2009), para a construção do SUS, deve-se estabelecer um real processo deliberativo, integrado pelos diversos atores sociais interessados no Sistema de Saúde, elaborando-se uma base ética mínima de referência para a organização e o funcionamento desse Sistema, possibilitando a manifestação da pluralidade de visões éticas.

Em estudo de avaliação da Atenção Básica em 31 municípios, dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, Camargo Jr *et al* (2008) apresentam, na discussão dos dados, que os indicadores desses municípios, tomados em conjunto, mostram que a proposta fundamental da ESF de reorientação do modelo assistencial está longe de ser alcançada. Ainda é evidente a predominância do trabalho medicocêntrico sem interação expressiva com o restante da equipe de Saúde da Família. De outro lado, percebem-se avanços na construção do vínculo e da integralidade do cuidado, em que há pelo menos movimentos incipientes na maioria dos municípios. A integralidade esteve claramente presente em seis (19,68%) dos municípios. Em 11 (35,48%) foi categorizada como “incipiente”, sendo ausente em 14 (45,16%) municípios. Por fim, a análise mostrou a coerência interna das variáveis categoriais produzidas, ressaltando em particular a presença da integralidade enquanto diretriz política como marcador também de outras variáveis significativas entre as estudadas.

Nesse contexto, também percebo avanços, abaixo relatados e, em alguns momentos, retrocessos na construção da integralidade, como os últimos depoimentos desvendaram.

Na minha equipe de saúde elas são bem desenvolvidas (as ações integrais). Nós, a nossa equipe: agente, auxiliar, enfermeiro, médico procuramos tá fazendo todo esse processo. O Agente buscando em casa, levando pra Unidade Básica de Saúde, para o enfermeiro ou o médico, e sobre a necessidade (do usuário) o médico estar encaminhando (ACS₅₂).

A equipe que eu trabalho com ela eu acho que todo mundo tem o mesmo objetivo. Todo mundo com o mesmo objetivo de estar sempre um ao lado do outro, um tomando opinião com o outro, um procurando da melhor forma ajudar o outro a resolver os problemas surgidos. Porque assim a equipe em si, a equipe minha que eu trabalho com ela é uma equipe boa, que são os profissionais que realmente estão preocupados, com boa vontade de estar ajudando, de tá procurando melhores condições para os pacientes (AE₅).

Esses depoimentos podem levar a uma reflexão que indica caminhos em direção a uma configuração da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, potencializando, assim, cada ação programada e executada. A interdisciplinaridade favorece a prática da integralidade nas ações da equipe. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção à saúde passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, sendo dividida entre os membros da equipe.

A horizontalidade dessa relação dos sujeitos está manifesta no reconhecimento do outro como par e como interlocutor, e na criação de vínculos de reciprocidade e colaboração no trabalho em equipe. A essa relação segue-se a cooperação, na identificação e na assistência a um problema ou a uma necessidade do usuário de forma sistemática, um “colaborando com o outro, um ajudando o outro a resolver os problemas surgidos”.

Segundo Severo e Seminotti (2007, p. 14),

trabalhar em Serviços Públicos em saúde requer um olhar multidimensional, abertura às contradições e rupturas nas lógicas advindas dos conhecimentos e formações disciplinares. É por meio das interligações entre as partes, no trabalho em redes, na visão psicossocial e coletiva que o trabalhador exercita a mudança de seu fazer profissional no trabalho em equipes. Paradoxalmente, aí é que se encontram seus maiores desafios.

Na análise, os dados apresentam convergências nas falas de alguns informantes ao contemplarem pilares na construção da integralidade e, nas falas de outros, uma insatisfação presente no cotidiano desses profissionais de saúde em relação à atenção prestada aos usuários e às famílias, pois há a percepção de que, muitas vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, ou seja, a resposta que se dá aos problemas nem sempre é integral e equânime.

Foram narrados alguns fatos como a elevada demanda e o arquétipo biomédico da assistência, mas com uma enfatizada mudança no atendimento ao usuário, pois hoje ele é mais exigente e divulga-se muito a medicina preventiva na ESF. A atitude de solidariedade e o ato da ajuda contemplam momentos da prática de alguns informantes, como forma de descrever as necessidades expressas pelos usuários e o exercício da equidade em saúde. A demanda social se faz constante na prática desses atores sociais e foi considerada difícil de ser respondida no âmbito da ESF.

Foi importante perceber que o princípio da integralidade está inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde, como os dados apresentam. Assim, partindo de um contexto complexo com o qual esses profissionais estão em constante interação, é possível que, na prática, se evolua para uma rotina de ações transformadoras e integralizadas, frutos de uma ajuda mútua.

7.2 A ESF promove a Integralidade – Diamantina-MG

Diamantina caracteriza-se como um município que trabalha há mais de uma década com equipes de Saúde da Família porém sem alcançar 100% de cobertura populacional. Os profissionais que participaram da pesquisa, em sua maioria, atuam na atenção primária há mais de dez anos.

A atuação das equipes ocorre em vários cenários: nas Unidades Básicas de Saúde; nas residências; na comunidade. Por ser um trabalho já consolidado, o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população é muito forte e há parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor Saúde, com efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos - famílias - comunidade.

Ao narrarem suas práticas, os informantes qualificaram suas ações cotidianas com experiências que revelaram os fatos, os atos, as atitudes que se aproximaram ou se distanciaram da atenção integral.

Uai, eu procuro levar o dia com muita calma, muita fé em Deus pra que tudo dê certo e com muita franqueza, com muito respeito aos clientes. E procurando demonstrar a eles a minha amizade, a minha compreensão e a possibilidade de ajudá-los naquilo que eles desejam encontrar como apoio, nos casos das suas doenças, nos casos dos seus problemas. De modo que até hoje eu tenho me dado muito bem com a população. Graças a Deus, até hoje não houve nenhum desentendimento com nenhum deles, de modo que a gente tem levado essa atividade aqui como médico do PSF, aproximadamente há 10 anos. Acho que o primeiro médico do PSF aqui em Diamantina fui eu (M₃).

Os valores citados por M₃ no tratamento/relacionamento com o usuário demonstram um cotidiano diferenciado na saúde após a atual política. Falo aqui da convivência na ESF implementada há mais de uma década nesse município e essa convivência, segundo o profissional, é apreciada pela franqueza, o respeito, a amizade, a compreensão, valores que contemplam a abordagem ao sujeito, para que o mesmo se sinta apoiado em suas doenças ou seus problemas. Pode-se inferir que, no caminho construído por ele, a técnica profissional não se sobrepôs ao humano pois, em seu relato, está presente a importância do “outro” no atendimento/relacionamento, aliando valores que constituem “práticas da vida comum. Vividas mais que pensadas. E, em todos os casos, pouco reconhecidas pelas instituições societárias” (MAFFESOLI, 2010, p. 69 – tradução livre).

A rotina diária em pauta...

Bom, em geral tem o trabalho aqui dentro da Unidade, tem um dia na semana que o agente de saúde fica aqui dentro para recepcionar as pessoas e desenvolver a antropometria. É aquilo que o paciente chega, a gente fica para atender a necessidade do paciente, aquilo que não é cabível a nós resolvermos, ou o que não está em nossas mãos resolver a gente encaminha ou procura a enfermeira ou o médico pra tá resolvendo. A gente faz as visitas domiciliares, faz o controle de vacinas de adultos, idosos e também das crianças, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no geral, e tem a caminhada que a gente participa com o pessoal. É mais o trabalho na prevenção da saúde mesmo, as orientações, é busca ativa quando é necessário. A família que é mais complicada, que é mais difícil, que a gente não dá conta de trabalhar sozinha, a gente busca ajuda, se a equipe não dá conta de resolver a gente busca a Secretaria de Saúde,

procura outros meios da gente está desenvolvendo. Mas é o acompanhamento da família de um modo geral, na saúde física, na saúde psicológica, na saúde social, no geral é isso. É o acompanhamento da família, a gente faz parte da família mesmo, passa a fazer parte, tá ali dentro na alegria, na tristeza, a gente sente junto (ACS₂₁).

Essa é a prática cotidiana descrita nesse cenário: a assistência às famílias; a aproximação do ACS que relata o compartilhar de sentimentos em sua vivência com essas famílias; a atenção, portanto, se dá em todas as dimensões, se concretiza nessa aproximação e se prolonga no acompanhamento, para conseguir ajudá-las a “andar a vida”.

O meu dia a dia aqui é trabalhando educação em saúde e, na assistência, é com consulta de enfermagem, visitas domiciliares, atividades de grupo, orientações e dando, tentando falar ou ajudar que a comunidade tenha uma qualidade de vida melhor. Eu acho que essa é a função primeira da atividade da gente aqui. Diariamente a gente faz atividades físicas com os grupos, faz atividades de orientações, grupos de saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso. Então essas são as minhas atividades (E₂).

A prática é feita através de orientação, grupos de orientações, é aplicação de vacinas, curativos na Unidade e no domicílio também, têm muitos pacientes acamados que não conseguem se locomover, então a gente vai até a casa para poder fazer o curativo. É a aplicação de injeção, de insulina, porque a gente tem vários pacientes que usam a insulina então é preciso fazer nas casas. Realização de teste do pezinho, aferição de pressão, grupos de caminhada (AE₂).

A prática nossa é... assim, hum! O fundamental são as visitas domiciliares, mas a gente também auxilia no serviço administrativo, porque a gente não tem uma pessoa pra ficar o tempo todo no posto, então a gente divide, como nós agora somos cinco agentes, cada dia da semana uma fica na mesa pra atender os pacientes que chegam, pra fazer o acolhimento. E nesse dia a gente faz todo o serviço administrativo mesmo: tirar as fichas pro médico; pra enfermeira; fazer o peso das crianças pra mandar pra enfermeira; conferir o cartão, olhar se tem as vacinas, se está em dia; se não a gente encaminha para a auxiliar de enfermagem; esse tipo de coisa. E as visitas domiciliares, todos os dias a gente tá fazendo, como você fez com a gente, pra verificar se está tudo bem na casa. Se eles estão precisando de consulta médica, ou mesmo uma visita médica ou da enfermeira. Sempre no final da visita a gente pega a assinatura da família que acompanhou (ACS₃₂).

A rotina é marcada por ações diárias, que vão da simples técnica à prevenção e promoção da saúde, que caracterizam a proposta de trabalho na ESF – as visitas domiciliares, os procedimentos básicos de enfermagem, as consultas, o atendimento individual e coletivo, a educação em saúde em busca de uma melhor qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações no domicílio põe em cena os modos como cada sujeito e seus familiares lidam com questões inerentes à saúde, à subsistência, aos aspectos religiosos, culturais, políticos, afetivos e outros da subjetividade, que implicam em desafios para os profissionais, mas que os auxiliam para o agenciamento da integralidade em suas práticas.

Em relação às atividades de educação em saúde, os “grupos de orientação” observados em campo, de maneira geral, além do caráter educativo e de acompanhamento dos pacientes, são espaços de apoio e compartilhamento de vivências comuns, permitindo mudanças também

nas esferas sociais e psicológicas do indivíduo. A abordagem em grupo promove um espaço de incentivo a uma vida de qualidade, discutindo com o usuário acerca de hábitos mais saudáveis de vida e possibilitando uma vivência compartilhada de sua doença no grupo de apoio. Vivências compartilhadas que permitem às pessoas ver sob um novo dia

uma vida cotidiana na qual o *bem-estar* não é nada em vista ao *melhor-estar*. Vida corrente na qual no ritmo dos trabalhos e dos dias, o qualificativo reencontra um lugar primordial. Qualidade de vida. Uma expressão um pouco chave-mestra mais definindo bem o espírito do tempo (MAFFESOLI, 2010, p. 17 – tradução livre).

Os grupos educativos acima mencionados e as orientações individuais conferem a aproximação e a interação das pessoas com os profissionais do Serviço, um trabalho que amplia a clínica.

O trabalho, eu falo que, muitas vezes, a própria população confia mais na enfermagem, nos agentes de saúde porque tem tempo de escutá-los e ao mesmo tempo de trocar ideias e também de incentivá-los a realizar ações que vão melhorar a qualidade de vida deles. Então a educação em saúde seria basicamente isso: a gente já viu uma melhora muito grande, uma redução muito grande dos casos de desnutrição, redução da mortalidade infantil. [...] E a gente acredita que isso é muito pela questão da educação, da higiene, dos cuidados com a criança, da alimentação, de orientação com a alimentação. Os jovens, a gente está conversando sobre acidentes, acidentes automobilísticos. A gente, às vezes, trabalha, discute alguma coisa sobre os cuidados com o uso de drogas, a gente tá trabalhando isso com a família desde agora, os riscos das crianças estarem se envolvendo com drogas. Então acaba que eles veem que a gente tem o interesse de que tenham uma qualidade de vida melhor. A gente trabalha muito essa questão de “o que vai ser desse jovem, dessa criança amanhã. O que está sendo oferecido hoje para esse jovem pra ele trazer de retorno amanhã?” (E₂)

Nessa afirmativa do enfermeiro sobre a educação em saúde, o que nela se apresenta é o articular de ações que respondam às necessidades da comunidade, com enfoque na redução das vulnerabilidades e dos transtornos que comprometem sua condição de saúde. Reafirmando que cada lugar tem suas características e sua cultura, as práticas em saúde devem considerar os diferentes contextos em que são realizadas, respeitando o saber popular e o formal e a construção compartilhada de propostas que façam sentido para os sujeitos que ali vivem. E, desse modo, estabelecer as ações de educação em saúde como estratégias para melhorias dos indicadores de saúde dessa realidade.

Resultados de vários estudos que abordam a ESF apontam-na como positiva na avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, em relação à oferta de ações de saúde, ao acesso e uso de serviços, à redução da mortalidade infantil, à redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e à melhoria de indicadores socioeconômicos da população. O relatório anual da OMS de 2008, *Primary Health Care, now more than ever*, reforça a APS como uma ideia-força após trinta anos de Alma-Ata, e elogia a experiência brasileira. Este é o caminho certo, pois a APS é capaz de conduzir a sociedade na definição das necessidades e dos direitos, incorporando o conceito de empoderamento e de capital social. Falhas e

problemas existem e é preciso reconhecê-los, buscando aprimorar mecanismos que assegurem a importância social da ESF (TEMPORÃO, 2009).

Com efeito, ao afirmar que, “a população confia mais na enfermagem, nos ACS porque tem tempo de escutá-la e ao mesmo tempo de trocar ideias e também de incentivá-la a realizar ações que vão melhorar a qualidade de vida”, reitera a força da tecnologia das relações – a tecnologia leve em saúde expressa tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos Serviços de Saúde. Constata-se, portanto, nos relatos das atividades cotidianas dos informantes, a prática das tecnologias classificadas por Merhy (2005), como a dura – a dos recursos materiais, leve-dura – dos saberes, das teorias, e leve – das relações, como acolhimento, escuta, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho.

Dessa forma, no cotidiano do trabalho, a educação em saúde executa papel importante com vistas ao empoderamento dos sujeitos.

O trabalho de educação em saúde dentro do Serviço, antes de fazer os atendimentos a gente faz uma prévia de determinados assuntos, o que está mais em pauta naquela época, por exemplo, agora são as viroses respiratórias, todos os cuidados que devem estar sendo utilizados para as dificuldades respiratórias. E sempre trabalhando para evitar uso excessivo de medicamentos e tudo mais, mais as questões paliativas e isso tem levado o pessoal realmente a cumprir, a seguir as orientações. Na questão da educação, acho que antes a população não tinha esse conhecimento, quando eles iam para uma consulta, quando eles iam para um atendimento era simplesmente examinar e falar com ele “tem que tomar isso e aquilo”. Mas não explicava porque que estava com aquele problema, não explicava porque surgiu e o que pode ser feito para poder tá amenizando aquele problema de saúde, aquele problema momentâneo sem uso de medicamentos e tudo mais (E₂).

Não é possível alcançar bons resultados na educação em saúde por meio de programas que pretendem apenas conscientizar, educar, despertar, sensibilizar a população ou identificar carências. É preciso valorizar os sujeitos naquilo que têm de melhor, sua história, seu tempo – sua capacidade de criação. O que motiva as pessoas não é apenas sua carência, mas principalmente o que se tem disponível: desejos, sonhos, projetos (MELO *et al*, 2009). A motivação nessa comunidade de usuários e profissionais está no uso das tecnologias das relações que também fazem parte da vida comum.

Então eu acredito que a educação em saúde, o estímulo, a confiança do profissional com a população é muito grande, na ESF. Eu acho que é muito grande isso, então há uma mudança de hábitos, uma mudança de ações, um crescimento, um conhecimento maior para a comunidade. Eles mesmos vão passando para outras pessoas também aquela informação (E₂).

Portanto, a mobilização social se dá, nessa realidade, num processo dinâmico e permanente de envolvimento, de construção na mudança de valores, de atitudes, de

engajamento de pessoas e grupos sociais em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, a cotidianidade na ESF apresenta um trabalho de prevenção e promoção, na busca de expectativa por novos dias com mais qualidade de vida para a população adscrita.

A mudança de hábitos e práticas sanitárias configura a autonomia dos sujeitos para guiar sua vida. O destaque deve ser dado à necessidade de cada pessoa obter graus crescentes de autonomia na vida. O significado disso relaciona-se com a oferta de informação e educação em saúde, mas não se faz exclusivamente por esse caminho. A autonomia implica a possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida pelos sujeitos e essa ressignificação assume importância em seu modo de viver. Isso inclui a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível e relações mais simétricas entre usuários e trabalhadores de saúde (COSTA, 2004).

A educação em saúde e as demais atividades na realidade da ESF apontam para novos caminhos, outras possibilidades na atenção à saúde da população, conferindo, também, uma evolução no processo de trabalho da equipe.

Eu trabalho no PSF há doze anos e... pela minha experiência, cada dia mais está evoluindo o nosso trabalho. No momento, eu sou responsável técnica da Unidade de Saúde, trabalho na coordenação da equipe, tenho o meu trabalho individual e o meu trabalho coletivo. No trabalho individual eu presto atenção à criança na puericultura, eu faço atendimento, consultas de enfermagem, não só na puericultura, mas com os grupos de hipertensos, diabéticos, faço o grupo de prevenção do câncer de colo uterino, trabalho também com imunização, aleitamento materno, que mais? É... gestantes que é um trabalho muito bom que a gente está fazendo aqui, puérperas e crianças de baixo peso. Então, são os grupos que eu trabalho de forma coletiva, e também de forma individual, através de consultas, em alguns casos até visita domiciliar (E₁).

O trabalho do enfermeiro na ESF é permeado por diversas ações assistenciais, mas também pela coordenação da equipe e pela responsabilidade técnica, como outros estudos já apontaram (BENITO *et al*, 2005; XIMENES NETO & SAMPAIO, 2007; ROCHA *et al*, 2009). A gerência é uma das atividades que fazem parte da rotina do enfermeiro. Em estudo que objetivou elaborar o perfil sócio-demográfico e educacional dos gerentes de território da ESF em Sobral-Ceará, os autores identificaram que 100% dos gerentes são enfermeiros, 71,4% possuem Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 57,1% apresentam necessidade de qualificação em gestão em saúde e gestão de pessoas (XIMENES NETO & SAMPAIO, 2007).

Foi assinalado pelo enfermeiro que, ao longo dos anos, houve uma evolução no trabalho realizado na Saúde da Família. Corrobora com essa afirmação, o estudo realizado em cinco municípios da Bahia que consistiu em uma avaliação de satisfação dos usuários da ESF,

que assinala uma mudança na atenção à saúde e, também, constatou um elevado grau de satisfação de usuários com o maior acesso aos cuidados médicos, com a melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença (situação de risco e proteção, cuidados básicos), e tendo a visita domiciliar como elemento-chave da prevenção e do acompanhamento. A população reconhece que há um trabalho diferenciado por parte da equipe de Saúde da Família, e a imagem do médico que visita as pessoas em suas residências realizando um trabalho preventivo aparece como paradigmática dessa mudança (TRAD *et al*, 2002).

Nesse cenário, a mudança na prática médica é contextualizada no relato abaixo:

Bom, eu como médica da equipe eu participo da organização da equipe junto com a enfermeira, ela não fica sozinha, a gente está sempre discutindo nas questões dos horários, marcação de consultas, dos grupos, eu participo de todos os grupos: hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, gestantes. Tem as consultas ambulatoriais, as consultas eletivas, a consulta domiciliar, a gente faz as visitas para todas as pessoas que precisam realmente das visitas, os grupos de orientação e as reuniões de equipe. Então, assim, eu conheço toda a rotina da equipe de PSF, se caso a enfermeira por algum motivo se ausente ou por férias, ou por atestado, a equipe não fica solta, aí no caso eu assumo no lugar dela. Mas, eu só assumo quando ela não está, quando ela está ela assume (risos). Eu só acompanho como assistente. As consultas eletivas são no período da manhã, à tarde tem o acolhimento que eu faço junto com a enfermeira, a gente marca todas as consultas, aí não tem fila mais. Tem as consultas de retorno, resultados de exames, as consultas de urgência, urgência não tem hora pra chegar e no momento que chega a gente atende. Participo dos grupos, eu acho que é isso (**M₁**).

A rotina mostra as atividades médicas fora do consultório: a visita domiciliar faz parte de sua agenda; sua participação na organização do processo de trabalho da equipe, fato presenciado como observadora em duas reuniões; assumir a coordenação da equipe na ausência do enfermeiro. Delineia sua participação em ações educativas. Ao presenciar os grupos, observei que, após a discussão com os participantes do grupo, o atendimento individual foi realizado pelo médico ou pelo enfermeiro, quando necessário (NO).

A prática cotidiana é atendimento ambulatorial e visitas domiciliares. O ambulatório é feito como todos os ambulatórios, sendo que eu acho que as visitas domiciliares, a busca da doença seria mais interessante a progressão do que propriamente o tratamento, o tratamento ficaria a cargo de outros setores, de outros postos de saúde, de outros atendimentos básicos (**M₂**).

A ESF não se limita às ações de busca ativa e prevenção à saúde; o tratamento, a cura e a promoção da saúde fazem parte de sua agenda. Outros setores e instituições podem e devem contribuir para a atenção à saúde, não eximindo os profissionais da Saúde da Família de atender aos casos agudos e crônicos. Dessa forma, as práticas de integralidade se dirigem à produção de saúde e não apenas à prevenção ou ao tratamento.

Entretanto, ao mesmo tempo em que a prática da integralidade nas ações da equipe em Diamantina suscitou várias discussões quando os informantes foram questionados sobre esse tema, gerou inquietações, implicou também considerá-la como uma prática instituída empiricamente.

É eu não sei como é essa integralidade. Mas não tem muita integralidade, você fala integralidade no conjunto de enfermagem? Mas essa equipe toda, só temos eu e a enfermeira! Conseguimos, entre nós conseguimos, nós não temos uma integralidade completa, nós não temos uma equipe completa, mas com o atendimento da equipe, com a enfermeira as agentes de saúde, com as auxiliares de enfermagem a integralização é normal, é perfeita. Sobre a integralidade de um modo conjunto, essa como nós dizemos dentro do PSF nós não temos. Para um melhor atendimento, seria necessário primeiro dependências adequadas, porque aqui é muito inadequado. Seriam necessários instrumentos para que se pudesse fazer exames e abertura para exames complementares para que eu pudesse acompanhar o doente, porque a gente fica restrito a seis, a oito, a vinte exames para atender trezentas, quatrocentas pessoas. Então, a maioria não é atendida sob o ponto de vista de exames complementares naquilo que pode nos ajudar nos diagnósticos das doenças (M₂).

Eu acho que está sendo mais ou menos, eu não acho muita integração de todos os profissionais, não. Porque, às vezes, a gente tenta fazer a parte da gente, integrar com a comunidade mas, por outro lado, já falta uma comunicação junto com os outros (profissionais), com as outras Unidades de Saúde. Porque, às vezes, a gente tenta conseguir uma coisa para uma pessoa que não está no alcance da gente, tipo assim, uma consulta especializada, então pra gente é muito difícil conseguir isso, porque a gente tenta, liga pra poder conseguir, mas as vagas são poucas. Então, acaba não integrando bem, porque a gente fica mal visto com a comunidade aqui (AE₂).

A falta de integração entre os profissionais da equipe e com outros Serviços foi apontada como uma restrição para o desenvolvimento da integralidade nas ações. A falta de recursos físicos e materiais adequados para o trabalho da equipe e, também, a escassez de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico foi evidenciada como perdas para a atenção integral. Ao demandar referência do usuário para outros níveis de atenção o relato indica que o acesso é difícil e interrompe o desenvolvimento da integralidade na rede de atenção à saúde.

É importante destacar a proficuidade da teorização sobre o processo de trabalho em saúde para analisar a realidade cotidiana da ESF. Alguns atores sociais das equipes inseridas neste estudo apontam para a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho, cada profissional presta parte da assistência de saúde separado dos demais e, muitas vezes, duplicando esforços, apesar de se ter uma visão integrativa do ser humano a ser cuidado. Na prática, a atuação da equipe, muitas vezes, não processa a interação, a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade e sim um agrupamento de profissionais de diferentes disciplinas para a atenção à saúde (LOCH-NECKEL, 2009; SPAGNUOLO, 2005; PEDUZZI, 2001).

Desde 1994, a ESF vem rapidamente expandindo a cobertura em saúde da população brasileira e conseqüentemente sua força de trabalho. Assim, demanda atenção,

responsabilização e contribuições de várias naturezas, de atores e instituições para que o trabalho em equipe possa ser constituído nessa Estratégia.

(Integralidade) Limitada. Muito limitada, na nossa equipe até onde a gente pode ir a gente consegue tá cumprindo, eu acredito que a necessidade do paciente ou do indivíduo da área. Mas, quando a gente precisa de níveis, outros níveis, eu acho que é meio complicado. Você não consegue, muitas vezes, encaminhar o paciente pra uma assistência mais completa dentro da especialidade, então nesse sentido eu acho que complica. Mas, dentro daquela função da gente, dentro de ações básicas de saúde a gente consegue tá cumprindo. Mas eu acho que, quando sai da nossa ação básica de saúde, já é mais complicado (**E₂**).

Enquanto as ações se limitam à produção da equipe ESF, a integralidade é vista como um princípio cumprido, mas quando há dependência da atenção ao usuário em outros níveis, o depoimento ratifica o relatado anteriormente.

Uai, como eu vejo essa integralidade... Eu vejo com otimismo. Eu acho que tem altos e baixos, mas, mais altos do que baixos, sabe? Eu acho que a equipe toda está integrada também, procurando exercer suas atividades. Tanto é que todos se entendem, todos convivem e trabalham com maior entusiasmo dentro da equipe (**M₃**).

Da mesma forma que **E₂**, o médico vê positividade no exercício da integralidade no cotidiano da equipe, “mais altos do que baixos”, e ainda considera que a equipe é integrada nas ações desenvolvidas.

É eu percebo a prática da integralidade nas ações da equipe quando um paciente, por exemplo, um paciente, ele não é um paciente da Dr^a M₁, ele é um paciente nosso, você entendeu? Então isso é integralidade, e o que ela sabe do paciente eu também sei e os agentes comunitários também sabem. Então a gente tenta resolver o problema juntas. Então isso é uma forma que eu vejo a integralidade. E quando eu falei da integralidade no sentido da pessoa como um todo, na questão social aqui eu vejo muito, porque, não sei se é porque eu trabalho há onze anos, e a Dr^a M₁ há cinco, a gente conhece mesmo! Um paciente, por exemplo, numa forma de trabalhá-lo como um todo: chega um paciente aqui, é... com um problema no qual a medicação seria um pouco mais cara, a gente já tem um estoque aqui... É porque a gente já sabe o paciente que precisa realmente financeiramente, então, a gente distribui essa medicação que é nossa – que a Dr^a M₁ consegue no consultório particular – pra esse paciente que a vida dele é precária. Mas se eu não tivesse noção dessa realidade dele lá, talvez não estaria, não teria sido beneficiado (**E₁**).

Igualmente a enfermeira de outra equipe vê essa positividade no exercício da integralidade, justificando que esse princípio é conjunturado quando o “paciente é nosso, da equipe”, afirmando o trabalho conjunto na atenção ao usuário e a sua família. A ESF promove a prática integral por aproximar a equipe da realidade das famílias.

Eu acho que é meio empírico, nós não temos nada anotado sobre integralidade, aquela coisa, mas no dia a dia você dá pra observar isso, que existe integralidade sim. É lógico que eu acho que com o PDR, eu acho que isso vai se organizar, porque nós trabalhamos PSF muito desorganizado, que na hora de mostrar no papel, muitas vezes a gente não tem, a gente tem é o conhecimento e uma realidade de vida que a

gente tem. Mas na hora de organizar, a gente não tem isso organizado, então o PDR vai nos dar essa capacidade de tá organizando aquilo que a gente faz. Eu acho que vai vir pra ajudar a gente nisso (E₁).

A afirmação de uma atenção voltada para a integralidade do ser e das ações na equipe é feita por E₁, confirmando sua existência como uma prática empírica, conhecida e vivida pela equipe no trabalho de todos os dias. O enfermeiro se refere ao PDR como um plano que vai ajudar a organizar as ações integrais à saúde. O PDR – Plano Diretor de Regionalização – é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. É elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

A realidade vivida descrita pelos discursos mostra limites da integralidade nas ações da equipe, além de um estrangulamento da atenção secundária que atropela o desenvolvimento das ações segundo as necessidades apresentadas pelos usuários. O desafio se afiança em ampliar as fronteiras de atuação para além da atenção primária e para o exterior do setor Saúde, visando uma maior resolubilidade da atenção, no qual a ESF é compreendida como a estratégia principal para a mudança desse modelo de atenção, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do Sistema de Saúde.

Considero, com base nos depoimentos acima, entretanto, a ocorrência de um avanço relevante da atenção à saúde na ESF, a qual não se resume mais às técnicas e procedimentos assistenciais que a constituem, mas está voltada para a magnitude da atenção aos sujeitos, considerando seus valores, seus significados de vida e suas perspectivas diferenciadas.

O avanço também se manifesta nas práticas que ainda são consideradas em muitas realidades não institucionalizadas, mas que se fazem presentes na construção da integralidade nas equipes Saúde da Família de Diamantina.

É, o grupo de caminhada a gente na realidade começou com uns quatro ou seis, nem sei se sou capaz de lembrar, há dez anos, com pacientes portadores de diabetes. E esse grupo foi crescendo e nós tivemos uma época que tivemos 240 ou 250 pessoas, nesse meio tempo a equipe foi dividida, mas continua trabalhando de forma integral a equipe daqui com a outra equipe. E a gente faz educação em saúde, fala sobre diabetes, fala sobre hipertensão, fala sobre as epidemias, sobre os cuidados com o pé diabético, todos os cuidados que tem que ter para ter uma qualidade de vida melhor, a dieta, a questão alimentar no geral, a hidratação, os cuidados com o fumo, com o álcool, um trabalho de educação no geral. E fazemos atividades regulares na segunda, quarta e sexta-feira, sendo que segunda e sexta-feira é caminhada, o pessoal vai cantando, vai dançando, às vezes, tocando tambor, brincando. E nas quartas-feiras é atividade física que normalmente é nas quadras, no período de férias

é na frente da Unidade de Saúde, e normalmente reúnem as duas equipes. E com isso a gente participa de todas as atividades em datas comemorativas do calendário nacional: dia das mães, carnaval, dia dos pais, quadrilha, 7 de setembro, dia das crianças e sempre fazendo alguma atividade social. Dia da criança, dia do idoso, a gente arrecada alimentos e tudo mais, leva para a creche, leva para a APAE, leva para o Asilo Pão de Santo Antônio, época de Natal fazemos cestas básicas e ajudamos aquela população mais carente. Então é um grupo muito unido e que está disposto a trabalhar em todos os eventos e em todas as ações [...] Na questão dos idosos, o fato deles estarem hipertensos, diabéticos, mas estarem saindo de dentro de casa, sofrendo menos as agressões domiciliares, estarem participando dos grupos, da convivência com outras pessoas, sorrir, brincar, fazer atividades físicas, as atividades nas datas comemorativas, a gente acredita que isso também melhora muito o lado psicológico do paciente e ao melhorar o lado psicológico, melhora também o físico. Então a gente acredita que isso é um fator importante (E₂).

O grupo de caminhada na verdade se tornou um grupo de convivência, fato também identificado na pesquisa de mestrado que realizei em 2004, nesse município e em mais dois cenários diferentes dos inseridos nesta pesquisa (VIEGAS, 2005). O que ratifica essa convivência é sua constância, os integrantes antigos permanecem e muitos novos foram inseridos. Porém, as atividades foram ampliadas para interagir com usuários de outras equipes e também de equipes de outros municípios da região. A interação se dá em viagens para visitas aos municípios vizinhos ou para passeios em pontos turísticos da região. Há relatos de viagens que levaram os usuários e as equipes de quatro municípios para o mesmo local com desenvolvimento de várias atividades que transformaram a vida dos participantes, tanto dos profissionais como dos usuários, pois criaram fortes laços identificados com mútua satisfação. Esse grupo tornou-se referência desse município quando querem denominar as atividades que caracterizam a mudança de postura na atenção à saúde.

Então a questão do grupo de caminhada não é só tratar da doença, não é só tratar das epidemias, não é só tratar do diabetes; é também um convívio social muito grande, não só do grupo, mas também um trabalho junto com a comunidade. Mas o objetivo é a gente estar estimulando a todos os hipertensos e diabéticos, e o mais interessante é que o grupo seria para diabéticos, hipertensos e idosos, hoje já tem jovens, tem crianças e todos participando. Então é bom porque eu falo que é a força do PSF, é o que segura a gente voltar cada dia, eu acho que é esse grupo de caminhada. E tem um amigo da gente que fala que este grupo é a “fábrica da alegria”, que a caminhada deveria chamar “fábrica da alegria”, porque a felicidade deles quando eles estão numa quadrilha, quando eles estão participando de uma atividade é... irradia para todo mundo, é uma coisa muito agradável! (E₂)

É gratificante, a verdade é essa. Nós começamos a caminhada, logo quando montou, com seis pessoas. Aí o grupo foi crescendo, a gente começou a desenvolver as atividades de carnaval, dia das mães, dia dos pais, quadrilha, o dia dos pais você perdeu... Então assim, 7 de setembro já vem aí, se você estiver aí, com certeza deve ter. Então assim, traz vida! Traz. Você entendeu? Teve pessoas, relato de pessoas que chegou e falou pra gente que nunca tinha pulado carnaval na vida. Então tira de casa, entendeu? Traz motivação, traz alegria, tira daquela mesmice. Então assim, eu acho que é muito bom! (ACS₂₁)

O convívio social identifica as ações nesse grupo de caminhada e o nomeia como a “fábrica da alegria”. Esse é o memorial de um trabalho que extrapolou a institucionalização de atividades desenvolvidas ao longo da história da Saúde, portanto, nessa realidade, é uma ação já institucionalizada por ser re-conhecida como um instrumento para novas ações. O enfermeiro enfatiza que o grupo de caminhada “é o que segura a gente voltar a cada dia” apesar de dificuldades rotineiramente enfrentadas no trabalho.

A noção de cidadania e a participação comunitária no escopo dessas atividades realizadas por esses grupos estão explícitas nesses depoimentos. De acordo com Bodstein (2005), a literatura atual acerca da avaliação em promoção da saúde, a efetividade das iniciativas de melhoria da saúde e da qualidade de vida implicam um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária. Esse envolvimento seria mais efetivo na medida em que considerasse o processo de (re)construção de identidades culturais, o fortalecimento da cidadania e das redes sociais locais.

Ao mesmo tempo que descrevo essas ações que facilitam a contemplação da integralidade do ser, não posso me esquivar de apresentar as dificuldades relatadas por alguns informantes para concretizar esse princípio.

Na questão da integralidade, eu acho que no referente aos idosos, por exemplo, sabe eu acho que apesar de ter o estatuto do idoso, o idoso é ainda muito massacrado, a verdade é essa. Sabe, eu tive uma perda de uma paciente na minha área há pouco tempo, assim claro que ela descansou porque o estado era a revelia, mas é deprimente! A gente precisa de apoio, sabe? (Se emociona e chora). Desculpe gente (ACS₂₁).

A falta de apoio traz empecilho para a prática da integralidade. Esse *apoio* é fato balizado na vida cotidiana do ACS, pois ele busca e traz para a equipe muitos problemas para serem solucionados e, várias vezes, ele se queixou da falta de “ajuda”, do “apoio” (NO).

O termo *apoio* procura capturar o significado de interação, um reconhecimento da diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que busca estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais. Quem apoia sustenta e empurra o outro, sendo em decorrência, também, sustentado e empurrado pela equipe (CAMPOS, 2007).

Além da necessidade de apoio já enfatizada, as solicitações frequentes de recursos materiais não atendidas são relatadas por um médico.

Olha, a única coisa que nos deixa um pouco, é..., não é desanimado, mas um pouco, como diria assim, insatisfeito, não é? São as solicitações frequentes que a gente faz aos órgãos gestores e que não são atendidas, sobretudo com referência ao material pra atendimento dentro do Posto de Saúde. Inúmeras relações de coisas que se precisa aqui dentro, a partir do mais simples até o mais complexo. O PSF podia se transformar numa unidade de atendimento até de pequenas cirurgias, tá entendendo?

Coisas dessa natureza. Mas a gente não tem gaze, a gente não tem campos esterilizados, a gente não tem anestésico, não tem lâmina de bisturi, a gente não tem uma pinça adequada... Então frequentemente aparece um abscesso, aparece uma unha que está traumatizada que precisa ser extraída. Coisinhas simples e que a gente não pode fazer. Isso deixa a gente insatisfeito, viu? (Riso). A única coisa que deixa a gente assim, não é pessimista, mas insatisfeito. A gente gostaria que os órgãos gestores tivessem mais disponibilidade para essa parte de assistência à saúde, à doença do bairro. Essa é a única queixa, a única observação negativa que eu faço do PSF, do Posto aqui do PSF (M₃).

A porta da Unidade Básica de Saúde (UBS) está diariamente aberta para promover o acesso por meio de atendimento de uma equipe multiprofissional. Essa universalização do acesso é um avanço que foi verbalizado em outras categorias deste trabalho, portanto, não há justificativas para que as ações integrais em saúde sejam impedidas por escassez de recursos materiais básicos para efetuação de procedimentos comuns, baratos e exequíveis em uma UBS, esbarrando na ausência de resolutividade por falta de material. De acordo com Franco e Magalhães Jr. (2007), a resolutividade na rede básica está diretamente relacionada aos recursos instrumentais disponíveis, ao conhecimento dos profissionais, e ainda à ação acolhedora e ao vínculo estabelecido com o usuário.

Em um estudo que focaliza as questões da gerência nos Serviços Públicos de Saúde, a deficiência de recursos materiais, insumos e equipamentos foi considerada pelos enfermeiros como o ponto de estrangulamento mais presente no trabalho gerencial. Isso em muitos momentos torna o atendimento inadequado, gerando a insatisfação do usuário, sobrecarga e estresse da equipe de saúde com queda de rendimento, tornando a função gerencial ainda mais conflituosa e desgastante para o profissional em seu cotidiano (WEIRICH *et al*, 2009).

A efetivação de ações integrais depende da gestão e da gerência como referenciado pelos profissionais e, algumas vezes, é atribuída à questão gerencial a dificuldade presenciada no dia a dia para a prática da integralidade.

(A dificuldade na integralidade das ações) É, eu acho que é a questão gerencial. Sabe, eu acredito que os municípios, o compromisso, não seria compromisso, seria mais os acordos, os contratos com o Serviço de Saúde estão meio deixados de lado, em parte, e aí a gente não consegue. Eu acho que na questão médica, por exemplo, eles fazem o que eles querem, não existe um compromisso real, acho que eles ainda não entendem muito bem quais são os princípios do SUS. Eu acho que esse é o grande problema, as pessoas não entendem e não acreditam no SUS que, na minha opinião, é um dos melhores planos de saúde que existe, pelo menos no papel, mas eu acho que as pessoas não levam a sério, não seguem os princípios do SUS. Então uma vez que não segue os princípios do SUS fica tudo muito mais complicado, eu acho que começando pela própria administração ou gerência municipal, que acho também tem a dificuldade de compreender esses princípios. Porque não exige dentro dos contratos deles, ou mesmo que os contratos são feitos de forma só para poder fazer de conta. É, então, realmente tem dificuldade (E₂).

Vale ressaltar que embora o SUS tenha provocado avanços importantes e, de fato, houve considerável melhoria em relação ao acesso às ações e aos serviços, considero que muito ainda precisa ser feito. As formas de contrato executadas no município para as prestadoras de serviços e para os médicos são criticadas pelo informante. A falta de entendimento ou de compromisso com os pressupostos do SUS, tanto dos gestores quanto dos contratados para o trabalho, é um obstáculo importante. Nesse sentido, os profissionais de saúde necessitam estar cada vez mais comprometidos com o estabelecimento da saúde como direito do cidadão que a procura, e o Estado deve promover condições para que tanto esses profissionais quanto as instituições sejam capazes de oferecer uma assistência de qualidade à população.

O setor Saúde vivencia a deterioração das relações, o esvaziamento das corporações e das instituições políticas que se expressa no distanciamento dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, do sistema público de saúde. Os profissionais não percebem o SUS como um projeto coletivo da sociedade, do qual eles fazem parte e no qual desempenham uma função estrutural, um papel estratégico para que o sistema funcione, “dê certo”. Parcialmente, esta descrença resulta da forma como o poder público vem lidando com esses profissionais, no encaminhamento dos processos e na administração da saúde pública brasileira (CAVALCANTI, 2009).

A (des)credibilidade no SUS está mais voltada para o compromisso do trabalho na saúde cumprindo fielmente as funções atribuídas, contornando as dificuldades, vencendo os obstáculos, fazendo uso de duas valiosas ferramentas da prática sanitária: a transparência nas ações e a ética nos procedimentos.

As dificuldades fazem parte de todo processo de mudança ou construção. Fazer Saúde mediante os preceitos do SUS requer tentar superá-las. Uma dessas superações é em relação à rotatividade de profissionais:

Bom, a gente tenta trabalhar a integralidade, mas nós sofremos uma modificação agora em nível de ACS. Então todos os nossos agentes foram mudados e não tem experiência, eles estão começando a pegar experiência agora, então tem muito a caminhar ainda, nós voltamos na estaca zero, Selma. A gente já tinha alguma coisa de olhar o paciente na integralidade, hoje em nível de equipe falta muito, nós voltamos muito no tempo, exatamente por causa dessa mudança de agente. É o perfil de auxiliar que não é o mesmo. Nós não temos uma equipe de auxiliar de enfermagem com perfil para PSF, isto tudo por questão burocrática da prefeitura, infelizmente (M₁).

Teve um processo seletivo, que a gente tinha que passar por uma prova e os classificados tinham que ficar de primeiro a quinto lugar, eram cinco vagas. E nesse processo seletivo saíram três agentes antigas, entraram três novatas e das antigas permanecemos eu e a ACS₂₁. Nossa... teve uma mudança muito grande na equipe!

Aí ficava difícil, muito difícil! [...] Esse processo seletivo tirou pessoas de experiência, de muitos anos, entrou novatas de 18, 19 anos totalmente sem experiência! [...] E acho que nem a população ainda aceitou essa troca (ACS₂₂).

A mudança dos ACS devido ao processo seletivo no município para atender a uma exigência jurídico-trabalhista foi e é apontada novamente nesses depoimentos como fator negativo para o trabalho da equipe na promoção da integralidade nas ações. Há também que se considerar aquele profissional que não apresenta perfil, a falta de poder de ação da equipe por razões burocráticas e também políticas, como observado nesse município e nos demais pesquisados. Além disso, as falas denotam a insegurança no trabalho sem vínculo empregatício.

Tem profissionais em número insuficiente também, então tudo leva a uma dificuldade. Também sinto que, às vezes, o profissional da área básica fica querendo tirar aquela responsabilidade dele, então, às vezes, encaminha sem necessidade, alguns casos a gente vê que tem isso, mais para poder agradar o paciente, querendo agradar o paciente do que a real necessidade. E eu acho que a questão da educação em saúde mesmo, tem que estar avaliando a real necessidade de tá fazendo o acompanhamento, a real necessidade de tá trabalhando dentro da base até chegar àquela necessidade de enviar para níveis mais elevados. Eu acho que o município ainda está meio perdido em relação a isso. Eu acho que eles precisam rever esses conceitos do SUS, de integralidade, o todo, o geral, qual que é a função do SUS, porque eles estão meio perdidos (E₂).

A falta de recursos humanos foi relatada por vários profissionais em campo de observação (NO). A necessidade de se ter mais auxiliares ou técnicos de enfermagem na equipe mínima foi opinião unânime. Mencionam que várias ações necessitam desses profissionais tanto nos setores da Unidade quanto nos domicílios e a equipe nesse município é composta por um auxiliar ou técnico de enfermagem. Na apresentação dos dados da observação, foi discutida a composição diferenciada das equipes no município de Gouveia com quatro auxiliares/técnicos de enfermagem e o quanto isso contribui para a prestação de procedimentos na Unidade e cobertura da demanda em domicílios.

Os dados mostram que a atuação das equipes nessa realidade contempla todas as atividades rotineiras em saúde, ressaltando-se que a educação em saúde e as visitas domiciliares são práticas rotineiras das equipes, além de apresentarem novos cenários de atuação em virtude da mobilização da comunidade: as festas, os passeios, as datas comemorativas do calendário nacional fazem parte da agenda das equipes. Portanto, as práticas na ESF passaram a fazer parte da vida dos usuários devido às atividades extramuros realizadas pelas equipes, caracterizando vivências compartilhadas que permitem às pessoas ver um novo dia com mais qualidade de vida.

Em contrapartida, apesar das ações interdisciplinares descritas, os profissionais ainda mencionam a fragmentação, a falta de apoio e, também, apresentam as dificuldades enfrentadas como: a falta de recursos materiais para a realização dos procedimentos rotineiros na atenção primária; as formas de contratos de trabalho sem vínculo empregatício; o perfil e a rotatividade dos profissionais.

Mesmo assim, a tecnologia das relações está inserida no cotidiano das equipes e aponta para benefícios nas práticas e para melhores indicadores de saúde nessa realidade. A integralidade é vista como um princípio cumprido nas ações das equipes, mas quando há dependência da atenção ao usuário em outros níveis, os depoimentos indicam que o acesso é difícil e interrompe o desenvolvimento da integralidade na rede de atenção à saúde.

Ressalta-se, também, que o tempo de trabalho é fator preponderante para a construção da integralidade, pois a permanência de alguns profissionais por mais de dez anos permitiu-lhes observar e reconhecer uma evolução do trabalho na ESF nesse cenário, além de possibilitar uma abertura do profissional para ver holisticamente o outro, atitude que privilegia a consolidação desse princípio, considerado “empírico” nessa realidade.

7.3 A integralidade do cuidado às pessoas em Gouveia-MG

Os elementos contemplados pelos sujeitos sobre a prática e o que leva à integralidade nas ações da equipe, nesse cenário, expõem várias combinações que foram analisadas como convergentes quando esses sujeitos exprimem sobre um ideal de serviço, uma noção da assistência prestada, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para suprir as necessidades dos usuários e ser aceitável por eles.

Eu venho de uma comunidade completamente diferente, eu venho do Rio de Janeiro e tenho aprendido muito nessa nova cultura, nessa nova comunidade e é uma comunidade bastante fechada, bastante presa a muitos valores culturais diferentes aos da região onde eu fui criada e onde eu estudei, com muitos tabus, muitos preconceitos, muita cultura a ser modificada, muitas restrições. Então isso dificulta um pouco o trabalho da gente, mas aos pouquinhos a gente tá conseguindo progresso, tá conseguindo com muita paciência, com muita conversa, com muita explicação, eu acho que tem que ter paciência e tem que ter vocação pra isso, tem que ter vontade mesmo. E o paciente quando ele vê que você está realmente interessado, empenhado, ele responde bem a isso, apesar de no princípio ficar bastante desconfiado, ele começa a confiar e ajudar nesse processo dessa integralização (M₆).

Aqui em Gouveia é um lugar atípico em termos de procura da Unidade de Saúde, não é? Mas mesmo assim, apesar das pessoas procurarem muito... já pensou, uma pessoa que afere pressão três, quatro vezes na semana? Tem hora que vira até uma neura! Então as pessoas procuram muito a Unidade de Saúde, mas ainda tem aquelas que ainda não procuram, que não sabem procurar (E₇).

Os dados expõem as especificidades do cenário e o que caracteriza o cotidiano do Serviço ao trabalhar imerso em valores culturais. O estilo e o ritmo de vida atribuídos pela cultura, a modalidade da organização do trabalho na ESF, a vida nas pequenas cidades, entre tantos outros fatores, levam a pensar, até mesmo, em uma suposta “diferença” na assistência em saúde em pequenos municípios, ao perceber que as pessoas se conhecem, convivem mais proximamente com a equipe e com os outros da comunidade o que pode facilitar um trabalho na pressuposição das diretrizes do SUS. Mesmo assim, todos esses fatores positivos da vida no interior não são suficientes para enfrentar a cultura médica instituída. Conforme abordado pelo informante, a frequência da procura pelo Serviço distingue a grande demanda enfatizada pelos profissionais em outros momentos deste estudo.

A diversidade de ações no cotidiano dessas equipes foi descrita com particularidades, inclusive abordando as ações e as interações, a sobrecarga de trabalho e a carga horária dedicada diariamente.

Oh, o meu dia a dia é o seguinte: eu trabalho todos os dias, três horas de manhã e três horas à tarde. A gente busca mais a prevenção, por meio de palestras nas Escolas e o tratamento dentário, e sempre prioriza duas emergências pela manhã e duas emergências pela tarde. Então a gente dá assistência com emergência, com prevenção e com tratamento dentário em geral (CD₆).

É... O meu dia a dia é extremamente movimentado e prazeroso, apesar de... eu não diria estressante não, eu diria trabalhoso mesmo. É muito movimentado, esse é um Posto que a área física é pequena para a abrangência que tem, dos vários bairros que ele abrange, mas mesmo assim eu acho que nós temos uma resposta muito boa. E um movimento muito grande, sempre, todo dia o Posto tá cheio. E resumindo eu acho que meu dia a dia é muito diversificado. Nunca um dia é igual o outro, quando você pensa que o dia vai ser mais calmo, o outro não é, sempre é movimentado, sempre tem coisa nova, sempre tem alguma coisa pra aprender. E eu considero extremamente gratificante, estou aprendendo muito, muito mesmo trabalhando aqui (M₆).

Oh, de um modo geral o nosso dia a dia é muito corrido como você deve ter visto aí, observado. Aqui dentro da Unidade a gente faz de tudo. Na verdade é voltado para a prevenção, mas você vê que não é isso que acontece, a maioria das vezes, ao invés da prevenção a gente está trabalhando com a cura mesmo. Procurando assim atender o melhor possível as pessoas. Igual, eu sempre comento quando tem alguma reunião, eu falo assim: “a gente pensa que está atendendo bem as pessoas, mas eu não sei como que essa pessoa está me vendo, não é? Porque de repente eu falo “gente eu atendi Selma bem, tá, mas a pessoa não gostou do jeito que eu atendi”. Porque depende assim, do modo que você fala com elas, não é? Igual, por exemplo, de repente você chega aqui e vem procurar uma ficha, por exemplo, “ah, Selma, não tem”. Se eu virar para você e falar não tem, você vai enxergar de uma forma. Agora se eu virar “ah, Selma, não tem, o que você está sentindo, é coisa que a gente pode tá agendando, é coisa que a gente pode tá te ajudando agora no momento, que médico

no geral não tem agora”. Aí, eu acho que já muda a sua concepção de ver as coisas, não é? Mas assim, igual eu te falei, no corre-corre de repente nem dá para poder observar tanta coisa, sabe? Depende, tem dias que está mais tranquilo, mas na maioria das vezes, é esse corre-corre mesmo (TE₆₂).

O corre-corre diário caracteriza o cotidiano dos profissionais, a movimentação das pessoas na Unidade demonstra a elevada demanda e se constitui em um impasse para a capacidade de resolutividade nesse contexto (NO). O contrapeso, segundo o informante, está na forma de abordagem ao usuário: a medida está em “atender bem as pessoas, porque as pessoas me veem conforme eu as trato”. Desse modo, o foco está no relacionamento interpessoal, para conseguir superar as dificuldades impostas pela elevada procura por serviços versus menor oferta.

O modelo de saúde reducionista, focado na doença e na ação médica, mais uma vez é explicitado: “ao invés da prevenção a gente está trabalhando com a cura mesmo”, “você chega aqui e vem procurar uma ficha”. Apesar de pouco eficaz, o modelo ainda impera, mesmo sendo afirmado por todos os pesquisados como uma falha prática no Sistema, e que esse modelo não atende a reestruturação da atenção primária para resolução de 80% das demandas dos usuários (NO). Destarte, a cura supera o limite das demais ações, mesmo que se reafirme a busca do trabalho preventivo:

E a vontade de trabalhar e de fazer um trabalho melhor, porque o que a gente tem feito tem sido extremamente cansativo e repetitivo e chato e não tem dado uma resposta, um resultado bom. Que é trabalho que a gente chama de “Postão”: consulta, consulta, consulta. O que não é o objetivo do PSF. Então agora a gente está começando a fazer realmente os programas que são as palestras, o programa do HIPERDIA, os atendimentos domiciliares, todos os projetos, as vacinas, as palestras nas Escolas. [...] a equipe está se unindo mais e tá falando mais a mesma língua, e está tendo mais vontade de trabalhar e tá entendendo mais o processo, porque tava meio acéfalo, a equipe tava meio que perdida (M₆).

Esse trabalho de “Postão, consulta, consulta, consulta” não é o objetivo da ESF. Os relatos mostram que os profissionais conhecem os pressupostos da Saúde da Família, porém, na realidade a cultura médica prevalente sedimentou o desenvolvimento de processos de trabalho pouco efetivos, reforçados pela imposição ou acomodação dos profissionais no desempenho de um trabalho reconhecido como ineficaz para tantas necessidades.

A prática, no entanto, não se mostra somente em ações curativas; outras ações são contempladas no cotidiano e a equipe ainda conta com a ajuda de outros profissionais da equipe de apoio.

Olha, a prática é assim, ela tem uma parte de assistência com hipertensos, diabéticos, idosos da terceira idade, ou melhor idade, essa parte eu faço acompanhamento mesmo, de orientação, de acompanhamento das caminhadas. Além disso, a gente, por exemplo, nas Unidades eu faço avaliações de algumas

dessas pessoas antes de iniciarem a caminhada. Eu avalio se elas estão ou não em condições de iniciar aquela atividade. Eu faço o atendimento clínico ambulatorial que é esse que você me viu fazendo aí e, nesse trabalho, eu faço avaliações, o acompanhamento de tratamento fisioterápico propriamente dito. E, além desse trabalho, eu faço um atendimento também no asilo, toda terça. [...] Às vezes, fora esse trabalho que a gente faz no cotidiano, tem na nossa rotina de assistência as zonas rurais, a gente faz o “dia da saúde”, a gente pega um ônibus e vai todo mundo de cada setor: enfermeiro, enfermagem, nutricionista, vai médico, fisioterapeuta, no meu caso, e a gente presta uma assistência do que a gente faz aqui no cotidiano (F₆).

A promoção da saúde por meio de grupos de caminhada, orientações para uma vida mais saudável, o atendimento clínico, foram atividades por mim acompanhadas no dia a dia do fisioterapeuta. Esse profissional é itinerante, ele apoia as quatro equipes do município acompanhando uma vez por semana os participantes do grupo de caminhada. A população o reconhece como um membro da equipe ESF, por fazer parte do quadro de atividades das equipes (NO).

Eu acho que nós aqui tentamos trabalhar da melhor forma possível, entendeu? De forma que, sem criar atritos com ninguém. A gente trabalha com uma população onde que cada um tem os seus pensamentos. A gente tenta não invadir muito o espaço das pessoas, porque tem gente que aceita bem e tem gente que não aceita. Então a gente tenta coincidir isso, lidar com isso sabe? Porque, você mexer com a população você tá invadindo o espaço deles. É sempre colocado pra gente isso: “você, principalmente o agente de saúde, você tá indo onde a população está. Então você tem que ter o máximo de cuidado pra você não invadir totalmente a privacidade deles. Tentar fazer com que eles se abrem com você”, sabe? Eu acho que isso é muito importante. Esse trabalho nosso, eu acredito que seja muito importante, assim tanto quanto os outros, dos técnicos, da enfermeira. Eu considero que a gente tem realmente um papel muito importante na equipe da Saúde da Família, sabe? E a gente tenta desenvolver ele da melhor forma possível (ACS₇₁).

O trabalho acontece, também, no “espaço da população”, isso concretiza a aproximação com a realidade vivida pelos usuários, além do imperativo respeito ao outro e a sua privacidade.

A ACS₇₁ enfoca a importância do trabalho dos profissionais da equipe e vê que o agente comunitário tem um papel muito importante nesse processo. Segundo Silva e Dalmaso (2002, p.166), “o ACS é a extensão do olhar da equipe para além dos muros da Unidade: é ele que identifica as condições de vida das famílias e a necessidade de um cuidado de outros profissionais”.

Essa extensão do olhar é reconhecida por outros membros da equipe:

Então as visitas dos agentes comunitários, a minha visita aos pacientes que precisam, às vezes, não é um acamado, mas, às vezes, eu quero ir lá, eu quero ver a casa daquela pessoa, eu vou reconhecer ali o ambiente dele pra eu saber o que ele está vivendo ali, entendeu? E quem me fala isso aí são os agentes [...] E, às vezes, a gente reconhecendo isso aí, a gente sabe onde conversar com a pessoa e se torna mais próximo dela também, não é? Então você tem uma pessoa que você passa a conviver, ir à casa dela por uma vez ou duas vezes, você conhece ela um pouquinho

mais. [...] Eu tento conversar aqui desde o agente, converso com o pessoal da enfermagem, com a nutricionista, tanto por encaminhamento, quanto pessoalmente, sabe? Com a psicóloga também, sabe? Eu procuro ir lá, conversar. E a gente conversando acho que a gente consegue ver a visão de cada um e aumentar um pouco essa visão do todo que a gente, às vezes, a gente não tem do paciente só aqui, na sala. Se a gente tá sentado aqui na frente do paciente, a gente tá vendo ele aqui só. A gente não o viu um pouco mais frouxo, às vezes, no grupo, não é? No grupo de diabéticos e de hipertensos que a gente faz. Igual essa paciente que eu te falei que ela vem cá e diverte o grupo. E é verdade! Ela solta o paciente ali. Ela brinca. [...] E aí você consegue perceber detalhes e nuances que você não conseguia no consultório. Eu não consegui, eu não via. “Fulano de tal é mais deprimido mesmo! Fulano de tal é assim, às vezes, só quando tá no seu consultório porque tá reclamando mais naquela hora e é o momento que ele tem. Mas ele tá bem, tá forte”. Você consegue ver o paciente fora do consultório. Isso é legal! Isso é importante da gente conviver. [...] Então se a gente consegue conversar com a equipe, conhecer o paciente fora do consultório e aqui também, eu acho que você vê um pouquinho mais. Essa integralização do paciente como uma pessoa que convive e que passa coisas que, às vezes, não vai te dizer aqui na consulta, não é? (M₇)

Não restam dúvidas de que essas considerações feitas por M₇ esclarecem a afirmativa anterior da importância do ACS na equipe: “e quem me fala isso aí são os agentes”, o médico vê essa importância no relato de ponderar o reconhecimento do ambiente e da vivência do usuário e de sua família.

O presente enfoque é importante para uma visão ampliada de saúde e da integralidade da “pessoa”. Necessariamente nessa fala o entrevistado observa, descreve, avalia e administra elementos que podem identificar cada caso e cada família assistida, uma vez que a realidade pode ser (re)conhecida e discutida com a equipe de saúde para resolução dos problemas surgidos. É a visita domiciliar construindo novos “ecos” para a integralidade em saúde.

Desse modo, posso interpretar que a relação entre médico e usuário se fortalece com a visita domiciliar e, portanto, com a atuação e as ações desenvolvidas na ESF. O usuário passa a ter a confiança no profissional que vai atendê-lo quando for preciso, pois esse profissional conhece sua história de vida. Apoiar essa discussão o trabalho de Trad *et al* (2002), quando os autores mencionam que a visita domiciliar oferece aos profissionais de saúde novas portas de entrada na vida cotidiana das pessoas e um maior poder de influência quanto às medidas e aos comportamentos de saúde a serem adotados pela população.

Essa aproximação do profissional com a realidade da família se faz também importante ao considerar a subjetividade. A forma como cada um lida com a saúde e a doença e como os problemas de saúde podem interferir na vida de cada pessoa é muito diferente. Por isso ter uma equipe que conheça o usuário e sua família, que cuide especificamente da pessoa é fundamental. Existem vários *Josés* e várias *Marias*, mas cada “um é um”.

A visita ao domicílio, de fato, implica uma nova forma de relação médico/paciente, diferente daquela estabelecida nos limites dos Serviços mais formais de assistência, indicando

uma conduta de maior qualidade do profissional de saúde, uma mudança paradigmática (TRAD *et al*, 2002). A postura e a conduta passam a ser de “médico da família mesmo”, como a narrativa denota:

A nossa prática aqui assim, a gente tenta fazer aquela coisa de médico da família mesmo. A medicina como... o Posto de Saúde, a equipe de Saúde da Família como uma referência médica e de saúde para aquela família, aquelas pessoas, aquela região toda ali, nos ter como referência. [...] Então esse que é o dia a dia nosso, através das consultas, das visitas domiciliares, dos grupos, dos trabalhos coletivos, de propagação de caminhadas, grupos de caminhada, campanhas de vacinação, não é? A gente deixa aqui como se fosse a referência, para essas três mil pessoas vai ser a gente, nós somos a equipe de saúde desse pessoal (M₇).

A equipe ser referência “a porta de entrada da população adscrita” no Sistema de Saúde foi creditado no princípio de definir e implantar o modelo de atenção primária em seu território. “A gente tenta fazer aquela coisa de médico da família mesmo”, isso é a solidificação da proposta de mudança para ser “a equipe de saúde desse pessoal”.

Esse destaque de ser referência local da população enfoca que, já existe essa “vontade” de fazer parte de um Sistema idealizado e que transcende o próprio ambiente sociocultural local e mesmo a prática até o momento instituída.

No que diz respeito à consolidação como Sistema público de saúde, segundo Henriques (2005, p. 147) “ainda estamos diante de grandes desafios, entre os quais se destaca o relativo à incorporação efetiva dos princípios e valores do SUS nos processos de trabalho, bem como nos processos formativos para a área de saúde”.

Essa reflexão aqui apresentada representa um convite à ampliação de ações para que com nova postura e conduta, os atores sociais possam contemplar no cotidiano dos Serviços esses princípios e valores conhecidos, porém pouco assimilados na prática.

Cabe aqui descrever que muitas são as questões apresentadas pelos informantes ao falarem sobre sua prática cotidiana e o enfoque da integralidade, ressaltam a estrutura da equipe e dos Serviços no município com positividade:

Eu acho que tem uma assistência como um todo aqui. Eu acho que é tudo dividido, não falta material, não falta equipe, não falta funcionário, em cada equipe de saúde aqui da cidade, em cada PSF, existem vários agentes comunitários de saúde, existe dentista para cada PSF, médico, enfermeiro, psicólogo. Eu acho que a coisa aqui está bem dividida, eu acho que está dando certo (CD₆).

Oh, eu acho que a cada dia a gente tem que melhorar... Eu acho que a equipe tá boa, a gente tá trabalhando com grupos agora, a doutora já tá programando todos os grupos, a equipe em geral. Só que eu acho que está bom, mas precisa melhorar, tem coisas aí que a gente nem gasta dinheiro, nem nada não, gasta só boa vontade mesmo. Que até eu costumo falar com as meninas aí “gente, oh, vamos ficar mais atento, porque não é só dinheiro, às vezes, a gente toma uma opinião daqui, conversa

ali, às vezes uma simples coisa é resolvida sem gastar dinheiro, sem fazer muita coisa” (TE₆₁).

Esse município de pequeno porte possui uma estrutura na saúde que comporta recursos físicos adequados, recursos humanos suficientes para a atenção primária e recursos materiais compatíveis com a assistência prestada, conforme relatos dos profissionais.

Eu acho que a atenção primária ela está bem estruturada, aqui só não tem acesso maior a cirurgias, a médicos especializados. Aqui a gente tem muito clínico geral. Tem que tá oferecendo encaminhamento, tá disponibilizando ambulância para levar para Belo Horizonte, para Diamantina. E a parte de dentista eu acho que não tem nada a desejar não, porque nunca faltou nenhum material, nesse tempo que estou aqui, nesse ano e meio, nunca faltou nenhum material. É bem organizado (CD₆).

Cada equipe da ESF, nesse cenário, trabalha com uma população adscrita próximo a 3.000 pessoas, as equipes possuem profissionais da saúde bucal, além da equipe de apoio: dois psicólogos, dois nutricionistas, um fisioterapeuta, um pediatra, um ginecologista/obstetra e quatro clínicos gerais. O informante apresenta a referência de usuários para outros níveis e para outros municípios como uma dificuldade nesse cenário. A porta de entrada da atenção primária foi ampliada, mas há uma necessidade evidente de se conseguir que as outras “portas” possam atender quem lhe for referenciado, assim haverá a integralidade das ações nos distintos níveis de complexidade.

A tecnologia leve foi abordada por TE₆₁: “tem coisas aí que a gente nem gasta dinheiro, nem nada não, gasta só boa vontade mesmo”. As relações cotidianas que englobam profissional/equipe e profissional/usuário/família/comunidade são expressas como uma “chave” para enfrentar as dificuldades diárias da demanda e dos problemas expostos para resolução nos Serviços de Saúde, indiferente se esses demandam complexidade. Essa rede formal dos Serviços de Saúde não dá conta dos problemas essenciais dos usuários, o que articula a necessidade de regulação e concentração de setores ou outros níveis de complexidade para a resolutividade.

Afirmo a importância de se pensar no reconhecimento do cotidiano, uma evidência apresentada nos dados, portanto “reconhecer as interações” que permitam mutuamente estabelecer um dia a dia em que o toque, a escuta, o respeito ao ser humano consolidam o compromisso de manter o direito à saúde provido de sentidos, saberes e ações para o “todo” e não para tudo, conseqüentemente criar possibilidades para os Serviços serem adequados para receber e trabalhar as diferenças humanas. Esse é o exercício de rearranjos para experimentar novas práticas em saúde, a práxis da integralidade do cuidado.

Eu acho que a integralidade é bem desenvolvida sim, Selma. Porque cada um tendo a sua função, que nem as auxiliares têm a função delas. Os agentes têm a função de

trazer pra dentro do PSF, acompanhar lá fora trazer pras meninas ou pra enfermeira tudo que a gente tá tendo lá fora. Elas ajudam a gente resolver muitos problemas. Acompanha a gente na visita, tanto a enfermeira quanto as auxiliares, e tá ajudando a gente a prevenir e também a curar, entre aspas, muita coisa que a gente tem problema na rua. Eu acho que funciona realmente como uma equipe. A gente trabalha aqui realmente como uma equipe (ACS₇₁).

É que cada um dentro das suas atribuições procura desenvolver melhor o trabalho para conseguir fazer com que a integralidade possa ocorrer (ACS₆₂).

Por ter participado de outros trabalhos, eu acho que a equipe aqui parece que, não sei, deixa transparecer mais verdadeira no trabalho, entendeu? Eu notei que a equipe aqui é muito boa nesse tipo de serviço. Eu noto que a população procura muito o Posto. Sempre a gente depara com alguém: “Ah, eu prefiro vir aqui porque aqui parece que vocês entendem melhor o que a gente fala”. Cada hora a gente ouve uma situação. Eu acho que o ser humano, à medida que ele quer sempre alcançar alguma solução para o seu problema, ou pelo menos, um andamento pra solução, ele assim, uma hora se expõe demais, outra hora fica retraído. E eu acho que a integralidade dentro da equipe daqui sempre pôde refletir isso. Que as pessoas sempre procuram a gente. Não é porque deixa de procurar um outro PSF, porque lá atende bem, atende mal, não colocando nesse ponto. Mas eu acho que já deu pra captar isso, que a equipe de trabalho desenvolve o trabalho de uma forma que as pessoas ficam satisfeitas e elas devem passar para as outras porque as outras pessoas acabam aparecendo pra gente atendê-las também (TE₇₁).

Os agentes de saúde, a enfermeira, auxiliar e técnico de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, médico, todos estão ali pra está desenvolvendo o trabalho. Porque cada um tem sua função, mas se um deixar de fazer não é equipe (ACS₂₁).

As ações integrais podem levar a equipe a refletir sobre como achar “andamento para a solução dos problemas do ser humano”, segundo o profissional. O trabalho em equipe é fator aditivo para alcançar a integralidade como apresentado por esses atores e como já anunciado na discussão dos dados dos demais municípios.

O estabelecimento de equipes multiprofissionais foi um dos elementos-chave para o desenvolvimento do trabalho com maior integração na Saúde da Família. Os dados nos apresentam essa integração no trabalho em equipe para lidar com a complexidade da atenção na ESF, a qual toma a saúde em seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

É importante assinalar que as atribuições ou as funções de cada um dos profissionais da equipe foram citadas pelos informantes e as afirmações feitas sobre o trabalho em equipe se complementam na fala do outro: “a gente trabalha aqui realmente como uma equipe (ACS₇₁)”; “para conseguir fazer com que a integralidade possa ocorrer (ACS₆₂)”; “eu acho que a integralidade dentro da equipe daqui sempre pôde refletir isso (TE₇₁)”; porque cada um tem sua função, mas se um deixar de fazer não é equipe (ACS₂₁). As falas e suas compreensões se encontram arroladas, pois não há integralidade nas ações sem o trabalho em equipe.

Eu percebo assim, que a integralidade é feita da melhor maneira possível. Ela é feita assim... de uma forma clara, ela tem um objetivo, ela tem embasamento do que é que tem que ser feito. E assim, ela é derivada de cada setor, cada setor tem o seu objetivo. Então a fisioterapia tem um objetivo, mas é lógico que a gente tem que ter uma visão holística do paciente, ou das pessoas que estão sendo atendidas ou que estão usufruindo do setor. Então o que a gente percebe é que essa integralidade ela acontece, ela é um quadro que vai crescendo gradativamente. Você usa, como eu disse anteriormente, os conhecimentos, o saber de cada um e aqui você vai aprimorando de acordo com as necessidades que vão aparecendo (**F₆**).

Nesses termos, a composição da equipe ESF com apoio dos outros profissionais não diz respeito apenas à incorporação de novos agentes, mas sobretudo à busca pela superação da fragmentação por meio da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, contribuindo para a construção de novos saberes, apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante a criação de novas práticas.

Olha, eu acho que o fato da gente hoje trabalhar numa equipe multiprofissional, não é? A gente tem médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, bioquímico, então eu acho que essa equipe multiprofissional não está interligada, por exemplo, pra uma discussão de caso pra poder é... saber mais sobre aquele paciente que tá ali sendo atendido. Mas, eu acho que é muito presente essa coisa de buscar todas essas possibilidades. Eu acho que nós todos, ou a maioria de nós, tem essa visão de entender o que a nutricionista pode tá contribuindo para aquele paciente que eu estou atendendo ali. O que as psicólogas podem tá contribuindo pra aquele paciente. Qual dos médicos estaria mais é... apto, de repente, a resolver determinado problema que a gente tá ali conversando, está percebendo com a pessoa. Mas eu acho mesmo que o que falta mesmo é a gente ter condição de tá sentando, de tá conversando. Isso não quer dizer que não aconteça não. Igual, por exemplo, M₇, ontem mesmo ele chegou perto de mim e conversou: “essa pessoa... eu estou percebendo isso e isso, ela precisa de um atendimento com a psicóloga. Vamos ver o que nós podemos fazer?” Aí na mesma hora foi pra mim, aí a agente de saúde veio e ele também conversou com a agente de saúde e nós já conseguimos agendar a consulta com a psicóloga. Então, a gente tem deficiências, mas eu acho que existe essa vontade de estar utilizando todas as pessoas, dessa rede que a gente tem, de tentar atingir essa integralidade do cuidado às pessoas (**E₇**).

Apesar da interdisciplinaridade nas ações da equipe não ser ainda uma estratégia vivida diariamente, segundo E₇, os profissionais reconhecem que necessitam da atuação de outros profissionais na equipe ESF. Vale ressaltar a importância da participação da equipe de apoio em Gouveia, o que representa maior complementaridade e possibilidade de resolutividade no desenvolvimento da atenção à saúde. Assim, os relatos indicam que persiste a necessidade de uma maior interação, ao mesmo tempo em que se percebe que o trabalho em equipe torna possível potencializar as ações já iniciadas, bem como estimular e dar suporte para as ações ainda a ser desenvolvidas, com vistas a promover a atenção integral à saúde.

O espaço de discussão a que o informante acima se refere representa a oportunidade de socialização das informações referentes aos atendimentos realizados individualmente por cada profissional, que poderiam ser apresentados e discutidos pela equipe, contribuindo assim para

a tomada de decisão e para o envolvimento de todos em relação ao acolhimento das necessidades do usuário, “um processo que privilegia a interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, fortalecendo a equipe multiprofissional” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 150).

Se, de um lado, há reconhecimento de que as discussões de caso não são formalizadas e que há deficiências na prática diária, de outro, existe a busca das possibilidades e “a vontade de tentar atingir essa integralidade do cuidado às pessoas”, e, conseqüentemente o trabalho em equipe. Entretanto, faz-se necessário destacar, que a construção da integralidade na prática cotidiana dos trabalhadores da saúde revela, em alguns momentos, afirmações, possibilidades, de um fazer compartilhado e, em outros momentos, incoerências, um fazer fragmentado.

Aqui é assim, às vezes, tem uma equipe e uma EUquipe, não é? Cada um faz a sua. Então a gente sabe que todo lugar tem gente que faz e tem gente que faz de conta que faz, não é? Agora, igual eu tô te falando, mas a maioria trabalha mesmo é nessa função de tá sempre podendo na medida do possível, resolver as questões do Posto. Em geral, dentro das medidas que o município oferece, certo? (AE₇₁)

Desvela-se, portanto, que apesar das possibilidades para o trabalho em equipe, que em várias situações estão presentes, há também o reconhecimento da ausência de incorporação e da apropriação da interdisciplinaridade do trabalho em equipe na ESF. Logo, volto a enfatizar a prioridade do subjetivismo em toda reflexão sobre trabalho em equipe. Posso afirmar que ocorrem ações interdisciplinares voltadas para alcançar a integralidade em saúde, mas ao mesmo tempo, os dados afirmam que o cuidado individualizado considera a fragmentação das ações.

Ó, eu acho que depende do profissional. Tem profissional que se esquece da integralidade. Só quer olhar, por exemplo, a pessoa chega: “Tô com dor de cabeça”. Esquece de se lembrar da família. Tá com dor de cabeça, mas está por quê? Tem mais tempo que está apresentando dor de cabeça? E quando a gente está há mais tempo numa equipe, a gente consegue perceber a diferença das pessoas no cuidado com o cliente. E agora não, eu estou aqui só tem uma semana, não consegui perceber isso ainda. Mas lá eu sabia quem tinha atenção pra olhar o cliente como um todo e quem não tinha. Quem só ia avaliar o que eu tava pedindo ou a pessoa estava queixando. E aqui ainda não tive essa oportunidade de observar não. O ritmo daqui está muito corrido. Então, às vezes, fala: “Olha isso aí.” Já olha só e, esquece de saber tudo. E quando você está numa equipe há mais tempo, você acompanhou desde quando a mãe tava grávida, você sabe o que aconteceu na gestação, você encontra na rua e pergunta como é que está. E aqui, quando a gente está há pouco tempo, a gente não consegue perceber nada disso. Você chega e tudo é novo! Aí, tá com dor de cabeça, às vezes, você pega o prontuário para olhar, pra dar uma olhadinha assim, se teve algum atendimento antes ou não. E aqui eu não consegui ainda perceber como é a conduta dos profissionais em relação a isso (E₆).

Para considerar a integralidade do sujeito na atenção prestada, segundo o enfermeiro, depende da postura e da conduta do profissional. Essa é uma observação que ele faz do

cotidiano do Serviço que corresponde a algumas ações, procedimentos e atos observados em campo de pesquisa onde o sujeito foi o “objeto da ação” (NO). Mais uma vez, reafirma-se que a realização de uma prática integral depende do tempo para sua construção no trabalho cotidiano, tempo para apreendê-la.

Com as contribuições expressas pelos atores sociais deste estudo, podemos “perceber a natureza polifônica do termo *integralidade*, ampliando seu conhecimento como prática social, um dispositivo inevitavelmente dialógico e ferramenta da indissociabilidade entre ação e pensamento. Isso significa superarmos a existência de um abismo entre pensamento e ação (PINHEIRO, 2008, p. 12). De fato, uma superação para que, no cotidiano dos Serviços, as ações em saúde sejam significantes para o ser cuidado e para o cuidador. Ir adiante no cotidiano *com e tendo* o “modo de ser do cuidado na preocupação” (HEIDEGGER, 1999, p. 257).

Portanto, são os microcosmos das demandas e das relações estabelecidas que problematizam as realizações cotidianas do princípio da integralidade, pontuando a diversidade de seus sentidos e, na clareza desses dados, apresento uma interpretação possível: é imperativa a mudança para proceder o cuidado da vida, a de ser “ser-junto com ocupação e preocupação” (HEIDEGGER, 1999, p. 257).

Os informantes deste cenário apresentam as peculiaridades da cultura local, a elevada demanda por Serviços de Saúde e a cultura médica instituída. Apresentam, também, as interações profissionais, com novos protagonistas na ação compondo um trabalho conjunto entre equipe de apoio e equipes da ESF. Mesmo sendo o trabalho em equipe já voltado para ações interdisciplinares, a fragmentação das ações também se faz presente, mas deve ser destacado que a visita domiciliar constrói, nessa realidade, novos “ecos” para a integralidade em saúde.

O foco para superar as dificuldades impostas pela demanda ser maior que a oferta de serviços está no relacionamento interpessoal: “tratar bem as pessoas”. Além disso, a estrutura dos Serviços e das equipes é apresentada como algo positivo. Porém, na discussão dos dados da observação, descrevi sobre as eleições municipais e a posição política, após o vencimento da oposição, de demitir os funcionários com contrato temporário. A desestruturação desse trabalho, já engajado, foi uma perda para o agenciamento da integralidade no cotidiano dos Serviços. Tudo, então, passa a ter um novo começo...

7.4 Confrontando as ações cotidianas das equipes dos três casos.

No cotidiano das práticas, a rotina dos profissionais é marcada por ações que caracterizam, nesses três cenários, a proposta de trabalho na ESF: as visitas domiciliares, os procedimentos básicos de enfermagem, as consultas, o atendimento individual e coletivo, a educação em saúde, as atividades de prevenção e de promoção da saúde, a referência para outros níveis da atenção à saúde.

Um aspecto de mudança apresentado está no foco de atenção à saúde na ESF, que em muitos momentos da prática, deixa de ser centrado exclusivamente na doença para ser voltado para o usuário e para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Isso implica em aprender a lidar com esse novo recorte, a família como objeto de trabalho, impondo novos instrumentos e saberes que possam transformar a prática assistencial pautada nos princípios éticos e morais para atuar junto à comunidade e levar a uma maior autonomia das pessoas para escolhas saudáveis de vida.

Porém, algumas dificuldades foram apresentadas: na referência e contrarreferência, na escassez de recursos humanos, na falta de recursos materiais e diagnósticos; na lacuna existente para ações integradas e interativas na equipe. Mas os informantes apontam para a necessidade da perspectiva de trabalho integrado a análise coletiva dos problemas e o encaminhamento das soluções. Essas dificuldades apresentadas conferem uma “contramão” para a integralidade das ações.

A composição da equipe mínima em Gouveia e, também, a equipe de apoio que os municípios de Datas e Gouveia apresentam, destacam condições do trabalho das equipes de Saúde da Família, alternativas para revitalização do trabalho em saúde e enfrentamento de condições alienantes do processo de trabalho. Finalmente, ratifica-se a visão da condição dialética do processo de trabalho em saúde na ESF, com suas possibilidades de sucesso, idealizado, mas na realidade funcionando permeado por contradições e dificuldades.

É incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, seja em sua versão individual ou coletiva, aspecto forte nessas realidades, principalmente em Diamantina. No trabalho de educação em saúde, as escolhas das pessoas e da comunidade são valorizadas, cabendo ao profissional o papel de mediador, utilizando como instrumento o conhecimento técnico-científico, respeitando e considerando, na maioria dos momentos, os saberes populares.

Nos três municípios, a aproximação com a proposta da integralidade em saúde foi justificada, nos dados, pelo potencial que as equipes têm para organizar ações coletivas, com a intenção de melhorar a qualidade de vida da população, ações que vão além do setor da Saúde que tem sido, em muitos casos, o impulsionador do processo de trabalho na ESF, o que dá forças “para recomeçar a cada dia”.

A dificuldade de acesso aos níveis secundários e terciários para sequenciar o trabalho interrompido foi comum nessas realidades. Como eixos dessa discussão, os dados apontam que o profissional e sua equipe têm condições de oferecer um cuidado de melhor qualidade, para sua população adstrita, se forem considerados os seguintes critérios: número de profissionais por equipe, perfil adequado para o trabalho em Serviços Públicos, capacidade para reconhecimento dos problemas de saúde e criatividade para resolução dos mesmos.

A compreensão da construção da integralidade, mote inicial deste estudo, é um grande desafio posto aos trabalhadores. Além das dificuldades de aplicação prática desse princípio no cotidiano das equipes da ESF, evidencia-se que está ligado às questões de gestão da política pública. Entretanto, por uma falta de entendimento sistêmico do SUS, muitas cobranças e grande parcela de responsabilização recaem sobre os trabalhadores que, em muitos momentos, estão cercados em suas práticas por dificuldades administrativas, de recursos humanos, de infra-estrutura e da inoperância da rede de cuidados. Os atores desses cenários, muitas vezes, sentem-se fortalecidos em saber que estão caminhando para ações integrais em saúde, mas não suficientemente articulados para isso, por questões políticas, de gestão e até pela impotente interação na equipe.

Mediante a interpretação dos dados do cotidiano das práticas, compreendo que os aspectos facilitadores da intensificação da integralidade nas equipes da ESF e de apoio são os processos de reflexão dos trabalhadores sobre a organização das práticas e dos Serviços. São processos que possibilitam interações saudáveis ao trabalhador e ao usuário e a reinvenção do cotidiano pela coletividade.

Os aspectos dificultadores dessa questão são aqueles que suprimem os sujeitos e a intersubjetividade nas relações entre trabalhadores e trabalhadores/usuários e que não traduzem a integralidade do sujeito, das ações, dos Serviços e das políticas públicas. É um contexto complexo, mas que deve perpetuar como diretriz para alcançarmos o Sistema de Saúde idealizado e constituído.

Os dados desvendaram que o encontro do usuário com o profissional e a equipe qualifica-se com o investimento no vínculo, no respeito e no reconhecimento da pessoa como “sujeito da ação”, com participação ativa. A visão mais humana dos profissionais de saúde

pode contribuir para um contato mais sintônico, e, conseqüentemente, mais ético, entre eles e a população assistida.

Numa associação da descrição da prática cotidiana com os significados de integralidade expressos pelos atores sociais na categoria anterior, aponto que alguns informantes relatam que as ações de integralidade, muitas vezes, são contempladas pela equipe e demonstram também abarcar múltiplos interesses de transformação da prática hegemonicamente instituída.

Torna-se urgente perceber a diversidade que marca a presença da produção de subjetividade nas práticas profissionais no setor da Saúde. Nessa análise, ressalto a urgência de se reconhecer a presença de sentidos diversos sobre o tema da integralidade em saúde. Essa diversidade não significa um fator negativo, mas demonstra a heterogeneidade do campo e dos atores que constroem os significados a partir de seus contextos e da posição desses atores na produção social da saúde. Nessa abordagem, compreendo que uma proposta de ações integrais em saúde não deve ter o poder de uniformizar, em um único discurso, as ações, mas de enfrentar os desafios dessa diversidade, propiciando o aumento da reflexão dos atores sobre suas práticas.

8

OS PILARES DA INTEGRALIDADE: A COMUNHÃO DA IDEOLOGIA E OS ENTRAVES NO COTIDIANO



8 OS PILARES DA INTEGRALIDADE: A COMUNHÃO DA IDEOLOGIA E OS ENTRAVES NO COTIDIANO

“A experiência não é só uma soma de situações individuais, mas um acúmulo de dados coletivos, a maior parte do tempo não conscientes, que delimitam a vida em sociedade”.

Michel Maffesoli

Durante o processo de análise deste estudo, alguns temas comuns surgiram nos três cenários, tais como o perfil, a formação e a rotatividade dos profissionais; o vínculo; a hierarquização dos Serviços e a implicação da referência e contrarreferência no dia a dia dos Serviços. Os dados mostram como essas questões facilitam ou dificultam a construção da integralidade em saúde no cotidiano da ESF.

8.1 O vínculo na construção da integralidade

Um dos temas revelados enquanto tradução da integralidade refere-se ao vínculo profissional/usuário na ESF:

É, porque com o PSF eu percebi assim, que o elo que é criado entre o agente de saúde e a família, e até mesmo com a enfermeira e com o médico, através das visitas domiciliares, assim se tornou... uma coisa muito boa, porque antes não tinha isso. O médico, a enfermeira, ou outro profissional de saúde entrar na casa. Então assim, foi criada uma amizade muito grande (ACS₁₁).

Entrar na casa do usuário, aproximar-se da realidade do outro, saltar os muros institucionais da Saúde, estar presente na comunidade, são conquistas que abrem espaços para abordagens e ações que podem ser diferenciadas no trabalho cotidiano. A equipe de Saúde (re)conhece esse processo de atuação e aponta para uma modalidade que retoma uma cultura de atenção à família, porém com uma equipe ampliada para a modalidade multiprofissional.

Já faz três anos que eu trabalho aqui em Datas. Eu fiquei mais de dois anos na zona rural. Foi o meu primeiro emprego, então assim, o que aconteceu, quando eu

comecei a visitar cada comunidade, cada comunidade era diferente, aí eu comecei a ficar doida, às vezes, eu fazia uma coisa em uma comunidade e tentava a mesma coisa na outra e não dava certo. Aí eu ficava, ai meu Deus e agora o que eu vou fazer? Aí eu demorei um pouco pra perceber, entendeu, que cada comunidade, mesmo sendo do mesmo município, pertencendo à mesma área, cada comunidade ela é específica, ela tem as suas crenças, ela tem os seus valores específicos. Então, às vezes numa comunidade, quando eu cheguei pela primeira vez, eles gostaram, me receberam bem, foram receptivos, em outra comunidade que eu cheguei eles não quiseram nem saber quem eu era, pra que eu tava ali, entendeu? Então, aos poucos que eu fui conseguindo, a confiança, e aos poucos que eu fui aprendendo a... não é... deixa eu ver... procurar uma palavra... aos poucos que eu fui, assim aprendendo a... mexer com cada população, entendeu? A respeitar cada crença, cada valor, então eu demorei um tempo (E₅).

Para desenvolver o trabalho dentro dos pressupostos de atenção ao sujeito, à família e à comunidade, é imperioso conhecer e saber abordar cada pessoa, cada família, cada realidade vivida como descreve o relato acima. Os aspectos culturais determinam os comportamentos de cada pessoa e da comunidade e as formas de atuação da equipe ESF. A aceitação das propostas de cuidados à saúde vem ao encontro do respeito a todos os aspectos do sujeito, e à confiança que têm nos profissionais, e assim vai se constituindo o vínculo na prática diária da atenção a saúde:

Ah, eu consigo interagir a sociedade com a Unidade, por exemplo, na maioria das vezes quando eles precisam de alguma coisa, nem sempre eles vêm até a Unidade, eles perguntam pra mim primeiro, às vezes, não querem nem chegar até o médico, então muitas vezes, sou eu que trago os problemas deles pro médico, porque vão atrás de mim: “ô, tá acontecendo isso, o que você acha?” Na hora me apertam, eu não sei responder, eu falo não, aí eu vou perguntar. E, muitas vezes, eles não querem ser identificados, então eu tenho que chegar e falar: eu tenho um paciente assim, assado o que pode tá acontecendo? É, eu consigo interagir a sociedade na Unidade, assim eu acho que eu sou ponto de apoio, na maioria das vezes, pelo menos na minha microárea, antes dos médicos estar sabendo o que tá acontecendo, eu já tô sabendo o que está acontecendo há muito mais tempo (ACS₄₁).

É, esse envolvimento, a gente passa a fazer parte pelo seguinte: a gente percebe a confiança do paciente com a gente, entendeu? Se ele tem um problema, por exemplo: ela tá com um problema que ela não tem confiança ou não tem a liberdade de chegar e comentar com o marido; ela chega me procura, num cantinho, conversa, às vezes, tem aquela liberdade de chegar e de comentar com a gente, agente de saúde, mas não tem a liberdade para comentar com outra pessoa da equipe, então chama particular e tal. Esse é um relacionamento que fica, ele fica aberto, o paciente já tem liberdade de te chamar, de te convidar para entrar, de te levar na cozinha, então é isso, entendeu? Coisas que, às vezes, a família deixava escondida de você ela já abre mais, ela já te leva pra poder está fazendo parte, te pede ajuda, te pede socorro. Entendeu? Você já faz parte disso, a gente sofre junto, não tem como! (ACS₂₁)

O convívio com a família gera confiança em relação ao ACS que se considera o “ponto de apoio”, o que permite aos usuários fazerem confidências, pela proximidade entre eles, estabelecendo, assim, o vínculo com a equipe. Essa relação facilita a adesão à Estratégia e a abordagem da equipe, mediada pelo agente. Segundo Larentes e Corazza (2004), os ACS

são fundamentais para gerar uma relação de confiança e cumplicidade com a família e essa relação pode estender-se aos demais trabalhadores. A interação do ACS com a população de sua microárea expressa de forma clara a função desse membro na equipe, ele é o pilar da construção do vínculo, por ser o ator mais próximo da realidade dos sujeitos.

É evidente que eles são portadores naturais do vínculo com a comunidade e são capazes de contribuir com a autonomia dos usuários. Poderá haver a promoção da autonomia porque o vínculo guarda uma estreita relação com a capacidade de o usuário usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida. O vínculo é, portanto, o instrumento que leva os trabalhadores e os usuários ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais (LARENTES & CORAZZA, 2004; PIRES, 1999).

Os informantes, quando questionados sobre a prática da integralidade nas ações da equipe, elucidam que a rotatividade profissional dificulta esse processo de se ter vínculo e alcançar a integralidade do ser e das ações desenvolvidas pelo profissional/equipe. Esse foi um tema comum nos três municípios.

Durante esses dois anos, esse tempo que eu fiquei (na zona rural) eu conheci a comunidade, conheci as famílias e você conhecer as famílias de zona rural é muito difícil, porque as casas são muito afastadas. A gente não tem carro disponível pra tá fazendo visita domiciliar, então requer um tempo mesmo. Então quando eu pego isso tudo, como se diz, quando eu consigo tudo que eu quero, eles vêm e me tiram da zona rural. Por isso que eu não queria sair da zona rural. Porque se você falar assim comigo hoje... ó, igual vai ter a Campanha de Rubéola, que está o maior rebuliço. Se você falar comigo, ó, vai ter Campanha de Rubéola e nós vamos ter que atingir metas, eu te dou certeza que em todas as comunidades eu consigo metas, entendeu? Porque eu já sei como abordar cada comunidade, uma comunidade vai ser diferente da outra. Por isso que eu não queria vir pra cá, então o que aconteceu, Selma? Aproveitar agora que tá gravando mesmo, você pode tirar o que você quiser. Com a saída da outra enfermeira, o prefeito me pôs aqui, aí eu falei: Fulano, me deixa na zona rural? Eu pedi a ele, ele falou não, "Agora nós precisamos de você aqui!" Chefe é chefe, né? (risos) Eu vim. Mas, acontece que o povo não desmamou. O povo, assim... eu falo, resolve com a outra enfermeira, mas não, eles tão sempre atrás de mim, eles sempre me procuram, eles sempre me ligam, entendeu? (E₃).

Ter vínculo com a população requer tempo. Segundo o profissional enfermeiro, muitas vezes, ele enfrenta dificuldades até construir esse vínculo: ser aceito, ser re-conhecido para conseguir a adesão da população no desenvolvimento das ações de saúde. A fala do entrevistado demonstra sua insatisfação em deixar o local de trabalho de que gosta. Percebe-se uma rigidez na estrutura do Serviço que pode impossibilitar que o profissional permaneça onde se sente realizado. A complexidade do problema surgido com a remoção do enfermeiro para outra equipe não se limita à insatisfação, mas provém do fato que o essencial da significação do trabalho é subjetivo. Se uma parte da relação do trabalho com o objeto é

consciente, essa parte não é mais que a subjetiva, não há jamais neutralidade dos trabalhadores em relação ao que produzem ou executam (DEJOURS, 1987).

Portanto, o vínculo não se “fecha” com a transferência da enfermeira para outra equipe dentro do município, pois a população continua tendo-a como referência.

Com a minha vinda da zona rural pra essa equipe eu fiquei sobrecarregada, porque eu fico aqui em Datas e já tem a demanda espontânea que é muito grande. Que infelizmente o pessoal aqui não é acostumado a PSF, eles não fazem PSF, então a demanda espontânea aqui é muito grande e ainda tem o pessoal da zona rural, que toda vez que vem aqui em Datas vem aqui no Posto. Vem me ver, vem me pedir uma coisa, vem pedir pra eu resolver outra coisa, quando, aí eu falo é tudo com a outra enfermeira. E jogo tudo pra ela, aí eles ligam, aí ficam me chamando ao telefone. Então, assim, acaba que eu fiquei sobrecarregada. Não é porque ela é ruim, não é por causa disso, é porque eles acostumaram comigo (E₅).

A população vinculada demonstra uma nova postura na busca pela saúde, a referência está firmada, não importa a adscrição à equipe e sim o apoio do profissional que foi constituído. Ao mesmo tempo que o enfermeiro afirma o vínculo que caracteriza a modalidade de assistência ao sujeito na ESF, ele afirma que “o pessoal não faz Saúde da Família” e sim opera no atendimento voltado para a demanda espontânea. Apesar dessa demanda espontânea ser elevada, ela também faz parte das ações da equipe, os casos agudos e crônicos não deixarão de surgir, no entanto, a equipe não pode se restringir a essa ação. Essas são situações opostas observadas no cotidiano, o vínculo que a caracteriza como Estratégia de mudança e a demanda espontânea que perpetua o modelo tradicional.

As razões que levam à rotatividade de profissionais dentro do município ou mesmo dentro da equipe, segundo os informantes, não são justificáveis, trazem muitos transtornos e podem interferir na construção da integralidade. Além de a população não ser informada anteriormente, muitas vezes, os usuários não compreendem os motivos dessas mudanças. O que conta como positivo para esses usuários é o vínculo estabelecido.

Com a minha mudança para a equipe urbana, então assim, tá começando a ter a resistência (com a outra enfermeira), a mesma resistência que eu tive quando eu entrei, pelo povo não conhecer, pelos costumes, pelas crenças, ela está passando pela mesma coisa. Então é uma coisa que eu acho que não precisava, porque mexer com gente da cidade é mais fácil, o pessoal é mais comunicativo, o pessoal não tem vergonha de se comunicar, e quando eu ia com o médico na zona rural era assim: saía do consultório eu agarrava no paciente, e aí, o que o médico te deu? Já olhava a receita, o que foi prescrito, o que o paciente queixou, já dava o remédio, aí eu já orientava, entendeu? Então acho que isso já ajudava bastante ao serviço, desenvolver o serviço melhor (E₅).

Depois do processo seletivo, pelo fato da população ter assim um tratamento muito grande com os antigos agentes, então assim, teve uma resistência grande com as ACS. As meninas sofreram quando entraram, sabe o pessoal vinha e reclamava, e sabe teve uma resistência muito grande. Só depois de muito tempo, que a Enfermeira foi falando, quando tinha caminhada a Enfermeira conversava e pedia

paciência, porque as meninas eram novas, estavam no primeiro trabalho. Aí que o pessoal foi relaxando, sabe, foi acostumando com as meninas, desenvolvendo esse vínculo, que já tinha com as agentes anteriores, que aí foi tranquilizando mais. Mas foi di-fí-cil! E olha que quando entrou a nova turma de ACS eu tinha saído de licença maternidade, então eu fiquei quatro meses afastada, e quando eu voltei ainda tinha resistência, agora tranquilizou (ACS₂₁).

Desse modo, a construção do vínculo

é um recurso terapêutico, é algo que liga pessoas e indica interdependência com relações de compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro (CAMPOS, 2007, p. 68-69).

Por conseguinte, esse processo de vinculação é vital para o desenvolvimento das ações integrais em saúde. A organização do processo de trabalho deve atender, precisamente, a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos. As respostas às demandas das pessoas e aos anseios do profissional da saúde devem ser, conseqüentemente, uma experimentação de um compromisso à procura dos usuários e a descoberta de soluções para seus problemas.

Segundo os informantes, a rotatividade profissional tem várias implicações na construção do vínculo e, conseqüentemente, na promoção da integralidade.

Eu acho assim, o processo seletivo influenciou em tudo. É porque os antigos agentes já estavam em contato com a população e já tinham habituado com o trabalho. Então já conhecia o paciente, já tava engrenado no trabalho, a funcionar normalmente como uma equipe, o que faltava em um, completava no outro, entendeu? E depois desse tempo todo, surgiu o processo seletivo eram cinco vagas só, e acabou que da equipe antiga ficaram dois agentes. E então assim, os novos agentes, até, assim, pegar a parte burocrática foi fácil. Mas até que a equipe começa a funcionar como equipe, começa a tornar uma equipe mesmo, digamos assim na força da palavra, leva um certo tempo. Até que a coisa começa a andar junto, cada um pegar o ritmo do outro, pegar o ritmo de trabalho e, cada dia que passa o trabalho do PSF tem aumentado mais, cada vez mais exigido mais da gente. Então se a gente dá uma parada, aquilo que a gente já tinha conquistado dá uma recaída. [...] O fato de ter me mudado de microárea, quando eu voltei foi difícil pra mim, porque primeiro eu fiquei quatro meses afastada de licença maternidade. Oh, no início é difícil sim, porque até que você acostuma com o nome do paciente, quem mora em tal casa, a necessidade de cada um. Porque quando a gente desenvolve esse trabalho que foi por dez anos com a família, então até os cachorros e gatos que tinha dentro de casa, eu sabia. Aí, de repente, eu dou de cara com uma microárea nova, pessoas diferentes, área extremamente carente, extremamente perigosa, então pra mim foi um choque! Então dificultou um pouco (ACS₂₁).

Estou aqui já tem um ano e cinco meses. A gente já mudou um pouco a equipe, depois que eu cheguei aqui já é a terceira enfermeira que passa. Os agentes comunitários já mudaram três. E as técnicas e as auxiliares já mudaram duas. Mas a gente tenta, apesar de eu pedir para não mudar, mudaram. Eu pedi pra não mudar a enfermeira! Eu virei para o secretário de saúde e pedi “não muda a enfermeira porque é ela que já conhece o pessoal”. E mudou! Uma teve que sair e a outra ele mudou por opção, mas eu pedi que não mudasse (M₇).

Além da dificuldade enfrentada pelo profissional e o usuário para construírem esse vínculo, a rotatividade se constitui em um percalço porque o vínculo com cada profissional é importante e tem um valor diferenciado na vivência dos sujeitos, cada um desempenha uma função no processo de trabalho. Portanto, a rotatividade tem implicações sobre o trabalho individual e sobre o processo de trabalho em equipe. Assim, a rotatividade é um obstáculo para muitos pilares que estruturam a integralidade na ESF: o laço, o respeito, a confiança, o compromisso, o trabalho em equipe e a co-responsabilização no acompanhamento da família.

Ah, eu fiquei muito confusa quando me trocaram de Unidade de Saúde. Porque pra mim, o PSF é você criar um vínculo com a família. Então é você acompanhar a família. Você sabe quantas pessoas moram naquela casa. Sabe que aquela criança não vai bem na Escola, que não gosta de estudar. Você conhece a mãe que tem problema com marido, que apanhou, que não apanhou. Que ficou grávida. Que perdeu o neném e ficou triste ou que perdeu e ficou feliz. Então você conhece. Quando você é mudada, mesmo que seja por qual motivo for, eles não pensam nisso. Igual fala: “Ah, é uma estratégia de equipe.” Pra mim, deixa de ter o sentido de Saúde da Família. Porque você deixa de acompanhar, não escuta o que os usuários tão achando dessa mudança e acaba cortando o vínculo que já era forte, que é o respeito, que é a pessoa abrir a sua casa pra você entrar, ter coragem de falar o que aconteceu, de chorar com você ou de ficar feliz e te contar uma novidade, conseguiu uma cura e vai te agradecer. Isso aí, quando é mudado assim, corta o vínculo, sabe? Então, às vezes, eu fico pensando se eles realmente entendem o sentido do Programa Saúde da Família (E₆).

A atenção nessa discussão está voltada para a importância do vínculo na ESF e pelo questionamento que E₆ faz em relação ao gestor e ao prefeito, quando resolvem remover os funcionários dentro do município e se, por parte deles, há um entendimento do sentido da ESF. O informante ainda indaga sobre o que a população pensa a respeito, uma vez que não é consultada.

O vínculo é um aspecto fundamental da atenção integral, podendo ser pensado em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto em sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo estável entre ambos, o que se torna valioso instrumento de trabalho. A ideia de vínculo como uma relação terapêutica, toma um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado. A continuidade, como a terceira dimensão é um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento e confiança entre profissional e paciente. O vínculo também implica a responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal (CAMARGO JR *et al*, 2008).

Os informantes descreverem fatos que apresentam a rotatividade profissional e suas implicações, que interferem na dinâmica do trabalho cotidiano e no vínculo construído com as famílias. Essas implicações são importantes para esta pesquisa porque denotam um olhar para a estruturação da ESF e para a vinculação com a população, uma configuração que contribui para a construção da integralidade da assistência e da qualidade da atenção à saúde.

8.2 O perfil e a formação do profissional e suas conexões com a Integralidade.

Os entrevistados reconhecem que, para que a atenção seja integral a formação/educação também tem que ser integral e interdisciplinar. Mencionam, em seus relatos, que os recém-egressos da graduação não estão preparados para a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano em sua subjetividade e, ainda, referem-se à precariedade do ensino em muitas Escolas de graduação. A articulação entre o perfil, a formação profissional e o desenvolvimento de ações integrais em saúde, para eles, configura o universo do trabalho em equipe e da assistência ao usuário, à família e à comunidade. Entretanto, reconhecem a carência de investimento em educação permanente e, ainda, a necessidade de seleção de profissionais com perfil para trabalhar no Sistema Público de Saúde.

A gente tem notado que muitas Escolas não estão preparando bem os médicos para trabalharem no PSF. Eu acho que é muito difícil. PSF geralmente é em cidade do interior, cidade grande também, mas principalmente cidade do interior. E o técnico de futebol melhor que já teve no Brasil, o Telê Santana falava que: “Jogador de seleção é igual médico de interior, tem que jogar bem, e se possível em todas as posições”, entendeu? Então ele tem que estar bem preparado e, eu acho que é um preparo que demora, não é apenas um concurso que vai determinar se esse médico tem condições de trabalhar como médico de PSF. Você que trabalha na área da saúde sabe disso, não é só médico não, outras pessoas da área da saúde também. Não é só o saber, o conhecimento, o relacionamento também é importantíssimo pra isso (M₅).

Segundo o médico, muitas Escolas não preparam os futuros profissionais para o trabalho segundo os pressupostos da ESF: “não é apenas um concurso que vai determinar se esse médico tem condições de trabalhar como médico de PSF”. Além do conhecimento

técnico-científico, que se deve construir no processo de formação, o relacionamento humano é importante para a atuação.

No caso da saúde, a formação de profissionais com a capacidade de oferecer atenção integral é fundamental para a conquista da integralidade mas, na abordagem clássica da formação em saúde, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 1403),

o ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional.

Porém, “a formação e o exercício profissional não podem seguir linhas paralelas no desenvolvimento de sistemas de saúde, eles precisam de relações orgânicas” (CECCIM & PINTO, 2007, p. 266).

É possível saber lidar com as formas de viver emergentes, com uma formação reducionista, em um trabalho assumidamente complexo na ESF, “que coloca o cuidar do ser humano no coração das famílias? Estariam os profissionais de saúde preparados para entender e para se tornar empáticos nas mais diversas micro-culturas se não se inverter a lógica de como ainda se veem o ser humano e suas famílias?” (SPAGNUOLO & GUERRINI, 2005). Essas são as mesmas perguntas que os informantes apontam, se fazem ou respondem ao falarem da formação e do perfil e suas conexões com a integralidade numa perspectiva de alcançá-la no cotidiano do trabalho na ESF.

A qualidade profissional depende de ações competentes, não somente para indicar e realizar habilidades e saberes que respondam a problemas específicos, mas para repensar o próprio papel do profissional de saúde diante dos problemas da realidade social, em um movimento de ação e reflexão. Nesse movimento dialético, em que novos valores são identificados na sociedade, a comunidade acadêmica deve buscar caminhos que respondam às demandas da formação profissional em suas diferentes dimensões da prática.

A analogia “jogador de seleção é igual médico de interior, tem que jogar bem, e se possível em todas as posições” destaca a necessidade de o médico ter uma formação integral, a visão biopsicossocial do indivíduo, além das habilidades técnicas e clínicas.

O futebol, como tem sido mostrado em muitos estudos, é um referente universal com grande impacto na mídia, quebrando recordes do evento mais assistido no planeta a cada Copa do Mundo (RIAL, 2008). A proposição da analogia é bastante pertinente, pois as posições dos jogadores, apesar de nomeadas, não são fixas, por exemplo, é muito comum um jogador defensivo atuar no ataque.

Na saúde, também tomamos posições para a atuação, porque essa atuação depende da formação e das escolhas que fazemos para exercê-la.

Aqui, a gente atende todas as faixas etárias. Eu não tenho muita experiência com a obstetrícia, eu não gosto, então eu não faço, e aí foi pedido à administração para poder contratar um obstetra para tá dando um suporte (M₄).

O analogismo do jogador polivalente aplica-se também ao médico especialista “generalista” ou em “medicina geral e comunitária” para atuar na ESF, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Ao fazer referência ao perfil do médico generalista para atuar nesse âmbito, apoio-me na discussão dos autores Hübner e Franco (2007), constatando que essa indicação se constitui em um problema porque há escassez desse profissional no mercado de trabalho.

No entanto, o informante afirma que “não é só o saber, o conhecimento, o relacionamento também é importantíssimo para isso”. Esse relacionamento interpessoal favorece o encontro profissional/usuário e também profissional/equipe. Nas inter-relações cotidianas é que se constrói a integralidade no fazer em saúde.

Cada uma das onze posições numa equipe de futebol pressupõe, para ser bem desempenhada, um conjunto específico de habilidades e atributos. Portanto, trata-se de um trabalho em equipe. Por melhor que seja um jogador, sozinho não obterá êxito. (MASCARENHAS, 2002, p. 02). Na saúde, não é diferente, o “trabalho da equipe multiprofissional é um trabalho coletivo, marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 109). Enquanto os trabalhadores de saúde não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” comum a todos, não se pode dizer que há trabalho em equipe (FRANCO & MERHY, 1999).

Assim, os informantes deixam explícito que essa formação deve preparar os profissionais para trabalhar com a complexidade da atenção primária e com as diversidades do ser humano, dotado de autonomia em suas escolhas.

Olha, eu gostaria de salientar que, na maioria das vezes, os profissionais, eles não são preparados pra fazer Saúde da Família como ela deveria ser. A gente não tem essa visão. Não sai da faculdade com essa visão de serviço público, porque lá, assim, claro que tem cidade que tem outros recursos, mas a maioria das cidades pequenas a gente vem trabalhar no olho escuro. Então assim, a gente atende até hoje sem raio X. Então na hora que você vai fazer uma exodontia, você depara com uma situação que você não estava esperando e, às vezes, passa aperto. Então tem muita coisa que a gente não está preparada pra fazer, mesmo na função profissional [...] Inúmeras vezes o que eu acho que acontece é que a gente, às vezes, trabalha tanto numa coisa e a gente costuma perder a sensibilidade para aquilo e esquece que a primeira ida ao dentista, ou num hospital ou qualquer outro lugar que você precise ir, é dolorosa. E,

às vezes, a gente perde aquela sensibilidade. Então eu acho que a gente tem que ter, por exemplo, o Estado deveria ter uma educação permanente, uma capacitação, uma motivação. A gente fica muito abandonada como profissional. Devia ter um investimento em educação permanente. Pra gente se avaliar também, que a gente não se avalia, não é avaliado. Às vezes, você acha que está fazendo correto, pra você ver que tem outras formas. Eu acho que precisa ter um Serviço mais integrado mesmo (CD₄).

Dessa forma, a capacitação é insuficiente para dar conta dos problemas enfrentados no cotidiano das práticas. A formação prático-teórica versus a precária condição de trabalho em saúde, por falta de recursos em algumas realidades do Serviço Público, assinala que,

tanto a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais representam a captura da Educação Permanente em Saúde e, por conseguinte, dos processos de mudança. É por isso que a Educação Permanente em Saúde é um desafio ambicioso e necessário (CECCIM, 2005, p. 168).

Diante da complexidade da demanda atendida na ESF, outras habilidades precisam ser desenvolvidas para capacitar o profissional frente à subjetividade nas relações cotidianas, pois o fazer rotineiro pode torná-lo insensível e provocar o esquecimento de que a “primeira ida ao dentista, ou num hospital é dolorosa”. O momento da busca pela atenção à saúde é vivido por muitos usuários com sofrimento, medos e angústias, e essa atenção deve respeitar todas as dimensões do ser, em uma visão global do “encontro” entre o profissional e o usuário.

Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente [...] Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O *permanente* é o *aqui-e-agora*, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais (CECCIM, 2005, p. 168 – grifo do autor).

Portanto, como Mattos (2009, p. 794), “reconheço, no uso do termo integralidade, um potencial de distinguir diferentes formas de se exercerem as práticas de cuidado, potencial particularmente útil para os que aspiram transformar as práticas vigentes”.

Além de se ser sujeito ativo na cena do trabalho, a educação permanente é uma indicação do cirurgião-dentista. O documento de referência para a educação permanente em saúde é a Portaria 1.996/ 2007, (BRASIL, 2007), que estabelece a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa política está sendo implantada para os trabalhadores do SUS, na perspectiva do fortalecimento do Sistema. Está amparada no pacto de gestão do SUS, integrando-se a ele para compor um elemento adicional de planejamento da gestão regional e estadual do SUS: os planos regionais e estaduais de educação permanente em saúde. A proposta da Universidade Aberta do SUS integra-se à PNEPS, oferecendo aos

colegiados de gestão do SUS um amplo conjunto de oportunidades de aprendizado disponíveis em todo o território nacional, por meio de tecnologias de educação à distância. Na Portaria 1.996/ 2007 educação permanente foi conceituada como

a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007, p. 13).

Em toda a história de construção do SUS há um razoável investimento na educação para o Setor. No entanto, gestores e trabalhadores da saúde constatam que o investimento em programas educacionais não tem se convertido em mudança das práticas de cuidado. Partindo do pressuposto de que educação pode ser um dispositivo de mudança, sugere-se que práticas pedagógicas se direcionem a sujeitos comprometidos com a produção do cuidado. Assim, propõe-se trabalhar, além da cognição, o campo das subjetivações (FRANCO, 2007).

A transformação das práticas profissionais e do processo de trabalho por meio da educação permanente indica que a realidade dos Serviços e as instituições formadoras

possuem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício do ensino, e o outro o campo de exercício dos serviços. Quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas. A educação em serviço reconhece os municípios como fonte de vivências, autorias e desafios, lugar de inscrição das populações, das instituições formadoras, dos projetos político-pedagógicos, dos estágios para estudantes e de mobilização das culturas (CECCIM & FEUERWERKER, 2004b, p. 53).

A mudança do padrão de subjetividade, a educação permanente e a avaliação são indicativas para se “ter um serviço mais integrado”, segundo o discurso.

Outro assunto também é em relação à qualidade das Escolas, em medicina a gente vê qualidade muito baixa, na enfermagem eu não sei se tem. Acho que isso aí o governo tinha que dar um jeito nisso. E para forçar o governo é o nosso voto, a nossa agitação, que quando eu era jovem foi feito e agora parece que está começando (M₅).

A formação hospitalocêntrica e biologicista na saúde não vem preparando profissionais com a competência de criar espaços públicos de negociação, de trabalhar em equipe ou de reconhecer, respeitar e integrar o outro. A defesa da vida e do SUS pede mudanças na formação destes profissionais.

As escolas médicas encontram-se diante do desafio de mudar para formar um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar uma atenção humana, de qualidade. As mudanças necessárias são profundas porque implicam a transformação de concepções práticas e relações de poder, tanto nos espaços internos das universidades, como em suas relações com a sociedade, especialmente com os Serviços de Saúde e a população (FEUERWERKER, 2002).

Esse perfil do médico egresso da Faculdade não corresponde àquele descrito nas falas e desejado pelo mercado de trabalho do Sistema Único de Saúde e da ESF.

O perfil do médico de PSF é o seguinte, é aquele médico que formou fez concurso pra residência em alguma coisa, não passou, vai para uma cidade pequena ou mesmo cidade maior, ganhar uma grana e estudar, comprar um carrinho, até fazer outro exame, até ver se consegue passar. Então essa integralidade com o PSF, no meu modo de pensar, fica um pouco machucada com isso. Ele não é aquele indivíduo idealista, que gosta de medicina (social) e tem vontade, está interessado em exercer a medicina naquela área. Eu acho que deveria haver cursos de Programa Saúde Família, residência quem sabe, residência é diferente. Então eu acho que deveria ter um preparo maior. Inclusive com relação a essa integralidade que você citou aí, eu acho que é muito importante integralidade entre a equipe (M₅).

É o que eu acho que seria importante mesmo é talvez, que é justamente assim, que é uma coisa um pouco difícil, difícil mesmo! É conseguir descobrir as pessoas que tem certo perfil para trabalhar em certas áreas. Porque, às vezes, a pessoa pode ter vários cursos aí, tem cursos para agentes de saúde, tem cursos pra médicos, para os enfermeiros, mas se a pessoa não tiver aquele perfil, se a pessoa não tiver talvez aquele dom, aquele gosto por aquela coisa, não adianta por mais cursos que ela tenha a coisa não vai funcionar bem (SMS₂₂).

A integralidade fica “um pouco machucada” quando o médico não tem o perfil para atuar na ESF, muitas vezes, ele é aquele que não passou na residência e assumiu provisoriamente o cargo, mas ele não é aquele médico “idealista” para trabalhar na ESF, não tem perfil para a medicina social.

Esse perfil para trabalhar na ESF, não somente do médico, mas também dos demais profissionais, é fundamental porque são os fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, definem o perfil da assistência.

Em 2001, Campos e Belisário já discutiram em seus estudos que o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se. Para esses autores, uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a essa nova realidade. Da mesma forma que Almeida e Mishima (2001) declaram que se faz necessário o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos na assistência na ESF.

Acredita-se que uma forma de alcançar essas mudanças no campo da saúde é a aproximação entre as Universidades e os Serviços (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a).

A reorganização da atenção primária implica não somente mudança de atenção à saúde na perspectiva do sujeito e da família, mas também reorientação da formação dos profissionais de saúde que contemple uma abordagem de ensino voltado para os pressupostos da atenção universal, equânime e integral considerando a realidade em que as pessoas estão inseridas, pois são várias as dificuldades enfrentadas pelos jovens profissionais:

Eu já falei pra você de um assunto, fora disso que tá aí. Às vezes, a gente tem que sair fora. Quando eu formei em Medicina a gente era jovem, mas era muito diferente de vocês. Completamente diferente. Hoje existe medicina, farmácia, direito, engenharia, odontologia, então o problema é de fazer vestibular, estudar, formar e trabalhar. Eu me lembro que a minha turma de residência de cirurgia que eu tive, foi a primeira turma que teve da UFMG, a gente era convidado, convidado a fazer a residência. Não era chamado para fazer concurso na residência não, você era convidado. Era igual jogador de futebol, um time te puxa daqui, outro time puxa dali, entendeu? A gente era convidado, fazia a residência, começava a trabalhar, o mercado de trabalho era comum e do ponto de vista financeiro não havia nenhum problema, nenhum jovem ficava de cabeça quente, onde é que eu vou trabalhar, quanto é que eu vou ganhar, como vai ser a minha vida? Hoje está tudo diferente, o jovem hoje tem um estresse muito grande, por causa dessa insegurança, ele não sabe o que vai ser, tem que batalhar muito, e muitas vezes, vai estudar muito, trabalhar muito e ganhar pouco. E, às vezes, ganhar pouco sem segurança. [...] Eu vivi uns anos da ditadura e fui militante naquela época, eu sei que a gente pode pressionar. A gente então pode pressionar e fazer com que, quem estuda enfermagem, odontologia... vai ter condição de pressionar e fazer com que o governo garanta emprego pra todo mundo que trabalha na área. O emprego, garanta é meio redundante, garanta o emprego com garantias (M₅).

O mercado de trabalho para os egressos da graduação, para algumas profissões, está em crise, há mais demanda do que oferta de empregos. O profissional, depois de vencer as dificuldades para ingressar e cursar a faculdade, vê-se, muitas vezes, excluindo do mercado de trabalho, sem possibilidade de atuar na área de sua escolha.

A analogia – “a gente era convidado a fazer a residência, era igual jogador de futebol, um time te puxa daqui, outro time puxa dali” – pode ser referenciada não aos parâmetros da residência médica atualmente, mas à carência desse profissional no interior do país, em município de pequeno porte, narrado por um gestor: “hoje em dia os municípios estão disputando médico com outros municípios, quem paga mais leva o profissional (SMS₁)”, isso dificulta o andar da Saúde nessas realidades interioranas.

A força de trabalho em saúde representa um nó crítico para a gestão do SUS. Não há uma política de pessoal articulada com as políticas de saúde. São insuficientes a quantidade e a qualificação de profissionais na rede pública. Em uma mesma organização, coexistem diferentes jornadas, salários e vínculos de trabalho. Ademais, as condições de trabalho são, em geral, precárias. O resultado são a desmotivação e o descompromisso de muitos trabalhadores para com o SUS (SOUZA, 2009).

O trabalho na ESF, sem vínculo empregatício, constitui-se em um problema pois, aliados a ele, há a fragilidade dos contratos, os baixos salários, a rotatividade dos profissionais, a desmotivação e o descompromisso com a carga horária estipulada.

O pessoal que trabalha o enfermeiro que trabalha, você sabe, mudou o prefeito, muda. Quer dizer, o jovem além da dificuldade de encontrar trabalho, tem mais essa, não tem garantia de trabalho. Acho que isso é muito importante, a pessoa que trabalha com tranquilidade, trabalha muito melhor. Isso é um assunto que foge disso que você falou, mas eu acho muito importante falar sobre isso (M₅).

A problemática do estímulo e da fixação de profissionais extrapola a realidade dos três cenários em estudo. O diagnóstico é o da necessidade de avançar na construção de um trabalho coletivo mais efetivo, menos vulnerável às oscilações político-administrativas locais e regionais, às vicissitudes da disponibilidade/indisponibilidade de recursos financeiros e aos caprichos de decisões políticas, muitas vezes marcadas pelo clientelismo.

Essa reflexão sobre os desafios para a ESF, presente nos discursos, remete a questões, tais como:

a resolutividade das ações; a qualidade da atenção; a integração e articulação com o Sistema de Saúde. Em relação aos recursos humanos, importa enfatizar a fragilidade dos vínculos empregatícios, a variedade de formas de contratação; a rotatividade dos profissionais, a dificuldade de fixação especialmente dos médicos; e a importância da formação voltada para a atuação dentro da concepção de Saúde da Família e a educação médica é fundamental neste aspecto (CAVALCANTI, 2009, p. 1338-1339).

Após reconhecer que os princípios da formação e do perfil profissional podem interferir na assistência à saúde das pessoas na ESF, o gestor planeja maior investimento nos recursos humanos da saúde para o próximo mandato.

Nós estamos chegando ao final de uma gestão de quatro anos e a expectativa, pros próximos anos é de fazer um trabalho mais voltado para os recursos humanos, mais voltado para o trabalho em equipe, mais voltado para a qualificação do atendimento. E, se for possível e se for necessário, fazer uma seleção melhor dos profissionais, para poder ver a questão de perfil mesmo. Não tô falando assim que nós temos profissionais que não são bons profissionais, mas são profissionais, às vezes, que não tem o perfil do trabalho da Saúde Pública, da Saúde da Família. Ainda precisariam de tempo para poder tá conseguindo isso aí (SMS₃).

Porém, as eleições aconteceram e o município teve outra estrutura com a vitória da oposição.

Por fim, o perfil profissional foi apresentado para o cenário da ESF, numa forma simples de oferecer o modelo ou o padrão de assistência na cena da Saúde e da vida.

É, eu só gostaria de acrescentar que esse trabalho de Saúde da Família é um trabalho que exige que tanto do médico ao agente de serviços gerais, tem que ter vocação e vontade de fazer o que tá fazendo, tem que querer, tem que ter nascido com o dom

de trabalhar com medicina preventiva que é o grande segredo da saúde no Brasil que é a medicina preventiva. Então o trabalho é um trabalho lento, porém é um trabalho que cria frutos. É um trabalho que exige muita paciência, muita perseverança, é um trabalho que não exige grandes tecnologias, não exige grandes dinheiros, grande contribuição financeira, nem nada. O que ele exige? Muita vontade de dar certo, muita vontade de ajudar as pessoas, muita vontade de contribuir com a sociedade, muita vontade de contribuir com o próximo, e pensar na melhoria da cidade, na melhoria da população, na melhoria do ser humano e que o meu pedido, o meu desejo pessoal, íntimo, é que simplesmente deixem que a gente trabalhe. É difícil mudar a cabeça das pessoas de cidade pequena, de cidade do interior, é difícil! Mas a gente, as pessoas já estão sendo motivadas aos poucos e o vírus da vontade de mudar já está começando a penetrar na cabecinha de algumas pessoas que estão passando adiante as ideias, e as pessoas estão começando a ver uma luz no fim do túnel. Então eu acho importante dar crédito a isso, a nos apoiar nisso e deixar que a gente trabalhe. E acreditar no nosso trabalho! Porque o nosso trabalho está dando certo, as pessoas estão levando fé no nosso trabalho e que tenha fé na gente! E que se cada um cumprir com um pouco que tem que ser feito e fizer bem feito o seu trabalho, isso aqui vai virar uma cidade modelo, tem tudo para dar certo. E obrigada por você me dar a chance de dizer o meu ponto de vista (M₆).

Assim, “se cada um cumprir com um pouco que tem que ser feito e fizer bem feito o seu trabalho, isso aqui vai virar uma cidade modelo, tem tudo para dar certo”. Não precisa de grandes investimentos financeiros, é necessário compromisso, vontade de fazer e gostar do que faz. Porém, por priorizar as tecnologias leves, a atenção primária necessita de investimentos em recursos humanos, dentre outros, como os dados apresentam.

Os dados apresentam que a formação do profissional da saúde tem se produzido com baixa capacidade crítica e esta formação deve ser mais próxima das dinâmicas e das necessidades da vida cotidiana. Aprender a aprender que, na prática, a assistência deve considerar as desigualdades sociais e diminuir as iniquidades no acesso aos bens e serviços de saúde.

Passados mais de vinte anos da institucionalização do SUS, “estamos diante dos muitos desafios para ressignificar os processos de formação e de trabalho, articulando sua relação não só com a ciência, a técnica, a doença, o sofrimento e a morte, mas também com: a saúde, a vida, a alegria, a felicidade e o prazer, o conhecimento, o afeto e a produção do cuidado fomentador de cidadania, a solidariedade e a inclusão dos atores envolvidos (LIMA, 2009).

Porém, a formação habilita os profissionais para um determinado ofício em diferentes níveis, mas não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas, novas descobertas ou a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação sócio-institucional (CECCIM, 2003, p. 373-413).

A realidade também aponta precárias situações de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na ESF, ou melhor, no âmbito do SUS, que vem desde a questão salarial e de carreira

profissional até a carência de recursos técnicos e materiais. As falas indicaram a instabilidade profissional frente à realidade político-partidária dos pequenos municípios.

Não restam dúvidas que a formação/qualificação/capacitação do profissional de saúde é um dos caminhos para alcançar os princípios e as diretrizes do SUS na atenção à saúde das pessoas em suas condições e escolhas. Outras medidas são apresentadas como indispensáveis para respostas às reflexões referidas no texto: salários mais justos, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infraestrutura dos Serviços.

Os dados apresentam que já existem direções e iniciativas que buscam construir uma atenção diferenciada na prática cotidiana. Os profissionais de que o SUS necessita precisam de uma formação mais abrangente, um perfil para o trabalho público na área de saúde coletiva, um profissional humano, compromissado, cheio de idealismo para fazer e ter vontade de mudar a realidade, em uma perspectiva realista da situação, isto é, fazer o que é possível de fato, sem perder-se em sonhos de possibilidades que estão fora do alcance no momento para, assim, a integralidade em saúde ser um princípio exercido em todas as suas dimensões, construir, portanto a saúde individual e coletiva de que precisamos.

8.3 Referência e contrarreferência: uma via interdita?

A Hierarquização dos Serviços de Saúde é um princípio do SUS que diz respeito à organização dos Serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas.

Em um sistema hierarquizado, a continuidade da assistência deve ser assegurada principalmente pelo estabelecimento de um sistema de referência, configurado na regionalização e na hierarquização e os Serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos Serviços em oferecer, a uma determinada população, todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando a resolutividade (BRASIL, 1990).

O acesso da população à rede deve ser por meio dos Serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que se

apresentam. Os casos mais complexos deverão ser referenciados para os demais níveis de assistência tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite o (re)conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

A ESF é uma modalidade de assistência que pode articular ações em redes de serviços locais ou regionais, mas utiliza tecnologia na produção de atos de saúde insuficiente para dar conta da diversidade e da complexidade das demandas na saúde. Todavia a rede de atenção à saúde pode possibilitar e permitir orientar o processo de trabalho em função de referências em níveis de maior complexidade. Nesse sentido, a integralidade da atenção significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado e dispor de diferentes meios segundo o grau de complexidade da atenção à saúde – baixa, média e alta complexidade.

A elevada demanda por serviços de saúde imposta pela população nas portas de entrada das equipes ESF e dos Serviços da atenção primária, como os dados apresentaram, evidencia a necessidade de se definir claramente a função de cada um dos profissionais que desempenham a assistência no Sistema, bem como as funções dos demais níveis de atenção para que se possa alcançar qualidade na atenção à saúde. Dessa forma, é clara a necessidade de se estabelecer um adequado meio de intercomunicação entre a equipe e a unidade sanitária ou profissional de referência e vice-versa, o que indica que essa intercomunicação promove a continuação da atenção/cuidado à saúde.

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência e deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam assegurados a referência e a contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir (COSTA, 2004, p. 10).

Como principal porta de entrada no Sistema, a ESF tem o objetivo de assegurar a atenção integral à saúde e o atendimento de urgência se impõe como uma de suas atribuições. Os usuários deverão ser encaminhados para os níveis de maior complexidade quando os casos superarem a capacidade de resolução do nível primário.

Assim, nesse contexto, o atendimento de urgências na ESF faz presença no cotidiano das equipes.

Se eu estou atendendo uma pessoa aqui e tem um caso de urgência, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, principalmente a enfermeira, me chamam de imediato, batem na porta, eu paro. Todo mundo está compreendendo esta situação, no princípio não era assim, tinha gente “mas eu estou aqui desde cedo”, “tô esperando

aqui desde cedo, desde sete horas, já são nove horas,” e eu paro para atender outro. Então o povo está aceitando atender primeiro a urgência. E tem dia que tem muita urgência, segunda-feira passada mesmo eu atendi seis urgências. No dia que eu estou só aqui na parte da manhã então aparecem mais casos de urgência, vem tudo para cá (M₅).

No cotidiano da equipe, eventualmente os profissionais precisam interromper a rotina do atendimento diário para atender casos de urgência. No relato, houve a defesa de que a relação entre os profissionais no atendimento à população está associada à classificação de risco em saúde e que a população atualmente já compreende essa organização do Serviço.

O atendimento primário ele é atendido rápido, assim, se chega não vai faltar o atendimento. E se não tem médico ou a pessoa está passando mal em casa (zona rural) eu tenho a liberdade de ligar na Secretaria de Transporte, pedir pro secretário de transporte tá mandando um carro, se for o caso, a pessoa não tem condição de se locomover por conta própria, pra ser atendido aqui no hospital. Assim que chega é atendido, os médicos ficam aqui no PSF ou no hospital, eles atendem na mesma hora, é muito raro não encontrar, e se não encontrar também a Secretaria de Transporte encaminha para Diamantina ou pra Gouveia. Assim, na atenção primária não tem essa coisa de ficar esperando não. Eu falo a questão da demora na consulta de especialidade, lá fora (ACS₅₂).

O depoimento demonstra que a equipe ESF é porta de entrada, é a referência para a população adscrita, corrobora assim, que a acessibilidade é a capacidade de o usuário obter cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente, onde e quando ele necessitar. O “atendimento primário ele é rápido, já a consulta com a especialidade demora”.

De acordo com a Portaria GM/MS N° 2048/2002,

a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os Serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2002, p. 05).

Essa Portaria define que é fundamental que a atenção primária e a Estratégia Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência (BRASIL, 2002).

Dessa forma, a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, se constitui em um dever da equipe. As pessoas devem recorrer aos Serviços de Saúde em situações de sofrimentos e angústias e, se não houver uma abertura/planejamento da equipe para atendê-las na ESF e dar uma resposta satisfatória a seus problemas agudos de saúde, elas vão entrar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece nos médios e grandes centros urbanos.

Há dificuldades encontradas pela ESF na referência para a atenção secundária.

A consulta de ginecologia, ela é realizada aqui no município, na Unidade. Então, ou o enfermeiro ou o médico ele dá um encaminhamento pra vir aqui na Unidade marcar. Se for o caso de precisar de uma cirurgia, de um tratamento mais complexo que tiver que ir pra fora, eles encaminham e depois a Secretaria de Saúde se encarrega de marcar, aí dificulta um pouco. Porque a Secretaria de Saúde já tem a dificuldade de fazer por causa da cota de consultas que está pouca. E aí demora algum tempo... Então é urgência, você tem que se virar, porque dentro da Secretaria de Saúde urgência não é urgência, demora bastante alguns casos, tem outros que não, que são mais rápidos. Mas, por exemplo, neurologia, não está tendo atendimento suficiente para todo o município que a cota lá no CISAJE está baixa, então não tá dando pra atender todo mundo (ACS₅₂).

E a gente tem pedido aos médicos para adotar a classificação de risco, para ver quais são mais urgentes ou não. E mandei um ofício pra eles porque estava chegando muito encaminhamento aqui, às vezes, “mãe do paciente solicita consulta, quer consulta” na justificativa. Isso não é uma classificação de risco. Então eu mandei um ofício pedindo classificação de risco mesmo, avaliar o caso, pra a gente saber qual pode passar na frente com esse critério, porque eu não posso também passar (SMS₂₁).

Esses relatos apresentam que o acesso à atenção secundária e a intercomunicação entre os níveis são entrecruzados por percalços que interferem na linha do cuidado na rede de atenção. A indicação de a referência ser por classificação de risco foi um critério adotado para se conseguir fazer a regulação obedecendo aos casos mais urgentes, a equidade da oferta das ações por critério de risco, e, também, para se adequar às cotas estabelecidas para cada município.

Bom, nós temos uma cota, e aí a população, às vezes, não entende isso, que o SUS trabalha com parâmetros que diz que para uma população X o número razoável, considerado aceitável, pra raio X é tanto, para exame disso é tanto, tanto, tanto. Ótimo! Se fosse pra atender a população dentro do parâmetro que o SUS estipula num estalar de dedos tava na mão deles. Só que não, é uma coisa que nós precisamos investigar o que acontece, eu imagino o que acontece, eu tenho hipótese, que pra população de Gouveia não funciona dessa maneira. O parâmetro que o SUS estipula pra nós ele é extrapolado três vezes mais, ou quatro vezes mais, então não dá. E acaba ficando pessoas sem poder tá fazendo o seu exame naquele mês e esperar o mês seguinte. [...] E aí nós começamos a organizar o controle de avaliação tanto pra exames como pra encaminhamentos para especialistas em Diamantina através do CISAJE ou em Belo Horizonte. Então, o controle de avaliação é que vai analisar quais são os graus de urgência dessas solicitações. Outro fator, que nós observamos, é que não existia um controle sobre a contrarreferência. Então o sujeito saía daqui, consultava com um especialista e nunca voltava com uma resposta. [...] Então agora a gente passa a ter esse controle, nós criamos uma ficha e grampeamos um recadinho pro médico e avisamos para o usuário “se você não trouxe esta ficha de volta você vai para o final da fila, porque só volta pro início da fila com a resposta escrita pelo médico” (SMS₃).

Segundo o gestor, algumas normas tiveram que ser adotadas para a regulação da assistência, uma alternativa para se conseguir responder à demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial do município. A ênfase, nos três cenários do estudo, foi no direcionamento dos usuários para as equipes da ESF, isto é, a contrarreferência, como inexistente no Sistema, mas indispensável para “o adequado seguimento das patologias de

base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência” (BRASIL, 2002).

No Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, o Art. 53 descreve que é vedado ao médico “deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009). A contrarreferência faz parte das responsabilidades do profissional médico.

Consta, ainda, das falas, que “o parâmetro de cotas que o SUS estipula é extrapolado três vezes mais ou quatro vezes mais, então não dá”, mas a população não compreende isso.

O que eu acho um pouco mais complicado em relação ao SUS, pelo que o SUS prega é a questão dos pacientes, dos usuários do SUS, às vezes, eles não entendem que o SUS é universal, para todos, só que o SUS vive de cotas. Às vezes, o pessoal chega lá e “marca tal exame pra mim”, mas o pessoal não entende que a gente, os municípios têm a sua quantidade de exames de acordo com o tamanho do município. Às vezes, chegam, por exemplo, 50 ou 60 exames, se o município tem direito a 40, quer dizer que os outros 10 vão ficar sem marcar. Então o que a pessoa acha, a pessoa vai pensar que assim que chega tem que marcar porque o que o governo prega que o SUS é para todos. É para todos, mas só que o SUS tem seus limites, tem os limites daquela cota que estabelece para cada município, para cada exame. Isso aí que dificulta um pouco. [...] Mas o que é difícil em relação ao SUS mesmo, pra mim, é conseguir manter o que o SUS prega que é universal, que é para todos, que é um direito de todos. Essa parte é um pouco difícil. Difícil! (SMS₂₂).

Eis o problema: “o SUS é universal, mas vivemos de cotas”. O SUS “tem seus limites, isso dificulta um pouco, é difícil conseguir manter o que o SUS é um direito de todos!” Nesse sentido, a regulação é fundamental para ordenar, orientar, definir, otimizar a utilização dos recursos disponíveis para a atenção à saúde e, ainda, garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime.

Mesmo com a regulação, o sistema de referência constitui-se em um desafio que se mostra na busca de vagas de faltosos de outros municípios no consórcio intermunicipal da macrorregião de Diamantina, para encaixar os usuários necessitados de consulta especializada.

E ainda fico aqui no telefone ligando pro CISAJE pra ver se algum município tá desistindo, porque como estamos perto é mais fácil eles avisarem pra gente. Então eu sempre procuro antecipar e ligar pra ver se tem alguma desistência nalguma consulta pra encaixar aquelas pessoas que ficaram de fora da consulta que realmente tão precisando. Porque, geralmente, aparecem aqueles casos de urgência que a gente tem que dar um jeito de encaminhar esse paciente pra fora do domicílio. Então a dificuldade que eu acho é essa (SMS₂₁).

Para que os desafios do sistema de referência sejam enfrentados e as demandas sejam atendidas, algumas ações foram empreendidas em Gouveia, antes do processo de regulação propriamente dito, que são a adequação do transporte para a macrorregião de Diamantina e para Belo Horizonte, além da casa de apoio e do funcionário para dar suporte aos usuários referenciados para a capital do Estado. Além da delegação de autoridade ao agente regulador para exercer a responsabilidade sobre a regulação, com base em dados clínicos do laudo de referência e os operacionais, isto é, o número de cotas.

Na parte de transporte, a gente teve muita dificuldade com a questão das idas de pacientes pra Belo Horizonte. Acabava que o transporte das pessoas do Vale do Jequitinhonha pra consulta era em ambulância, mas a ambulância na realidade é pra levar paciente grave. No início deste ano (2008), a gente conseguiu com recurso próprio comprar um Sprinter e que hoje tá fazendo esse serviço levando nossos pacientes para Belo Horizonte. A primeira medida que foi feita nos dois primeiros meses, em 2005, foi de ver uma casa de apoio em Belo Horizonte. Porque as pessoas chegavam lá e não tinham onde tomar um banho, onde ficar, às vezes, precisava ficar de um dia para o outro, e normalmente pessoas muito simples, sem recursos e conhecimento. Então a gente conseguiu uma casa de apoio e um rapaz que trabalha pra nós e que fica lá em Belo Horizonte e ele dá um suporte de tá acompanhando e agilizando as coisas da referência e da contrarreferência em Belo Horizonte. Precisava de alguém pra coordenar o setor de marcação de consultas. Então eu organizei o setor pra tá marcando consultas tanto em nível de microrregião como em nível de macrorregião, Diamantina e Belo Horizonte. Para marcar a consulta de média e de alta complexidade precisava ter alguém pra tá olhando isso, então nós já organizamos esse setor (SMS₃).

Eu ainda não consegui começar a coordenar nada. Porque a Secretaria, ela tem ainda muitas coisas que a gente precisa organizar. E a primeira coisa que o SMS₃ me pediu que organizasse foi a forma de agendamento das consultas da cidade. Então a gente tá fazendo pastas, organizando todos os TFD, todos os encaminhamentos que os médicos mandam e tem muito encaminhamento velho, abandonado. Então nós estamos dando um jeito de organizar para que as pessoas possam realizar suas consultas, porque a gente até tem essas consultas, ortopedista que vai vir atender aqui, muitas consultas de oftalmologia. Neurologia ainda é um problema. Então a primeira coisa que eu estou fazendo é isso, organizando o atendimento fora do domicílio, as consultas especializadas. Recebendo as contrarreferências. Anotando os retornos e devolvendo para os PSF para poder fazer parte do prontuário do paciente, porque até hoje os pacientes eram encaminhados, mas você não tinha o retorno do especialista, você não sabia nada. [...] Então simplesmente as pessoas iam para os especialistas e o que aconteceu lá e o que eles gostariam que acontecesse aqui, ninguém sabia de nada. Então, com esse laudo de contrarreferência voltando para a Unidade de Saúde, o profissional que encaminhou tem condição de saber (E₇).

Evidencia-se a demora para se conseguir efetuar a referência às especialidades e o grande número de encaminhamentos para TFD, “alguns já velhos, abandonados”. Além disso, o retorno do especialista não é contrarreferido à ESF, pois a conduta estabelecida não é mencionada no prontuário do usuário.

A sobrecarga de encaminhamentos para a atenção secundária foi atribuída, pelo gestor, ao fato da baixa resolutividade na atenção primária. Os profissionais apontaram que se refere

à gestão dos recursos disponíveis e ao estrangulamento da atenção secundária por falta de profissionais especialistas e também por encaminhamentos excessivos. Esses encaminhamentos carecem de comunicação eficaz na referência e na contrarreferência para outros profissionais reforçando a lógica hegemônica e a fragmentação do cuidado/atenção.

No entanto, parte da responsabilidade no estrangulamento da atenção secundária é da população.

Eu acho que a comunidade também ela é um pouquinho, é... culpada, às vezes, pela demora (de conseguir atendimento na atenção secundária). Tem pessoas que elas têm hábito de ir ao médico, têm mania de doença. Que não é que a gente duvide de que a pessoa esteja doente, mas você está vendo que a situação física, tá aparentemente bem, mas ela queixa tanto que o médico dá o encaminhamento. Aí aqui na Secretaria de Saúde, você não tem controle de quem está precisando... O médico colocou no encaminhamento o que o paciente questionou pra ele dentro do consultório. Se o paciente reclamou, reclamou, reclamou... ele vai colocar lá que ele está precisando. Às vezes, tem um que ele é mais recatado e ele não quer reclamar tanto, mas está precisando mais do que aquele. O que acontece, aquele que queixou, queixou, queixou, de repente, não tá tão necessitado e vai primeiro do que o que está mesmo precisando. E as pessoas que mais precisam de atendimento elas são mais assim... mais fechadas, elas não são de procurar, de correr atrás não. Às vezes a gente até insiste pra pessoa tá procurando e ela mesma fica sempre adiando, adiando, esperando ter horário no Posto (ACS₅₂).

Por fim, “atender a todos dentro do SUS é complicado”, seus princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade remetem a uma lógica de trâmite livre na rede de atenção mediante as necessidades, contrária, muitas vezes, às condições estabelecidas para a gestão e a assistência nos Serviços, dentro da realidade da atenção primária.

Agora, em questão de integralidade eu queria colocar o seguinte: se na prática o próprio governo, o próprio SUS também que prega isso aí, mas também conscientizasse também a população, de que o SUS é para todos, mas que ele tem os seus limites, não adianta a gente fazer uma coisa bonita e falar assim “as pessoas conseguem consulta”, é fato, mas a gente não vai deixar de falar que tem que seguir a fila do SUS. Fora esses casos de doenças gravíssimas, mais complicadas, é claro que tem prioridades, se forem casos urgentíssimos. Mas em outras questões, na questão de exames mais simples, exames rotineiros, às vezes, fazer raio x, coisas simples, mas que pra gente na região, não é fácil, tem horas que infelizmente, a gente, não tem como você não seguir a fila. A gente mesmo tem que fazer, com o pouco de conhecimento que a gente tem, com o que o médico passou no encaminhamento do exame, a gente tem que tentar selecionar mais ou menos ali, para atender justamente aqueles que mais precisam. Porque é um pouco complicado essa questão de conseguir atender a todos dentro do SUS (SMS₂₂).

Conforme ressaltado, a existência de problemas ligados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços compromete e prejudica o princípio da integralidade, pois o usuário entra no Sistema, mas muitas vezes, o acesso é dificultado pelo longo tempo de espera por consulta com especialista e exames diagnósticos, constituindo uma via interdita para o sistema de referência e contrarreferência. Assim, a reorganização da atenção primária com

vistas à universalidade *do* acesso a ações e serviços, à integralidade nas ações, implica também que as demandas sejam respondidas na atenção secundária, quando se fizer necessário. Para isso, é imperativa a atuação dos profissionais da ESF no intuito de responder a maioria dessas demandas e referenciar somente os casos específicos, além da eficácia no sistema de regulação para otimização do acesso e uso da tecnologia dura. A referência deve ser correspondida com a contrarreferência para que o usuário não se perca pelo caminho e faça um trajeto na rede de cuidado com respostas integrais e equânimes. A adequação do preenchimento da guia de referência e contrarreferência é um ato simples, porém responsável por uma atenção de qualidade e digna à necessidade do usuário.

No entanto, apesar de a via, algumas vezes, ser interdita nesse sistema de referência, as realidades estudadas trazem benefícios substanciais para a reorganização da atenção primária por meio da ESF. Um benefício é ter a equipe como referência para os problemas diários de saúde, patologias crônicas e agudas, nos casos de urgência de baixa complexidade ou no acompanhamento na oferta programada. Com essa equipe, o usuário tem caminho seguro para entrar no Sistema, ser atendido de forma integradora e ser referenciado, quando necessário, aos níveis de maior complexidade, apesar de ser declarado nos dados que “tem que seguir a fila do SUS”. Outro benefício é a preocupação com a equidade na atenção “para atender justamente aqueles que mais precisam”. Mesmo em uma via interdita, podem-se estipular desvios ou retornos para diminuir as dificuldades na inércia das paradas e no tempo da espera, até que, essa via seja de mão dupla, livre e sinalizada para a referência e a contrarreferência num Sistema descentralizado e hierarquizado.

9 IMPLICAÇÕES DA INTEGRALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE



POSTO DE SAÚDE MUNICIPAL
DE CACHIMBOS
INAUGURADO EM 31/10/86
PREFEITO
SEBASTIÃO BATISTA FAGUNDES

9 IMPLICAÇÕES DA INTEGRALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE

“Importantes obstáculos se interpõem à frente de quem quer alterar o modelo assistencial, indicando porque é necessário alterar muito mais do que estruturas, deve-se modificar as referências epistemológicas, será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados estruturados”

Túlio Batista Franco e Emersom Elias Merhy

A integralidade é “um importante eixo organizativo de práticas de gestão das ações em saúde” (PINHEIRO, 2001, p. 22). Assim, esse princípio será discutido mediante suas implicações sobre a gestão e as estratégias estabelecidas para oferecer qualidade de vida à população. Gerir a saúde dos municípios constitui-se em prática complexa, voltada para o coletivo, com referências à necessidade de um Sistema integrado, que possa responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população e que vise, também, a promoção e a prevenção.

O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e pela gerência nos distintos níveis até a produção de ações de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos (COSTA, 2004). Como a efetivação de ações integrais depende, também, da gestão local, os gestores municipais foram informantes deste trabalho para que a análise pudesse contemplar com maior abrangência as práticas gestoras, além das assistenciais da atenção à saúde.

Para se alcançar a integralidade no SUS, faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a esse princípio. Implica, portanto, que suas dimensões sejam respeitadas na prática cotidiana da gestão e da atuação profissional na configuração do Sistema.

Os sujeitos do estudo já enfocaram a gestão como potencialidade para o desempenho no trabalho cotidiano, para a construção de estratégias assistenciais mais eficazes de enfrentamento de problemas prioritários de saúde da população. Aqui, são discutidos tais aspectos sob a visão e a prática dos gestores desses cenários.

O dia a dia de um gestor é caracterizado pela realidade com a qual trabalha. Em pequenos municípios, a rotina é diferenciada.

A minha rotina aqui, assim, muda muito pouca coisa, até porque em município muito pequeno, em termos de coordenação, não dá pra gente deixar uma

coordenação para a epidemiologia, uma coordenação pra atenção básica, acaba que eu fico com todas essas funções, mas no geral, no dia a dia, a gente tem marcação de consultas, atualização de exames, arrumar transporte para levar os pacientes para Diamantina para as consultas especializadas no CISAJE ou até mesmo para Belo Horizonte. Essa é uma prática assim constante, todo dia tem esse tipo de situação. Já com relação à parte administrativa, a gente tem, por exemplo, têm as datas, os prazos para a gente tá mandando todas as produções [...] pra gente poder lançá-las nos programas, principalmente nos programas de regulação que vêm os recursos para a área da Saúde. [...] A notificação também, toda segunda-feira a gente tem que notificar algum caso de doença, de agravos, se é positivo, se é negativa. [...] Estar utilizando as “Fichas A” para poder cadastrar as famílias no programa. Tem o cuidado também, às vezes, de tá pegando vacinas, os insumos para as equipes do PSF, tá pegando as insulinas. [...] Agora, com esse Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde a gente está tendo que levantar muitos dados [...] Sempre tem reuniões na Regional de Saúde, principalmente regiões da CIB Micro, tem demais [...] reuniões, principalmente quando vêm campanhas de vacinação [...] Tem também a campanha da Dengue, ela é todo dia, tem os agentes de saúde já, todos os dias eles vão, nas casas, para eliminar o foco [...] Tem essa preocupação de não deixar material faltar, realmente, graças a Deus, não falta mesmo (SMS₂₁).

Bom, a minha prática cotidiana na Secretaria de Saúde, como secretário, com a administração do prefeito a gente tinha total liberdade para trabalhar dentro da Secretaria de Saúde. Pra começar, se o prefeito não nos dá liberdade da gente trabalhar fica um pouco difícil, porque amarram as coisas, travam as coisas dentro do município. Eu estava na Secretaria de Saúde há sete anos, mas a questão assim pra desenvolver as minhas ações não era difícil, em relação com a Prefeitura mesmo, a questão de organização, de funcionários, de carros, de medicamentos, essas coisas a gente controlava direitinho (SMS₂₂).

A concentração de funções de coordenação nas mãos do gestor, em município de pequeno porte, se dá, por falta de recursos humanos e financeiros. Dessa forma, as coordenações são em mãos únicas o que “traz benefícios pela aproximação do gestor a vários dados diários do município, dessa forma, uma situação que pode promover uma análise crítica diária da procura e oferta de serviços à população e das ações programáticas da atenção primária” (NO). Sendo ele o coordenador de setores, confirma-se a impressão de que não há gestão possível sem uma concentração do poder nas mãos do gestor, onde ficam reunidas as decisões estratégicas do município. Por outro lado, evidencia-se a necessidade de construção de modos de se fazer a gestão que se orientem para construção de um novo pacto ético-político no município, que tenha como referência e ponto de partida, sempre, o mundo do trabalho vivo na saúde e as relações reais que estabelecem seus atores entre si e com os usuários.

Dessa forma, é necessário que o gestor seja um estrategista em suas ações, não só no sentido da descentralização dos serviços, mas a partir de sua realidade, com base em indicadores, para que possa visualizar as necessidades de seu território e construir o planejamento em saúde, priorizando ações e serviços. Para tanto, é importante que os gestores em saúde conheçam seu território de atuação e se apropriem de conceitos como vigilância e promoção da saúde, planejamento estratégico, integralidade, entre outros.

Em relação à concepção sobre gestão, o informante SMS₂₂ destacou a autonomia como fator positivo para a tomada de decisão: “se o prefeito não nos dá liberdade da gente trabalhar fica um pouco difícil, porque amarram as coisas, travam as coisas dentro do município”. Os gestores dos três municípios, em vários momentos da convivência como pesquisadora nesses cenários, foram enfáticos em afirmar que a função de gestor requer compromisso de trabalhar com a finalidade de melhorar a assistência prestada aos usuários e que a tomada de decisão é potencializada quando o secretário de saúde tem governabilidade para resolver os problemas locais (NO). Além de mencionarem a necessidade de se ter a autonomia mínima necessária para o desempenho adequado de suas funções, os entrevistados também apontaram para o compromisso do gestor em atuar em favor de mudanças e ter vontade política para buscá-las, mesmo diante de adversidades políticas (NO).

No campo da saúde, “autonomia” é palavra-chave na gestão e na gerência das Unidades de assistência. A organização de estratégias e do trabalho vivo em ato caracteriza-se pelo fato de o poder decisório, quanto à administração e distribuição de recursos, se centrarem em uma parcela importante dos profissionais operacionais – médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros (ABRAHÃO, MARTINS, GEISLER, 2008).

Mesmo com o poder de decisão, os gestores apontam alguns fatos que caracterizam impasses na gestão local.

Bom, a prática de um gestor hoje na área de saúde ela é muito difícil, porque a gente tem que trabalhar com as divergências políticas. Você tem que trabalhar com falta de recurso financeiro. Você tem que trabalhar, às vezes, com a desmotivação dos profissionais. Você trabalha mais com problemas e tentando achar a solução o tempo inteiro do que propriamente você consegue seguir um plano municipal, é o que eles exigem que você tenha um plano municipal para nortear um caminho a seguir. Por exemplo, em Diamantina, nós temos um plano municipal, fizemos um diagnóstico também de saúde, logo quando a gente entrou e a gente não consegue seguir, porque você encontra muitas barreiras. E, às vezes, são coisas que você não dá conta, o que independe da sua vontade. Ou seja, você sabe o que tem que fazer, você sabe como fazer, mas você não consegue executar as ações (SMS₁).

Nesse relato, foram apresentadas as restrições no tocante à superação de problemas na gestão. Ou seja, não se trata de abrir mão de planejamentos em prol das dificuldades diárias, mas de incorporar o enfrentamento das mesmas como partes da gestão. Superar os problemas, assim, consiste em ressignificá-los, tratando-os como parte essencial do projeto de co-gestão, em sua relação com a cultura local, a ideologia, e a subjetividade dos atores sociais. “Certamente não se pode silenciar sobre o que provoca incômodo e incompreensão”, mas pode-se trabalhar com as diversidades políticas – “o termo política traduz a tensão paradoxal,

tanto exterior, interespecífica, quanto interior, intra-específica, responsável pela relação com o outro”. Num momento em que “o político parece perder todo o seu sentido, é importante, lembrar o seu princípio, ainda que seja apenas para melhor apreciar-lhe as modulações contemporâneas” (MAFFESOLI, 2005, p. 15; 25; 34).

Existiriam muitos exemplos a dar e mostrar que o *político*, em geral, mas também a *política*, em suas manifestações profissionais, partidárias mesmo em suas manifestações mais desinteressadas ou idealistas, repousa sobre um substrato comunitário de uma paixão partilhada ou sobre a nostalgia de uma fusão fraterna arquetipal.[...] Longe se está da concepção estreita que atribui exclusivamente às leis racionais a organização do político (MAFFESOLI, 2005, p. 184, 185).

Para o autor: “Isso pode incitar-nos a pensar que, além ou aquém das diversas racionalizações e legitimações políticas, há, no fundamento de todo estar junto, um conglomerado de emoções ou sentimentos partilhados” (p.20-21). Diz o sociólogo que: “É preciso saber ser teimoso, perseverar, andar, caso necessário, na contramão; pois as histórias humanas nos ensinam que os pensamentos inatuais estão mais aptos a dar conta e a compreender o que as teorias estabelecidas percebem com dificuldade” (p.24).

A desmotivação dos profissionais, segundo alguns relatos, está associada à insatisfação em relação às condições de trabalho e aos incentivos não condizentes com o esforço que fazem, consubstanciadas na insuficiência de recursos materiais, meios de diagnóstico, medicamentos e insumos que interferem diretamente no desenvolvimento da assistência prestada; insuficiência de meios de transporte para o profissional e os doentes; a insuficiência de recursos humanos e alta rotatividade dos profissionais, ocasionando a descontinuidade da assistência; a falta de formação contínua/educação permanente.

Para que os profissionais possam exercer a profissão com dignidade, respeitar o outro em sua condição humana, necessitam manter sua condição humana também respeitada, ou seja, trabalhar em adequadas condições, receber uma remuneração justa e o reconhecimento de suas atividades e iniciativas **(NO)**.

A falta de recurso financeiro enunciada pelo gestor pode ser explicada pela regulamentação da Emenda-29 (EC-29) que se arrasta desde o início da década de 1990. O Governo Federal não tem cumprido as recomendações da Constituição nem as necessidades mínimas de financiamento do Sistema para atender os princípios constitucionais do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Em 2000, a EC-29 se configurou como a quarta tentativa a favor do SUS e houve esforço para que cada esfera do governo – federal, estadual e municipal – pudesse se comprometer com porcentagens mínimas de seu orçamento para o SUS. Foi determinado o mínimo de 12% dos orçamentos estaduais e de 15% dos orçamentos

municipais para a saúde. O governo federal se recusou a estabelecer qualquer porcentagem sobre seu orçamento, aceitando somente atualizar anualmente sua contrapartida de acordo com a avaliação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) sobre o critério bruto do ano anterior. Essa porcentagem, em variação, sempre perdeu para o crescimento da população e para a inflação. Com a EC-29, o governo continuou a colocar adicionais anualmente para o SUS menores do que o crescimento da população (SANTOS, 2009b).

A partir de 2003, a esperança de o governo federal ser mais justo e financiar o SUS aumentou com a entrada da regulamentação da EC-29 no Congresso Nacional. Desde então, três Projetos de Lei deram entrada no congresso para facilitar a regulamentação da EC-29: esses três projetos basearam em 10% da receita corrente bruta da União para o SUS. Mas, em nenhum momento, a área econômica do Governo aceitou essa regulamentação. Nos países que têm um sistema público de saúde minimamente decente para a população, a porcentagem do PIB destinada à saúde varia de 6% a 8%. O Brasil não consegue sair dos 3,7%. Japão, Canadá e toda a Europa gastam, em média, 2.000 dólares per capita com a saúde, enquanto o Brasil, apenas 328 dólares. O reflexo dessa posição contra o SUS é que a população continua com um grande sofrimento para seus níveis de saúde, com repressão da demanda por serviços e uma atenção básica que não consegue manter o mínimo de qualidade e resolutividade (SANTOS, 2009b).

Ao fazer uma leitura do direito de todos ao acesso às ações e Serviços de Saúde de que necessitem com base em um posicionamento ético-político, Mattos (2009) afirma que

não podemos aceitar a privação de alguém do acesso a certas tecnologias que são potencialmente capazes de promover ou recuperar a saúde pelo simples fato de não dispor dos recursos monetários para custeá-las. Para os que, como eu, assim se posicionam, o reconhecimento de que cabe ao Estado assegurar a todos e a cada um dos brasileiros o acesso às ações e serviços de saúde de que necessitem deve ser radicalmente defendido (p. 793).

Entretanto, mesmo com privação, um dos cenários apresenta a disposição dos recursos com eficácia.

De falar que a gente tem mais recurso do que os outros eu estaria mentindo, não tem. De falar que a Prefeitura hoje coloca na Saúde é mais do que outros municípios aí, eu não acredito muito. O governo exige que a gente coloque 15%, a gente tem trabalhado acima da faixa dos 20%. Mas tem muitos municípios que trabalham com 25% até 30% e também não tem esse nível de assistência. Aí eu chego perto do meu pessoal eu sempre exijo muito isso é, anteciparem aos problemas. Então eu pego muito no pé da farmacêutica “olha não quero que falte remédio”, principalmente dos medicamentos do programa HIPERDIA, do diabético e do hipertenso. “Ah, mas a farmácia de Minas atrasa como é que nós vamos fazer?” Então nós vamos comprar! Então nós vamos fazer uma licitação e vamos manter um estoque de reserva pra não faltar. O que é a minha lógica? A lógica é de a gente trabalhar com um estoque de reserva, pra não faltar a gazinha, pra não faltar aquilo que vai trazer transtorno

dentro da Unidade. Então tudo que sai daqui eu tenho um controle, eu sei qual é o gasto hoje em cada Unidade, a média por gazinha... Então é mais ou menos dentro dessa linha aí (risos) (SMS₃).

No nível da microgestão, o desafio é conseguir que a área financeiro-administrativa e a área técnica trabalhem de maneira coordenada. Alcançar um nível ótimo de coordenação ou gestão da saúde não é simples, pois as lógicas de trabalho das duas áreas são distintas. Como estratégia, vale aproximar os técnicos para que entendam os trabalhos uns dos outros, a partir de uma programação participativa e a existência de mecanismos coletivos de acompanhamento das ações. A gestão de recursos materiais, por sua vez, envolve as atividades relacionadas à aquisição, à conservação e ao uso apropriado de imóveis, equipamentos, veículos e insumos, a estratégia geral é valorizar o conceito de eficiência dentro da organização e da gestão (SOUZA, 2009).

Alie-se aos problemas já citados, a dificuldade em coadunar o plano municipal com as metas dos programas do Ministério da Saúde.

Eu acho que a Secretaria de Saúde hoje, ela cresceu absurdamente. Então, hoje o número de programas que você tem, com esse negócio do governo só querer que implanta equipes de PSF, implanta isso, implanta aquilo, cumpre metas. Você não consegue! Só trabalha em cima dos resultados urgentes daquilo ali. Então não dá pra você parar e planejar. Vamos lá e vamos ver o que a gente vai fazer (SMS₁).

Como as necessidades de saúde não podem esperar, a gestão da saúde precisa ter também resultados urgentes e, para que ocorram, deve-se considerar que o agir em saúde não é linear e envolve vários atores e racionalidades. Do mesmo modo, o conhecimento que é inscrito na ação da saúde pública varia de momento para momento e decorre das características do próprio processo político.

Diamantina, hoje, por exemplo, ela é macro, mas ela tá sendo induzida a macro, mas ela não consegue alavancar, por quê? Porque nós não temos profissionais médicos suficientes, e a gente não tem poder de barganha, porque eles querem altos salários, os municípios não têm como pagar e aí? Você fica nas mãos deles. Ou seja, você não anda, você fica parado. Vai ser, e é sempre a mesma coisa. Entra ano e sai ano e é o mesmo problema. Então eu acho que isso era importante você por (SMS₁).

Muitas vezes, as determinações políticas também são impingidas de um nível superior para outro – quais são os recursos necessários para que um município se transforme em macrorregional? De um lado, o município é induzido a ser, sem apresentá-los suficientemente e ai “não consegue alavancar”, de outro, tem que se submeter às pressões salariais dos profissionais que detêm a responsabilidade do diagnóstico e da terapêutica, na permanência de um modelo ainda médico-centrado. Resta ao gestor, intermediar essas duas forças, sem, no entanto, conseguir fazê-lo, pois há carência desses profissionais nos municípios de pequeno e

médio porte. Para que a saúde “ande”, eles são necessários, como não consegue “barganhar” seus salários, não consegue contratá-los, a Saúde “não anda”.

Dentro dos programas que tem no Ministério, tem alguns que a gente, ao longo desses quase quatro anos a gente tentou implementar, mas não decolou ainda. Mas eu vejo nisso que, em função da própria cultura nossa, nós pegamos uma cultura muito viciada nas consultas e nós não conseguimos deslanchar nos programas, porque se a gente larga a consulta pra ir pros programas começa, às vezes, a queixa de que a Saúde não vai bem porque não está tendo aquele atendimento da consulta, da consulta, da consulta (SMS₃).

Muda o cenário, mas a presença da cultura médica confirma os impasses nas ações de prevenção e promoção à saúde, conseqüentemente na implementação dos programas, repercutindo também, na “qualidade da gestão do setor Saúde” atribuída pela comunidade, que sempre reivindica a ação da consulta médica, pois se esta falta a população considera que o setor “Saúde não anda bem”.

Apesar das dificuldades apresentadas há um planejamento para organizar a gestão ao assumir o cargo:

Nessa gestão atual, o prefeito me convidou pra ser o secretário. Desde então, a primeira coisa que eu fiz, pensei em termos de gestão, em 2005, foi de estar capacitando os recursos humanos para qualificar o máximo possível. E trabalhar em cima da organização de toda estrutura do serviço. [...] Outra coisa que eu procurei fazer foi tá organizando administrativamente o serviço. Então, antes tudo funcionava de forma centralizada em um lugar. Então eu criei uma coordenação administrativa e dentro dessa coordenação administrativa, esse coordenador me olha o transporte, me olha o setor de compras, me olha o setor de pessoal. [...] E eu ficar mais por conta de fazer realmente a gestão dos serviços. Então eu nunca quis ficar secretário de saúde, gerente de saúde que executa. Normalmente o meu trabalho é chegar na Secretaria, despachar, encaminhar, sentar, organizar os programas, acompanhar os programas, definir metas junto com o pessoal. [...] Eu tenho uma visão geral. Eu despacho, coloco: não sabe fazer, eu ensino você fazer porque na hora que eu tiver que sair eu saio. Eu vou para Diamantina, eu vou para outros lugares, eu tô com o meu celular onde eu vou, e raramente o meu celular toca! Raramente! Às vezes, eu penso assim: “gente, Nossa Senhora! Será que eu tô fazendo um bom trabalho ou então eu não sou necessário? (SMS₃)

Organizar “a casa”, de forma descentralizada, com definição de metas conjuntas, para realmente gerir os programas, ser aquele que planeja e não aquele que faz, ou se faz é aquilo que é de sua competência. A gestão estratégica que dá a sensação, ou a dúvida, de estar realmente realizando um bom trabalho ou deixando de ser necessário.

Quando a gente trabalha sem muito barulho, quando tem mais calma, quando existe... Porque problema sempre vai existir, mas que aquilo não chega pra você como uma coisa sem solução, como uma intriga. E isso resume em dizer o seguinte: é quando a gente consegue conversar melhor, quando a gente começa a trabalhar dentro de uma visão mais de equipe, sem disputa, sem individualismo, sem aquela coisa do meu é melhor, então eu começo a perceber que a gente tá caminhando. Então, quando o telefone toca e começa aquela coisa “Ah! fulano de tal não veio trabalhar hoje. Ah! Falou que só atende tantas pessoas. Ah! Que foi embora, aquela

coisa toda... Tá faltando isso aí (Integralidade), eu vou ter que ir pra gente trabalhar (SMS₃).

Quando a gestão é estratégica, participativa e o trabalho é em equipe, quando há comunicação, a percepção é a do “caminhar”, as práticas integrais estão ocorrendo; caso contrário, ela não acontece.

Em agosto de 2005, nós conseguimos montar a nossa Conferência Municipal, a primeira coisa que a gente precisava fazer era uma Conferência Municipal de Saúde. Então nós fizemos várias Pré-conferências na zona rural para saber o que a população queria, o que ela precisa, o que ela deseja. Porque, tempos atrás, eu caí na bobagem de trazer coisas que eu imaginava que era bom para a população, coisas, às vezes, na minha concepção de ponta. Um exemplo era fazer um trabalho com as gestantes. Em 1996, eu organizei um trabalho da saúde da mulher mais voltado para as gestantes, onde a gestante tinha trabalhos de grupo com psicólogo (que era eu na época), com fisioterapeuta, com enfermeira, com dentista, com ginecologista, com tudo quanto é profissional de ponta, só me esqueci de perguntar pra ela se era o que ela queria. E aí, quando as chamava eu via as salas vazias, não aconteceu. Então em função disso, assim primeiro eu vou perguntar pra depois saber como que a gente faz. Então fiz, e a Conferência é que deu um norte pra gente caminhar. Isso seria o que a gente pode dizer o nosso Plano de Saúde foi a Conferência Municipal de Saúde (SMS₃).

O possível exercício do controle social, as Pré-conferências para conhecer o que “a população quer, o que ela precisa e o que ela deseja”. A Conferência Municipal de Saúde como o espaço de propostas que devem ser analisadas, reconstruídas e combinadas para construir metas oriundas de pedidos dos usuários, familiares e dos profissionais de saúde. O ideal da gestão participativa, da co-gestão. Porém, essa é uma estrutura que sempre se desfaz com a configuração política. Terminado o mandato dessa gestão, toda a Saúde foi desestruturada com a demissão dos membros das equipes da ESF, conforme já discutido anteriormente.

Ao observar uma reunião do Conselho Municipal, em um dos cenários da pesquisa, foi evidente o despreparo do segmento dos usuários para a deliberação política e a real influência que podem exercer nas decisões políticas municipais. Ressalto também o caráter incipiente e irresoluto das deliberações no âmbito do Conselho, apesar de sinalizarem uma aparente ruptura, confirmada na própria fala dos usuários ali presentes, com práticas autoritárias de gestões anteriores. Eles se apresentaram gratificados por estarem participando desse evento, pois antes depuseram que não eram informados ou convidados (NO).

Desde a instituição do SUS, o princípio de participação da comunidade tem sido concretizado sobretudo por meio de mecanismos de interesses, em Conselhos e Conferências de Saúde. Apesar da relevância desses espaços institucionais, de sua importância na consolidação e democratização das políticas de saúde, consideramos que os mesmos não esgotam o objetivo enunciado com o referido princípio constitucional. Isto porque partimos do entendimento de que a dimensão política da

existência humana não se situa num momento exclusivo e delimitado por dispositivos institucionais (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006, p. 369).

As autoras acrescentam que “enquanto nossas instituições e as relações que as organizam e perpetuam permanecerem assentadas na objetivação dos homens em suas relações, na medida em que desvincula o cotidiano da dimensão política que o constitui, não podemos vislumbrar a concretização de um sistema de saúde fundado sobre valores democráticos e universais, que constituam a saúde como um direito. Pois os artefatos políticos jamais expressarão a condição política da existência humana se não for um momento acessório nas formas de participação (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006).

Por isso, a forma de planejar a atenção à saúde por meio da co-gestão reforça que uma linha de cuidado construída no município, “em sintonia com o universo dos usuários terá mecanismos de acolhimento em todos os serviços da rede, não importando se são portas de entrada ou elos da cadeia de referência e contrarreferência” (CECCIM & FERLA, 2006, p. 168).

Algumas experiências de gestão participativa foram bem sucedidas, como exemplo, nos municípios mineiros de Betim e de Luz cujo modelo de gestão propôs uma estrutura organizacional horizontalizada. Os processos decisórios funcionam a partir de colegiados formados pelas unidades de trabalho e a efetiva participação popular em Conferências Municipais de Saúde, propondo mudanças no modelo assistencial para a Saúde (CAMPOS, 2002; MERHY *et al*, 2006).

Algumas questões da gestão dos serviços e ações estão diretamente associadas às pessoas, aos usuários, à comunicação e à informação que se estabelecem com os mesmos e, também, a suas escolhas e vontades.

É, pelo fato de você conhecer as pessoas, você sabe o que realmente ela está precisando ali de mais urgente, no Serviço de Saúde. Porque tem determinadas pessoas que chegam aqui e quer só exigir, que quer, porque quer tal consulta. Se você fosse acompanhar aqui você ia ver algumas, três, quatro pessoas vindo aqui todos os dias exigindo consulta com todas as especialidades médicas. Então assim, isso você vê que, às vezes, a pessoa não precisa, eu conheço a história dela, você sabe qual médico que está acompanhando o caso dela. Às vezes, essas pessoas não entendem, esse é o momento que dificulta, justamente por eu conhecer e aquela pessoa quer exigir da gente, com urgência, quer pra ontem. Alguns exames, ela quer pra ontem, ou cirurgias, no caso de cirurgias eletivas, que não quer dizer urgência, que, às vezes, não depende da gente. Então essa comunicação eu acho que dificulta com o usuário do SUS, esses que adoram vir aqui e querer consulta pra mãe, pro pai, pro filho e pro irmão, pra todo mundo. E tem esses que, se depender tão aqui toda hora, espera, aí você marca uma consulta e eles não acham bom, tem tudo, tem carro pra levar, pra trazer, para Diamantina, pra Belo Horizonte, se for fazer exames vai e busca pra eles quando está pronto o exame, e ainda mesmo assim acha que está demorando as coisas, às vezes, isso eu acho que dificulta a comunicação, o entendimento (SMS₂₁).

Em município de pequeno porte, a proximidade facilita conhecer as pessoas e suas famílias. Segundo o gestor, ao mesmo tempo em que essa aproximação e o reconhecimento da pessoa e suas demandas tornam-se fatores facilitadores para uma abordagem integral, tornam-se também uma dificuldade, pois muitas cobranças diárias por ações e serviços acontecem e, às vezes, não se trata de necessidades a serem atendidas urgentemente, ou mesmo, não demandam uma resposta da Saúde.

Questionados sobre como veem o desenvolvimento da integralidade nas ações das equipes ESF do seu município, as respostas contemplam uma diversidade de posições, ações e estratégias:

Em relação à integralidade, eu percebo assim que todos tratam a todos de forma igual, tentam levar esse serviço de saúde a todos. Tentam atingir o máximo, por exemplo, as Agentes nas suas visitas têm feito mais de 100% das visitas, têm buscado atender todo mundo. Veem se está tendo problema de saúde, é... olhar a pressão, enfim... Veem se tá precisando marcar uma consulta, se precisa agendar uma visita do médico, da enfermeira. Então elas têm buscado essa integralidade. O enfermeiro também em toda solicitação que vem do ACS ele também vai às casas ou para fazer o curativo, ou para uma orientação, ou para tá encaminhando esse paciente pro médico. E o médico, eu também tenho visto que tem atendido todo mundo, de forma igual, não olha questão de patamar que se encontra, atende todo mundo da mesma forma. Então eu acredito que os profissionais estão engajados nessa integralidade, assim de tá tentando levar o Serviço de Saúde para toda a população sim, sim (SMS₂₁).

A abordagem da equipe “tratar e atender a todos, de forma igual para buscar essa integralidade” remete a alcançar a integralidade após ter contemplado a universalidade e a equidade nas ações, já discutido neste trabalho. Segundo o gestor local, os membros das equipes estão compromissados com o trabalho na Estratégia. As intervenções no relato acima estão interligadas do ACS ao médico. “Intervir é um verbo que nos convoca pessoalmente, portanto, para intervir há de se estar implicado” (CAMPOS, 2007, p. 132).

Estar implicado também se refere a convocar ações interdisciplinares no trabalho em equipe.

Dentro do município, eu acho assim, que as equipes desenvolvem, não vou falar ótimo, eu vou falar bem. Só que tem por outro lado o que dificulta as ações de integralidade, é justamente... talvez seria... como eu posso te falar... pra mim a própria forma de convivência. Porque em todo lugar que convive, que trabalha mais de uma, duas ou três pessoas, às vezes, tem horas que as ideias não batem [...] Mas dentro do município eu acho que as equipes funcionam até bem. Do outro lado, a questão do SUS, às vezes, tem aí um agente de saúde que entra, mas ele não tem o perfil de agente de saúde, e aí complica o trabalho e complica o desenvolvimento das ações. Mas de um modo geral, no município, assim, eu acho que as ações têm funcionado bem. Até bem! (SMS₂₂)

O relacionamento humano e o perfil profissional influenciam no processo de trabalho, uma negativa desses termos pode dificultar a contemplação da integralidade nas ações da equipe de saúde.

Pois é, depende da equipe. Porque dependendo do profissional que está nessa equipe, ele preocupa com o todo daquela família. Porque hoje como é que você vai ter uma integralidade até dentro da equipe se você tem o médico que fica seis meses, um ano e vai embora. Se você tem a enfermeira, às vezes, que também fica lá e com o passar do tempo vai embora. Se você tem agentes que você faz um processo de seleção, que, na maioria das vezes e nem sempre esse indivíduo tem uma formação, você, às vezes, não tem nem meios de saber se ele realmente tem o perfil pra ser um agente de saúde. Mesmo capacitando esse agente, ele acaba recebendo mil orientações e nem sempre consegue executá-las, além do fato que ele é um integrante da equipe que tem o menor salário, e a precariedade do contrato. Hoje em dia os municípios estão disputando médico com outros municípios. Quem paga mais leva o profissional. A maioria que vem são profissionais já idosos, de gente que já está aposentando, ou então, de gente recém-formada que quer ficar ali um ano, fazer um pé de meia e depois ir embora. Então o que sobra? Sobra, às vezes, pra enfermeira, que, às vezes, conforme o perfil dessa enfermeira, ela segura mais a equipe. Mas então como ela vai fazer a integralidade com o PSF e entre as famílias se, às vezes, nem dentro da sua própria equipe ela consegue ter um conjunto de apoio, ter todo mundo num mesmo ritmo. Consegue ter todo mundo com a mesma cabeça, com as mesmas ações. Ai depende da área de capacitação, do que você compreende com seu agente, de como ele vai fazer o papel dele junto à família que está lá fora (SMS₁).

A prática da Integralidade depende da equipe ESF, mas prioritariamente do profissional que está nessa equipe porque depende dele operar a integralidade, “preocupar com o todo da família”. O horizonte é o familiar, o seu foco da atenção, mas a rotatividade profissional implica a não-vinculação. Segundo o gestor, “sobra para o enfermeiro”, quando tem perfil, segurar essa equipe e trabalhar no sentido das ações integrais. Nessa realidade, esse profissional permanece por mais tempo na equipe. Em Diamantina, os enfermeiros informantes estão nas equipes desde sua implantação, em 1998. No entanto, sozinho o enfermeiro não alcança a integralidade porque “nem dentro da própria equipe ele consegue ter um conjunto de apoio, ter todo mundo num mesmo ritmo”, afirmativa que se refere ao perfil do profissional, o vínculo com a equipe e com a família.

Segundo o gestor, o ACS pode ser capacitado e não ter o perfil para o trabalho na ESF ou mesmo não conseguir executar as ações inerentes a sua função, além de esse profissional receber um baixo salário e ter o contrato de trabalho sem vínculo empregatício. Já o médico exige altos salários, mas “quem paga mais leva o profissional” – a lei da “Oferta e Procura” – e ainda impõe seus horários e suas escolhas. Muitos médicos são recém-formados e estão provisoriamente na equipe, outros já aposentando ou são aposentados e optaram por desenvolver o trabalho na ESF. Portanto, o perfil profissional e a lei da “Oferta e Procura”

implicam em rotatividade profissional e em dificuldades para a concretização de ações integrais.

Nos três cenários, os contratos de trabalho para os profissionais da ESF são temporários sem criação de vínculo empregatício. Isso se constitui em um motivo a mais para a rotatividade. Se houvesse estímulos para o plano de carreira e segurança no trabalho, a história poderia ser diferente.

Uma outra situação na nossa gestão, foi a questão que a promotoria passa a exigir agora, que pra trabalhar dentro do serviço público teria que ser concursado ou passado por processo seletivo. Então acaba a “coisa do emprego” através dos contratos administrativos. Então tivemos que fazer todo o concurso público de uma parte, mas foi uma decisão política de não fazer para os PSF, em função de ser um programa, e da gente não ter certeza de continuidade desse programa. Então nós fizemos o processo seletivo. E nos processos seletivos, graças a Deus, a gente conseguiu, com o concurso, bons profissionais na área de enfermagem. Como eram boas enfermeiras e como era o processo seletivo, e o processo seletivo não dá 100% de segurança, algumas delas nós acabamos perdendo pro concurso público que elas fizeram (em outros municípios), mas entraram outras que estão dando conta do recado (SMS₃).

Desde 1997, a Portaria 1886/GM/MS (BRASIL, 1997) aborda o PSF – iniciado como um programa – em estratégia prioritária para a organização da atenção básica, e posteriormente a Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c) focaliza a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização; a estratégia não tem essa conotação. Portanto é uma Estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar essa reorganização (BRASIL, 2010). Dessa forma, não há motivos para não estabelecer concursos ou desenvolver planos de carreira para os trabalhadores da ESF.

Em 1995, foi que eu comecei a me inteirar do que é trabalhar com Saúde Pública. Antes eu tinha uma clínica, mas era particular, não sabia nem o que era SUS direito. Eu vim pra cá a convite do prefeito da época para desenvolver um trabalho na área de psicologia organizacional. Em 1995, eu fui secretário de saúde, por um período curto, de seis meses e foi a minha primeira experiência. Foi quando na minha gestão desses seis meses a gente criou o primeiro PSF aqui, chamado PSF Serrinha. Mas tiveram as eleições, no final das eleições o governo que eu estava perdeu as eleições então eu saí (SMS₃).

O município de Gouveia trabalha com a modalidade de assistência na Saúde da Família desde 1995, porém é ilógica a situação, de a cada quatro anos desfazer as equipes, pois, segundo os informantes desse cenário, nunca a situação permaneceu em segundo mandato e sempre a oposição assume e “muda toda a estrutura e os recursos humanos” (NO).

Mesmo com equipes estruturadas, com trabalho contínuo por mais de um mandato de quatro anos, muitos entraves foram apontados para que, na prática cotidiana, a integralidade seja exercida.

No desenvolvimento das ações, ainda falta a Integralidade dos setores de coordenação: na Saúde, não pode haver fragmentação, é preciso coordenar e integrar...

Ainda tem a falta de integralidade dentro da própria Secretaria de Saúde. Por exemplo, há anos atrás, era visto a Vigilância Sanitária como um setor, a Vigilância Epidemiológica como outro setor, tudo separado. Não existe isso mais. E as pessoas que estão trabalhando ali dentro, elas não entendem isso, que a Vigilância Sanitária tem que estar integrada com a Atenção Básica, tem que estar integrada com a Epidemiologia e são por meio desses dados que ela vai fornecer ao gestor e que o gestor vai saber que tal bairro assim, assado, está acontecendo alguma coisa lá, que você tem que intervir lá. Mas você não consegue trazer as pessoas pra te ajudar. Você não consegue mostrar que isso tem que ser feito (SMS₁).

Os relatos apontam “uma gestão que de fato assuma suas dimensões do gerir e do gerar, analiticamente, ou seja, fazendo escolhas deliberadas sobre o que estimular em cada situação” (CAMPOS, 2007, p. 146), pois as dificuldades e problemas enfatizam-se nas falas dos gestores.

Ainda foi citada a burocratização entre os entraves na gestão da Saúde Pública.

Por exemplo, você quer melhorar uma estrutura física de um posto. Só que tem que estar em parceria com a área de obras, por exemplo. Às vezes, a área de obras não tem como me atender. Ou então, o que a gente vê hoje e o que acontece, por exemplo, você tem engenheiros contratados no município, mas ele não tem noção de regras básicas de como faz uma Unidade de Saúde dentro das normas do SUS. Então, você tem um profissional que na verdade ele não entende! Ai você começa a fazer aquilo ali a trancos e barrancos. Em vez de você conseguir aquilo ali, um projeto em um mês, dois meses, fica anos! Porque aí a planta tem que ir pro Estado para ser aprovada e como ele não sabe das regras, aí ela volta. Vai e volta. Então você não consegue sair dali. Quando você consegue andar um pouquinho, você esbarra no setor de administração da Prefeitura que, às vezes, não tem o pessoal de licitação com conhecimento suficiente pra fazer uma licitação desse porte. Ai, você emperra na licitação. Ou então, quando a coisa anda, vem uma firma, entra com algum recurso e você não consegue andar. Ou então, quando dá tudo certo, vem um material que não é condizente com aquele que você quer. Então, eu vejo o seguinte, que há um entrave. Você tem um monte de coisa o tempo todo fazendo com que a coisa não ande. As coisas não desburocratizam. Cada vez mais você precisa de uma papelada tremenda pra você organizar as coisas (SMS₁).

Bom, hoje praticamente, está faltando pouco, em termos de estrutura de equipamentos da zona urbana, praticamente eu poderia dizer que a gente já tá em nível de 80% ainda faltam uns 20%. Porque a gente tem uma Unidade de PSF Sol que é uma casa alugada e precisa ser repensada, precisa ser melhorada em termos de estrutura. Hoje nós conseguimos ampliar e reformar através de um convênio com a Secretaria de Estado, nesse Programa Saúde em Casa, duas Unidades de Saúde nossas de acordo com as normas da Vigilância Sanitária, mas nós somos quatro PSF e tem uma unidade que tá com duas equipes e que não tem uma área física adequada 100% de acordo com as normas, apesar de ser uma área até boa. Ainda em setembro (2008) eu devo informatizar todas as Unidades de Saúde. Já está em fase de licitação e já tem recursos. A ideia é informatizar para a gente poder começar a ser mais ágil

na nossa comunicação, a gente precisa melhorar a nossa comunicação em termos de Unidade (SMS₃).

Outro exemplo claro: a gente tem... olha pra você ver... isso até parece uma piada, eu acho. Nós compramos um aparelho de duplex scan. Aqui em Diamantina a gente tem um alto índice de pessoas com problemas de varizes. Compramos com o recurso do SUS, implantamos e colocamos no hospital pra funcionar em 2004 e nós já estamos em 2008 e até hoje não foi credenciado pelo Estado! Agora não me pergunte por quê, porque eu também não sei! Porque o que foi de papel e já voltou! Até na hora que o papel chega às pessoas, às vezes, aquele documento que tem data de validade, ele já venceu. Aí, ao invés de voltar o documento pra você, aí não, volta o processo todo de novo. Tem a falta de informação, de integralidade das GRS com o Estado. Eles não falam a mesma língua. Não tem pessoal capacitado (SMS₁).

A queixa principal hoje no município são três pontos básicos: um está relacionado a falta do medicamento, não o da farmácia básica, mas aquele medicamento que é solicitado fora da farmácia básica que a gente precisa de repensar um recurso, uma fonte de recurso pra poder estar suprindo isso. [...] Uma segunda coisa, que o pessoal queixa, é com relação ao apoio diagnóstico, ao tempo que se leva pra poder receber, conseguir fazer um exame, principalmente de média e de alta complexidade (SMS₃).

As “coisas não desburocratizam” falta informação e falta integralidade entre as esferas de governo. Segundo a Constituição de 1988, o SUS é definido como um Sistema descentralizado com comando único; isso necessariamente implica em delegar autonomia para que Estados e Municípios formulem e implementem as respectivas políticas de saúde. Porém o desempenho desordenado dos órgãos públicos acarreta superposição de ações, desperdícios de recursos e mau desenvolvimento das ações planejadas. Há quatro anos o duplex scan está parado em Diamantina por ainda não ter sido credenciado... Os gestores são os entes encarregados de fazer com que o Sistema funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias e da lógica organizacional do SUS mas, ao mesmo tempo, dependem de deliberações superiores para implantar e implementar ações e serviços.

No entanto, outra realidade apresentou os progressos na estruturação das Unidades com uso de recurso do Programa Saúde em Casa. Apesar de o relato apontar, também, a falta de medicamentos, de recursos diagnósticos, de materiais, suporte administrativo, além da necessidade de recuperação de mais uma área física.

Na realidade, essa experiência que a gente adquiriu durante esses 12 anos já na Saúde Pública. É um pouco da minha visão enquanto psicólogo organizacional. É um pouco da questão de saber escutar a ponta, de dizer “o que é vocês precisam?” Vocês é que têm que me dizer o que precisam pra que a gente possa nos organizar. É muito em cima disso que você falou, tem coisa que é inadmissível de faltar, então, quando eu pensei em fazer essa organização da forma como eu coloquei foi para que isso não acontecesse, a falta do serviço. Pode faltar o complexo, o difícil, mas o básico nem pensar, porque não pode faltar! Para que isso não aconteça, a gente precisa de se organizar, e aí eu sempre chamo as minhas colaboradoras que são as enfermeiras, eu chamo pra gente sentar e falo “oh, vocês vão fazer um planejamento, com metas, prazos, datas, com tudo que tem direito. Se faltar alguma coisa é culpa de vocês, porque eu preciso me planejar de acordo com o planejamento de vocês. Se

vocês me disserem que precisam de X estetoscópios pra dar conta, nós vamos dar um jeito de colocar isso nas mãos de vocês, vocês têm que justificar também porque estão solicitando tudo isso pra que não haja desperdício. Então, sempre, desde o início, a gente tá colocando dessa maneira (SMS₃).

Antecipar-se aos problemas com o planejamento, saber a necessidade de insumos na ponta para que não falte material. Essa organização é feita, segundo o gestor, com “as colaboradoras enfermeiras”. Nos três municípios as enfermeiras são as supervisoras das Unidades, as responsáveis técnicas da enfermagem e as coordenadoras das equipes.

Ainda são muitos os entraves para a gestão em saúde...

E a vontade soberana, o que não adianta negarmos, do prestador de serviços, porque acaba ele dizendo o que quer fazer, a quantidade de exames, a falta de profissional e, assim por diante. Então tudo é um entrave! Então você quer administrar. Você quer ter um plano. Você traça bonitinho o que você vai implantar com tantos e tantos meses o que você vai fazer e você não consegue. Nada você consegue. Você não consegue efetuar uma compra direito. Porque tudo é como se fosse uma roda. Tudo tem que estar em conjunto. Tudo tem que estar alinhado e organizado. Então o que eu acho que o gestor ele acaba fazendo? Ele acaba só apagando incêndio. Tem um problema ali, ele puf, vai lá e resolve. Tem outro problema ali, ele vai lá resolve. A gente não consegue ter um planejamento mínimo pra fazer as coisas. Então você tem tudo já pensado. Você sabe como é que você pode trabalhar melhor, mas você não consegue amparo dos lados, porque eu acho o seguinte, uma pessoa sozinha, ela não trabalha. Igual uma andorinha só não faz verão. Então você precisa ter uma equipe toda alinhada com você, tudo muito bem organizado (SMS₁).

Ou então, quando você espreme mais um pouquinho e a coisa tem que sair, algum dado, o que acontece? Você esbarra na questão mais boba, administrativa. Por exemplo, não tem um computador, falta tinta, faltam recursos humanos. Então você trabalha você anda um tiquinho e para. Então, assim, você não consegue fazer. Você sabe como faz. Você quer fazer. Por que qual gestor hoje em dia que não quer que a sua população seja melhor, bem resolvida possível? Nós todos queremos isso. Só que infelizmente não dá pra trabalhar (SMS₁).

Todos os impasses... a vontade do prestador de serviços, a falta de profissional, as questões administrativas embarçam o processo de gestão: “uma andorinha só não faz verão”, tem que ser “uma roda, um conjunto” de pessoas em busca de um objetivo comum. Ao questionar – “qual gestor que não quer que a sua população seja mais bem resolvida possível?” – adverte para que os serviços sejam oferecidos em quantidade e qualidade adequadas às necessidades de saúde da população e ninguém melhor que os gestores municipais para avaliar e programar as ações de saúde em função da problemática da população de seu município. Porém, numa gestão participativa, o fazer em conjunto, organizado, como uma “roda”, há uma mudança da verticalidade percebida, para uma dinâmica em espiral para o planejamento da saúde.

Ao explicar o contexto gerencial como o de “apagar incêndio”, o gestor parece relegar para um plano secundário as estratégias planejadas, que garantirão a efetiva gestão da Saúde, e se ocupar de problemas, imprevistos, que ocorrem no do dia a dia, de acordo como

aparecem. Entretanto, a ação de “apagar incêndios” ou imprevistos que sempre ocorrem em uma organização, poderiam ser resolvidos por uma equipe assessora. É fazer a roda girar, e, quem sabe, conseguir “ter um planejamento mínimo para fazer as coisas”, “tudo já pensado”, para “trabalhar melhor”, “mas não se consegue amparo dos lados”, algo que “sabe fazer, mas não consegue”, daí fica o questionamento: por quê?

Outros nós aparecem para a gestão da saúde:

Isso quando você não esbarra no problema hospitalar. Que aí, vamos supor: o que acontece hoje com o governo? Exemplo: o PRÓ-HOSP. O PRÓ-HOSP, ele vai, assina metas tal, tal, tal, tudo com o provedor da Casa de Saúde. Só que o provedor, ele não faz cirurgia, ela não atende na ponta. Então ele assume compromissos, mas que na verdade ele não vai cumprir nunca. Por exemplo, o mutirão de cirurgias. Que foi o último nosso que a gente teve aqui. O provedor foi lá e assinou que você ia fazer cento e poucas cirurgias pra cada um dos hospitais. Tínhamos que fazer 70%, não fizemos nem 20% do que tinha que fazer. Por quê? Porque ele se esqueceu que o profissional tem que estar de acordo, vamos supor, vai fazer uma hérnia: o cirurgião tem que estar ok, o anestesista tem que estar ok, o auxiliar tem que estar ok. Os municípios, às vezes, também não querem passar a AIH para um município maior, porque eles sustentam o hospital deles com essa AIH que tem lá. O Estado, ao mesmo tempo, fecha os olhos pra essas realidades, que tem esses hospitais de pequeno porte que não deveriam existir, porque eles não têm resolutividade. Então eles seguram um recurso financeiro lá que poderia estar implementando um centro maior que poderia dar mais resultado para a população dele. Então, na verdade, para você fazer gestão, tem que estar em parceria, bem ajustado com os outros setores da Prefeitura para que você possa elaborar um planejamento estratégico, para que você, através também do sistema de informação de dados da Secretaria de Saúde, possa alcançar resultados (SMS₁).

Pra quem conhece o SUS, as cirurgias, elas acontecem quase que 100% na urgência e emergência, e as eletivas, muitas são realizadas por mutirão. A gente vê uma experiência agora que existia um mutirão pra macro de Diamantina onde foram liberadas mais de 400 cirurgias e só foram feitas 36 e teve que devolver todo o resto. Porque não teve casa de saúde e principalmente o recurso humano médico que topasse querer fazer muitas cirurgias eletivas pelo SUS. Então ainda são coisas que a gente precisa de avançar em nível de SUS, em nível do município (SMS₃).

Como o município de Diamantina é uma macrorregional, onde se concentram os serviços com maior complexidade tecnológica e que, por meio de pactuação intermunicipal deveria atender a população encaminhada dos outros municípios, os relatos mostram que, muitas vezes, o acesso aos serviços secundários e terciários, mesmo os planejados, na prática, não ocorre. Os motivos apresentados para não se alcançar a meta, fundamenta-se nos recursos humanos, já que havia estrutura física e financeira.

Sabe-se que a pactuação de metas não é uma formalidade burocrática, ela deve refletir o real interesse e compromisso com a estruturação da vigilância em saúde nos municípios e estados (BRASIL, 2010). Dessa forma, os dados mostram a ênfase que se deve dar à gestão participativa na prática cotidiana, para que as áreas da saúde, os profissionais, os prestadores de serviços e, também, os representantes dos usuários se encontrem para planejar,

implementar ações com efetivos resultados na promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde.

O setor saúde avança, ao longo da última década, com políticas orientadas para a descentralização das ações e dos Serviços, mas em sua forma de gerenciar, ainda esbarra em um modo herdado da administração científica. Nesse sentido, a área de gestão tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial (ABRAHÃO, MARTINS, GEISLER, 2008).

São necessárias práticas democráticas para que se possa construir um fazer em saúde, ainda, idealizado:

O que eu vejo é o seguinte, os interesses próprios de cada um, eles sobrepõem aos da sua comunidade. Então você não consegue olhar como um todo. Cada um olha pra si. Então, por mais que você tenta implantar uma política, por exemplo, de prevenção, uma política mais coletiva, de vários programas, você encontra tanto obstáculo junto, às vezes, à população quanto à gestão municipal. Porque ela também depende do prefeito, que depende também de conseguir os acordos com os vereadores, com lideranças políticas locais, você tem ainda o não-amadurecimento da população para esse lado (coletivo). Então eu vejo que a área de saúde ela depende muito mais de como você educa o povo, de como você tem que passar isso pra eles. Essa necessidade de trabalhar o coletivo e não o individual (SMS₁).

Espera-se o amadurecimento da população, que deverá ocorrer mediante uma educação em saúde – da saúde – para que ela consiga entender os processos coletivos e políticos que fazem com que o setor Saúde, funcione. Deveriam ser pensadas também estratégias possíveis para que o funcionamento do Setor e a implantação de políticas públicas não ficassem na dependência da vontade de um gestor e de possíveis acordos mas que fossem planejados de forma democrática e com continuidade. Assim sendo, a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada, simplesmente, uma questão técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Entretanto, mesmo com os problemas, impasses ou entraves, há avanços já visíveis no cotidiano da saúde:

O SUS, ele avança a cada dia, então cada dia é um recurso novo que aparece, é uma situação nova que acontece. Então não tem como a gente tá comparando uma gestão com outra, não tem como tá comparando a gestão que eu fiz em 1995, com a que tô fazendo hoje, nem comparando com a gestão anterior, porque são situações muito diferentes, muito diversas. Quem chegou aqui como eu cheguei, há 13 anos atrás, a saúde de Gouveia, a saúde do Vale do Jequitinhonha era completamente diferente do que a gente encontra hoje! Até parece, não é? Que quando olha assim 13 anos, Nossa Senhora é pouco! Parece pouco tempo pra tanta coisa que a gente já conseguiu avançar em termos de SUS! Só para você ter uma ideia a gente tinha atendente de enfermagem, não existia nem auxiliar de enfermagem, era a ideia ainda

de Posto de Saúde, onde tinha os médicos que atendiam naquela correria, era uma enfermeira para o município inteiro, que atendia o município inteiro. Hoje a gente trabalha com cinco enfermeiras já são oito médicos que atendem aqui dentro de Gouveia, com os que vêm de Diamantina fazer alguns atendimentos como cardiologia, agora tá vindo a ortopedia. E os recursos eles foram acontecendo (SMS₃).

Em pouco tempo, treze anos, grandes avanços do SUS nesse cenário. Por isso, vejo que essa discussão nos aponta problemas que retratam o avanço da universalidade *do* acesso. Se as portas se abriram em realidades que conviviam com situações precárias de saúde e onde o acesso era seu maior limite, agora, para implicar em atenção para melhorar a qualidade de vida da população local, a gestão deve perseguir o objetivo da integralidade, em todas as suas dimensões, onde os avanços apresentam os passos já alcançados para unificar o direito à saúde, de todos e para todos.

Essa categoria tratou de ressaltar a importância e a complexidade da formulação de estratégias de gestão municipal em saúde, na luta pela construção da integralidade. Valendo-se, para isso, de estudo de casos múltiplos as ações cotidianas dos gestores foram analisadas considerando suas interrelações com o contexto no qual estão inseridas. Assim, buscando-se desvendar a ação desses sujeitos, percebeu-se que esses atores, em seu cotidiano, vão construindo suas práticas e (re)construindo cenários organizacionais, de uma maneira processual e contextualizada, na busca por autonomia e participação, o que norteia, ao mesmo tempo, tanto práticas de centralização e subordinação nas relações hierárquicas, quanto formas de gestão baseadas em participação e planejamento. Isso repercute no saber-fazer dos gestores e na importância de se desenvolverem novas formas de aprimorar a gestão tendo por base as peculiaridades da realidade organizacional já vivenciada no município.

A diversidade dos requisitos, temas e formas de agir desses atores trazem à tona a complexidade do fenômeno da gestão e os depoimentos deixam claro que não é o gestor ou o ambiente no qual ele está inserido que irá determinar sua ação, mas sim a relação que se estabelece entre o sujeito e o contexto no momento específico da ação, “porque o SUS ele avança a cada dia, então cada dia é um recurso novo que aparece, é uma situação nova que acontece. Então não tem como está comparando uma gestão de outra, nem comparando com a gestão anterior, porque são situações muito diferentes, muito diversas”.

Para finalizar, considero que a gestão na produção da saúde local passa pelas relações estabelecidas entre os diversos atores desses cenários: os administrativos, os políticos, os prestadores de serviços, os profissionais e os usuários. Todos, de certa forma, interferem nesse processo.

10 UMA AGENDA PARA A INTEGRALIDADE



10 UMA AGENDA PARA A INTEGRALIDADE

“A grande generosidade está em lutar para que, cada vez mais, essas mãos, sejam de homens ou de povos, se estendam menos em gestos de súplica. Súplica de humildes a poderosos. E se vão fazendo, cada vez mais, mãos humanas, que trabalhem e transformem o mundo”.

Paulo Freire

O discurso dos informantes, em alguns momentos, levou-os a pensar e expor que há caminhos para romper velhos problemas presentes no cotidiano do trabalho, para oferecer ações em saúde que tenham consonância com as necessidades e as expectativas dos usuários, num Sistema hierarquizado e descentralizado com interlocução, mesmo que incipiente, com os demais setores sociais. É no micro-espaço que as soluções precisam ser dadas e é nesse movimento que surgem potencialidades e criatividade para a resolução de problemas cotidianos:

Enquanto a gente não vir a comunidade de uma forma integral, aliás, as pessoas na comunidade integralmente, porque elas fazem parte dessa comunidade, enquanto só o PSF ficar vendo isso não resolve, porque a gente depende de outras instituições de saúde que ainda trata o paciente como uma parte, às vezes, até insignificante. Então eu acredito que o PDR vai fazer com que haja integralidade entre todas as instituições, uma vai ter que tá juntando a outra, tipo um... jogo de quebra cabeça que vai unir e formando um todo, então enquanto não tiver isso, e a gente formar esse jogo, a gente não vai ter um resultado muito bom, apesar dos esforços, mas são esforços por parte, não de forma integral. Os PSF têm uma noção muito boa, dessa questão da integralidade, mas quando vai se apoiar, nos apoios já não tem isso, por exemplo, essas referências e contrarreferências, o paciente parte lá, parte cá e, o todo, a forma integral dele fica partida. Enquanto ele fica só aqui no PSF é bom, mas muitos têm que sair um pouco, do atendimento aqui dentro... Então é isso (E₁).

A transformação das práticas envolve novos atos e atitudes, novos modos de caracterizar a realidade e de caracterizar os problemas. A integralidade do ser é a dimensão *primeira* da integralidade. O usuário na ESF deve ser visto como um ser singular e coletivo, sendo relevantes seus aspectos biopsicossociais: mas “enquanto a gente não vir as pessoas integralmente na comunidade, enquanto só o PSF ficar vendo isso não resolve”. Portanto, não basta termos políticas que contemplem este princípio, não basta termos um Sistema hierarquizado e uma equipe multidisciplinar para atuar na rede de cuidados, é necessário ver o outro como um ser biopsicossocial. “Os PSF têm uma noção muito boa, dessa questão da integralidade, mas quando vai se apoiar, nos apoios já não tem isso, por exemplo, essas

referências e contrarreferências, o usuário parte lá, parte cá e, o todo, a forma integral dele fica partida”.

O enfermeiro aponta para a construção de uma agenda comum entre instituições, gestores, profissionais e cidadãos onde o Sistema de Saúde possa ser visto como mais próximo, humano e solidário ao ser integral.

O profissional cuidador do “ser-no-mundo que é cura” (HEIDEGGER, 1999, p. 257). Somos cuidado e, ao assumir o ofício de ser, quer num encontro, quer num desencontro, com tudo o que ele é e não é, que tem e não tem, somos profissionais da saúde que precisamos ser junto como *ocupação e preocupação*. É preciso considerar na necessidade em saúde do ser cuidado não somente aquilo que ele demanda e que o profissional ou Serviço de Saúde pode responder, mas cuidar para a vida, ajudá-lo a “andar a vida” (MATTOS, 2004b) a “*ser-com os outros*” (HEIDEGGER, 1999, p. 170), sendo-junto também na equipe:

Eu acho que a gente tem que começar a fazer um trabalho de equipe, assim de juntar em reuniões o pessoal que trabalha para tentar passar isso para os profissionais. Porque a gente não tem, sabe assim, ainda não tem um trabalho certo e fixo para fazer essa integralidade, não tem. E se a gente não fizer aqui, lá fora também não vai sair, porque vai ter que partir daqui (M₄).

Porque eu acho importante, não se pode desenvolver, melhorar a integralidade, melhorar esse relacionamento sem que haja reunião de equipe, desse tipo, uma crítica ao trabalho que a gente faz, não é? Como é que nós estamos fazendo? Eu sei que todos nós, principalmente quem trabalha na área da saúde, erramos. Um dia a gente tá com mais pressa, outro dia a gente tem outro tipo de problema, às vezes, até familiar, às vezes, até problema médico (de saúde) (M₅).

Os médicos apontam a necessidade do trabalho em equipe para conseguir concretizar o princípio da integralidade. A comunicação eficaz também é uma indicação.

Teria de ter mais comunicação com, não sei se são órgãos que devo falar ou gestores, teria que ter uma comunicação mais certa para a gente saber até a direção certa para seguir, porque o apoio ainda está muito falho ainda (ACS₂₂).

A comunicação efetiva entre os membros da equipe e seus apoios como os administrativos, os profissionais de saúde de referência, os coordenadores e gestores é uma indicação para se ter uma eficaz atuação na perspectiva biopsicossocial da atenção à saúde. É evidente a importância de uma comunicação efetiva para estabelecer princípios organizadores da assistência, no sentido de criar um vínculo adequado entre a equipe e também com a família, assegurando que os problemas e preocupações dos usuários são entendidos por aqueles que oferecem cuidados, gerenciam e administram os cuidados. A boa comunicação é um processo de duas vias, requer tanto fala quanto escuta efetiva e, segundo a ACS, não se tem uma boa comunicação e o *apoio* ainda está falho.

Todavia essa comunicação também deve existir com a população para facilitar seu entendimento e sua mudança de postura, sem que priorize somente as tecnologias duras como respostas às demandas apresentadas.

Isso já aconteceu aqui, o paciente chega e se você começa a perguntar muito, a querer saber muito, dependendo do paciente ele vira e fala: “Mas que coisa demorada!”, porque eu já tive isso no consultório. Então não basta também começar a integrar a equipe, os profissionais, tem que levar isso pra comunidade. Porque a comunidade não está acostumada. Então essa integralidade não tem que ser só para a equipe dos profissionais, tem que levar isso para a comunidade também. Porque eles não estão acostumados (M₄).

Do direito à saúde sabem os brasileiros, mas nem todos conhecem que existem princípios que precisam ser contemplados no Sistema para que esse direito seja estabelecido para todos. Nesse sentido de direito, o SUS é referido pelo secretário municipal de saúde e pela técnica de enfermagem como um direito de todos indiferente da situação sócio-econômica.

Porque as pessoas acham porque tem, por exemplo, o IPSEMG, acha que ela não tem esse direito de tá recebendo o medicamento que o município oferece. Então seria uma coisa interessante de tá investigando o que pode... Qual é o conhecimento da população em torno do SUS, se é só pra levar a saúde pra aquele que precisa, se é... para todos (SMS₂₁).

Muita gente pensa assim, “ah, tem funcionário mesmo que pensa dessa forma, fala assim, ah fulano que tem condição financeira boa, pra quê só fica no Posto, pra quê que procura?” Eu acho que é direito de todos indiferente se você tem uma classe boa ou não, se você tem condição de estar pagando ou não, porque o SUS é um direito de todos, indiferente assim... da classe social (TE₆₂).

O direito à saúde é um direito social da Constituição Brasileira de 1988 a qual estabelece, no artigo 6º, que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). Esses direitos sociais, segundo Silva (1998, p. 289), constituem

prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.

Portanto, os direitos sociais se realizam por meio da ação estatal com a finalidade de diminuir as desigualdades sociais. Porém, o Estado deve assegurar a todos o direito de acesso a Serviços de Saúde de boa qualidade, dever indeclinável do poder estatal, como contrapartida necessária do direito que tem cada cidadão de desfrutá-lo como descrito na Constituição de 1988, Seção II, Da Saúde, art. 196: “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 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

É preciso que cada cidadão seja atendido com prontidão, presteza, cortesia e eficiência, quando tenha ameaçada ou comprometida sua saúde. Dessa forma, é um direito universal para combater as desigualdades sociais sem fechar as portas ao necessitado, mesmo que seja socialmente bem estabelecido.

Na prática da integralidade, surge a indicação da prevenção e da promoção à saúde como forma de operacionalização das ações na ESF.

Através da promoção e prevenção. Fazendo com que a população conheça os trabalhos do PSF, porque antes a população achava que tinha que estar doente para tá procurando o Posto de Saúde, vamos falar o Posto de Saúde. Agora não, eles sabem que não, eles têm que trabalhar com a promoção e prevenção, o PSF é isso é prevenção a saúde (ACS₁₁).

Ampliar o espaço de intervenção voltado para a integralidade mediante ações desenvolvidas com a população no território e nos Serviços de Saúde, isto é, passar a ver o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo.

Tem umas coisas que eu sempre falo que a experiência é a melhor coisa que a gente guarda mesmo, não é? E, uma coisa assim que deu pra perceber é... essa integralidade junto com essa nossa profissão é... como as pessoas assim, realmente são carentes, não é? Carentes, mas em tudo! Então, é aquele transtorno. Um dia você consegue ajudar demais. Outro dia tem uma falha, não é? Que afinal de contas nós somos todos humanos mesmo, mas ficar errando sempre não é a jogada. Então, assim, o que eu gostaria de falar mais, mais pra esse trabalho seu é o seguinte: que as pessoas, que eu acho assim que, a gente tem um dia a dia tão corrido que a gente não tem tempo. Às vezes, não tem tempo ou não tira ou não tá conseguindo assimilar a situação pra reservar esse tempo. Aí, as pessoas que procuram a gente, às vezes, pelo telefone, pedem pra ir fazer uma medida de pressão. Aí, chego lá, elas querem é conversar. Então, assim, o trabalho da saúde ele tem sempre que atingir esse foco: a prevenção (TE₇₁).

A narrativa desvenda a percepção que o profissional da enfermagem tem da integralidade no atendimento e proximidade com o usuário: “como as pessoas são carentes!...” Ao assumir esse sentido da integralidade, o participante da pesquisa remete a uma abordagem nas práticas em saúde que valoriza a dimensão subjetiva e que implica construir um modelo de atenção que reconheça o singular sem desprezar o coletivo e que seja centrado na pessoa que recebe o cuidado. É importante destacar que as necessidades do ser humano não são quaisquer, aparecem como aquilo que precisa necessariamente ser satisfeito para que ele possa continuar *ser* ele mesmo em seu contexto de vida.

Oh, tem três anos que eu estou nessa equipe, eu considero a equipe boa, não é por saber ou fazer parte dessa equipe, eu considero boa, sim. Igual aqui no Serviço eu acho bem organizado. Igual a enfermeira E₆ faz de tudo, grupos preventivos, dia de prevenção, igual você mesma pôde ver lá, ela tá sempre orientando as pessoas, direitinho. Mas a pessoa não dá valor àquele atendimento assim público. Porque eu penso assim, muita gente fala, muita gente acha assim, que quando você está pagando a pessoa dá mais valor, entendeu? Igual, muitas vezes, fora daqui, eu já tive oportunidade de ir em São Paulo, em BH, eu vejo como assim, é muito mais difícil de tá conseguindo o atendimento! Aqui não, você vê o paciente chegar, quando você não pode atender no momento com o médico, com aquilo que ele deseja, você agenda ou você manda para o hospital, alguma coisa você faz com ele. A gente ajuda a resolver a situação dele, nunca que ele vai para a casa aleatoriamente, assim: “eu fui à Unidade e não consegui nada”. Lógico que saem comentários assim, ainda mais agora nestes últimos meses do ano que é a época da política o pessoal nó, cai matando mesmo! (TE₆₂)

Ao expor sobre a desvalorização, por algumas pessoas, do atendimento público à saúde, o profissional de enfermagem já se posiciona de forma a defender ou justificar que, na realidade estudada, os usuários não ficam sem respostas, “alguma coisa você faz com ele”. Atente-se para o fato de que valorizar o Serviço e o servidor público é meio seguro e eficaz para oferecer serviço público de boa qualidade para a população. É importante e necessário lutar pela escolha de bons serviços prestados no setor público de saúde e pela valorização da atenção prestada.

Para Franco e Merhy (1999), o modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, à construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive à determinação de uma relação nova, que se dá entre sujeitos; tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde, portanto todos são agentes no processo, numa escolha que pode ser a da qualidade da atenção pública à saúde.

Para que os profissionais possam efetuar mudanças no processo de trabalho com vistas a oferecer melhor atenção à saúde, precisam ser capacitados como já inferiram alguns informantes:

A gente está com um grupo de agentes em capacitação, estão fazendo um curso de agentes comunitários, isso é uma coisa muito bacana! Eu já trabalhei em outros lugares, em outros Postos de Saúde como acadêmico, como estagiário e a gente via que os agentes comunitários de saúde, por serem mais na equipe, como eu te falei eles são sete na nossa equipe. Eles, por serem mais e serem mais próximos (da população), eles precisam ser muito capacitados. Eles estão se capacitando de como fazer uma visita, de como reconhecer os problemas nas casas dos pacientes e trazê-los pra gente. Eles vão ser, o que eu sempre falo com eles, “você são os nossos olhos, não é? Vão identificar os problemas pra gente. Vão trazer os pacientes pra cá, vão levar as nossas informações até eles, não é? (M₇)

É necessária a capacitação dos ACS para que desenvolvam as ações junto às famílias já que são também os que estão mais próximos e presentes nos domicílios. Já havia constado,

em trabalho anterior, que são trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional nos Serviços de atenção primária à saúde e suas atividades transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Além disso, a qualificação pode potencializar sua capacidade de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias (VIEGAS, 2005).

Considero que o trabalho realizado pelo agente comunitário de saúde é altamente importante e significativo para a consolidação do SUS nos municípios, sendo que muitas capacitações já foram realizadas para o aprimoramento do desempenho desse profissional. O que se propõe com o Curso Técnico de Agente Comunitário é uma nova forma de olhar para o trabalho que vem sendo feito pelo ACS e ressignificá-lo. É reconhecer uma prática que vem sendo construída no cotidiano, sistematizando-a e teorizando-a, formalizando a legalidade profissional do ACS na especificidade de seu trabalho (SÃO PAULO, 2007).

Mediante as expressões dos informantes neste estudo percebo que “a partir do momento em que o sentimento é coletivo, e que se veem suas consequências, tanto sociais quanto políticas, para melhor ou para pior, é preciso saber integrá-lo no ato de conhecimento a fim de tornar este último mais eficaz” (MAFFESOLI, 1998, p. 193).

Há muitos desafios e muitas possibilidades na ESF. E múltiplos agendamentos em operação para a construção da integralidade em saúde!



11 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES...

11 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES...

“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”.

Michel Maffesoli

Ao terminar este trabalho, reconsidero as reflexões e interpretações realizadas sobre os dados, além da importância deste estudo para minha vida pessoal e profissional. Inicialmente, ao pensar o tema da integralidade da atenção na ESF como objeto deste estudo, até a construção deste texto, muitas foram as contribuições descobertas na realidade cotidiana de cada cenário. A opção por cada um deles, veio por acreditar nas possibilidades de construção da integralidade nas práticas das equipes Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. Antes da ESF, muitas localidades eram desprovidas do acesso aos bens e serviços na área da Saúde, porém a universalidade *do* acesso não implica necessariamente o acesso às ações integrais em saúde. Nessa trajetória, ao procurar uma definição de integralidade que servisse de guia para a condução das reflexões neste trabalho, compreendi sua diversidade e pluralidade na literatura e, mais ainda, nas práticas em saúde, percebida ao vivenciar a coleta de dados, pois se mostra dos menores atos e atitudes diárias dos atores sociais ali envolvidos até a formulação de políticas públicas sociais e da saúde.

Aqui me distancio da ideia de que a integralidade seja uma utopia junto aos Serviços de Saúde, especialmente dos atores sociais com os quais convivi, pois percebi que atendendo minimamente aos papéis e atribuições de cada profissional, de cada equipe ESF, de cada Serviço de Saúde no conjunto existente de Serviços na rede, esse princípio tornar-se-á real e possível.

O referencial teórico proposto permitiu revelar a complexidade e as conexões entre as várias questões que se entrelaçam em torno da integralidade em saúde. Assim, busquei no referencial teórico-metodológico, na literatura sobre o tema e nas considerações feitas pela orientadora deste trabalho, desenvolver o estudo de casos múltiplos qualitativo, fundamentado na sociologia compreensiva do cotidiano, segundo Maffesoli, que me permitiu olhar os atos e as situações que exprimem a rica e densa concretude cotidiana.

Os instrumentos adotados para a coleta de dados – a observação direta e as entrevistas a partir de um roteiro básico contendo questões abertas e espaço dirigido a comentários livres dos informantes – possibilitaram-me ampliar o olhar e descobrir as várias possibilidades de desenvolver a integralidade na prática cotidiana. Os oito meses de observação em campo foram fundamentais para a interação, o discernimento e para a interpretação dos dados das entrevistas. Aponto esse fato como positivo devido à facilidade que tive em compreender de que realidade os informantes falavam, pois a convivência por várias semanas com os profissionais me fez aproximar e conhecer um pouco de tudo do cotidiano das equipes e de cada profissional.

Em campo de pesquisa, observei a pluralidade de experiências individuais e coletivas baseadas na institucionalização e na racionalização da vida nos Serviços de Saúde, mas também, nas relações corriqueiras do dia a dia das equipes, relações vividas e convidadas, que foram momentos de socialidade. Desse modo me foi possível integrar, na análise, a subjetividade, o sentimento, a emoção, o afeto, mas também a objetividade que se impele em forte presença nos cotidianos da Saúde. Assim sendo, procurei destacar as percepções dos sujeitos sobre a integralidade e sua prática para compreender como agem e qual o sentido que o tema pesquisado tem no contexto onde estão inseridos.

Portanto, considero que a fundamentação teórica adotada foi um guia para compreender uma parte da complexidade do tema integralidade nas relações humanas estabelecidas no cotidiano dos profissionais-gestores-usuários em distintos cenários. São territórios marcados por suas singularidades, pela ampliação do acesso à saúde na atenção primária por meio da atenção oferecida pelas equipes da ESF, mas também, por uma tradição histórica da saúde que encrava as heranças biomédicas da atenção mesmo com a conhecida proposta de mudanças na assistência na ESF.

Tendo em vista todo o referencial teórico contido no arcabouço legal do SUS e os pressupostos que emergem da proposta de Atenção Primária e da ESF, os dados deste trabalho se manifestam em argumentações que contextualizam esse desenho, enfocam certas mudanças e avanços, muitas expectativas, algumas incertezas ou mesmos retrocessos descritos nos descaminhos e impossibilidades para a construção da integralidade nesses cenários. Como porta de entrada, a ESF constitui, no nível de atenção primária, a modalidade de assistência de maior contato com a população, local onde as pessoas são (ou devem ser) atendidas como sujeitos sociais e emocionais e não apenas como portadores de doenças classificáveis. Porém, algumas dificuldades se colocam, até hoje, na ESF e estão relacionadas, fundamentalmente, ao aspecto organizacional do acesso a outros níveis se constituindo assim

em uma “porta de entrada estreita”, ou, às vezes, até sem saída pela falta de integralidade nas ações, pela fragilidade na rede hierárquica da assistência, configurando um quadro crítico que compromete em muito o acesso dos usuários à atenção de que necessitam.

A Saúde é um dever do Estado, a responsabilidade pela atenção integral é do Sistema de Saúde, para proporcionar ao usuário o direito de atendimento desde o primeiro contato com a equipe ESF, até encaminhamentos e atendimentos em Serviços de que ele necessite. Cabe ressaltar a importância de as equipes/profissionais terem uma visão mais abrangente do indivíduo, visto em vários aspectos, do individual ao coletivo, dentro de suas condições de vida e suas reais necessidades em saúde para ofertar ações/serviços que as respondam.

Os dados apresentaram que a integralidade da atenção na ESF é um desejo dos informantes visto que as demandas consideradas básicas para se ter saúde como a alimentação, a moradia, a educação, o trabalho e o acesso aos Serviços de Saúde, principalmente em níveis de maior complexidade, ainda são prioritárias no enfrentamento das desigualdades sociais conhecidas nas realidades estudadas. Os determinantes sociais de saúde apareceram como pano de fundo, evidenciados pela maioria dos usuários que procuraram as equipes de saúde, estes se constituíram em problemas que diariamente desafiavam os profissionais, fato marcante durante o período da observação em campo e também nas falas desses informantes. Os sentimentos e a solidariedade foram assumidos e incorporados à postura dos profissionais, eles se sensibilizam e sofrem com a extrema carência sócio-econômica das famílias.

Ao expor as histórias de vida convivas que marcaram o trajeto por mim percorrido no espaço rural, eu o fiz com o intento de demonstrar as singularidades do cenário e das *vidas* em busca de dignidade e de *saúde*. O distrito Fazenda Santa Cruz (Datas-MG) mostrou-me o “lugar” onde os elementos que formam o mundo social foram perceptíveis na ocupação e constituição desse espaço social: a natureza, a vida, a cultura, a realidade econômica, onde a miséria faz parte do dia a dia das famílias. Ao avistar essa localidade, um fato, entre muitos outros, chamou-me a atenção: os moradores chegarem às janelas ou à beira da estrada para verem o carro da Saúde passar. Essa realidade sensibilizou-me pela carência das pessoas e como esperam pela assistência à saúde. Algumas famílias sobrevivem com benefícios dos programas sociais governamentais do Programa Leite pela Vida, do Fome Zero e do Bolsa Família e, também, graças à solidariedade das pessoas que conhecem suas carências. Essas são as fontes que oferecem o mínimo para o sustento dessas famílias com “menos fome”, porque as carências e os problemas continuam...

A vulnerabilidade no território de responsabilização das equipes fundamentada nos “riscos” potenciais existentes, tais como o ribeirão poluído, o esgoto, o lixo a céu aberto, a miséria, as drogas e a violência, os quais determinam o planejamento das ações em saúde, também se constituem em um impasse, pois o alcance da resolutividade desses problemas não está somente nas ações da equipe, afirmando, portanto, a importância da intersetorialidade. As equipes da ESF têm clareza de sua atribuição como promotoras da ação intersetorial, pois trabalham a responsabilização na identificação de problemas da população adscrita e contatam os que devem, podem e querem ajudar.

Houve reconhecimento, por parte dos atores sociais, da responsabilidade de vários setores sobre o processo saúde-doença e existe a vontade de trabalhar em favor da melhor qualidade de vida da população. Os grupos de informantes dos três cenários acreditam que a intersetorialidade é uma estratégia necessária para potencializar o serviço público e incrementar as ações necessárias nos vários setores. Nesse sentido, a desarticulação intra e intersetorial dificulta a operacionalidade do modelo de atenção na ESF.

Estar em distintos cenários trouxe-me aspectos culturais determinantes dessa socialidade que conduz o dia a dia desses atores no convívio com os usuários e a equipe Saúde da Família. As práticas culturais são muito presentes nessa realidade e andam juntamente com as ações sanitárias. A imersão da equipe no mundo sócio-cultural de sua área de abrangência foi compreendida como importante e necessária para uma maior possibilidade de oferecer respostas a todos os tipos de demanda.

O dia a dia das equipes de Saúde da Família foi marcado por várias ações e procedimentos diretamente observados nas atribuições dos diferentes profissionais. Em muitos momentos, os fazeres foram pontuais, voltados para queixas e/ou demandas dos usuários. No entanto, em alguns encontros, esses atos alcançaram o ser, como razão da ação de cuidar. Assim, o fazer não se limitou à ação ou ao procedimento, os aspectos humanos da assistência à saúde foram revelados na observação direta e nas entrevistas. A prática da escuta foi exercitada e, no escutar e no conviver, algumas equipes se mostraram extremamente solidárias em muitos momentos de sofrimento, lutas e perdas. Compreendo todos esses fatores como pilares de um Serviço voltado para uma assistência humanizada, pautada em elementos que se interligam e fazem construir e promover a integralidade em saúde.

A atenção ou cuidado nas organizações de saúde em geral é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar. Os profissionais da ESF demonstraram, em seus atos e em suas falas, a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como

operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. A integralidade da atenção recebida resulta da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores na saúde, isto é, fundamentadas no trabalho em equipe com ações interdisciplinares. Todavia, a integralidade do cuidado à saúde só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada”, quando uma equipe, em um Serviço de Saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um. É o que afirmam alguns profissionais ao mencionarem que, enquanto o usuário está sob os cuidados da equipe, a integralidade é alcançada, se sua demanda não pedir ações mais complexas em saúde. Porém, a linha de cuidado pensada de forma plena, atravessa inúmeros Serviços de Saúde.

A visita domiciliar é uma ação concretizada nessas realidades, o estar com o outro, em seu ambiente, promove uma atenção com co-responsabilização, configurando a autonomia do sujeito no processo cuidativo. A aproximação na visita foi percebida como rompimento do “muro institucional” para que o vínculo pudesse ser fundamentado na confiança e no respeito, valores que são construídos e não designados.

A educação em saúde faz-se presente na vida dos profissionais e dos usuários, percebida em todos os espaços vividos, especificamente “nos grupos educativos” como denominados pelas equipes ESF. Esses grupos foram contemplados pela informação em saúde, pela partilha de saberes, momento da abertura, do “espaço” para que os usuários colocassem suas experiências vividas na saúde e na doença. É incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, em sua versão individual ou coletiva, aspecto forte nessas realidades, principalmente em Diamantina.

A heterogeneidade de infraestrutura física das Unidades de Saúde se mostrou em espaços físicos inadequados para a atuação dos profissionais. Muitos espaços são edificações adaptadas, outros são antigos e pequenos postos de saúde, algumas estruturas foram recém-construídas ou reformadas e atendem às normas para se operar como Unidade Básica de Saúde. No entanto, todos esses espaços se constituem em espaços de “celebração”: da técnica; das relações; do lugar tornando-se laço, o laço do vínculo, um espaço social que limita o tempo. Evidenciaram-se, na vivência desses atores, a proximidade, a interação, o conhecimento das histórias de vida e a maneira de viver dos usuários, as pessoas são tratadas pelo nome. Desse modo, os dados desvendaram que o encontro do usuário com o profissional e a equipe qualifica-se com o investimento nesse vínculo, na confiança, no respeito e no reconhecimento da pessoa como “sujeito da ação”, com sua participação ativa.

A descentralização e a democratização das decisões na Saúde é uma diretriz para garantir ao cidadão o seu direito; para a defesa de uma sociedade mais igualitária, participativa e solidária; para conseguir viabilizar um sistema público de saúde universal, equânime, integral, qualificado e sob controle social. Os três cenários demonstraram a possibilidade dessa decisão pela descentralização, pois apresentam algumas peculiaridades na estrutura dos Serviços, dos recursos humanos e materiais. A composição da equipe mínima em Gouveia, com quatro auxiliares/técnicos de enfermagem demonstra que a cobertura das necessidades das famílias no domicílio traz um favorável retorno ao cuidado prestado, as demandas são respondidas e o prognóstico se apresenta favorável na maioria dos casos que necessitam de procedimentos básicos da enfermagem e também o retorno que esses profissionais trazem para a equipe por estarem diariamente inseridos no seio das famílias. As equipes de apoio de Datas e Gouveia trabalham nas Unidades junto às equipes, além das ações desenvolvidas conjuntamente na comunidade, domicílios, escolas, creches, asilos. A organização do Consórcio Intermunicipal de Saúde, com sede em Diamantina, de forma regionalizada tem sido um importante passo na garantia do acesso a outros serviços. Essa regionalização permitiu uma articulação entre as diferentes Unidades e Municípios. Essas estruturas apresentadas formulam possibilidades de ações mais integradas em saúde.

A gestão da Saúde nesses municípios foi percebida na ponta. Não foi difícil compreender o que era restritivo ou facilitador para a efetividade das ações na ESF. A gestão de recursos-humanos ou materiais gera conflitos, sobretudo quando se mostram escassos. A gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada simplesmente uma questão técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Assim, os dados apresentam que a gestão na produção da saúde local passa pelas relações estabelecidas entre os diversos atores envolvidos nesses cenários: os administrativos, os políticos, os prestadores de serviços, os profissionais e os usuários. Todos, de certa forma, interferem nesse processo. Compreender a gestão da saúde nessas realidades foi, antes de tudo, tentar entender os mecanismos de gerar e gerir adotados no cotidiano para trabalhar a Saúde, da melhor maneira possível, com o intuito de promover qualidade de *vida*.

Os contratemplos e a bonança no dia a dia das equipes da Estratégia Saúde da Família foram descritos nas dificuldades que se apresentaram e nos vários e verdadeiros encontros presenciados e que foram densamente narrados nas falas dos informantes. Os aspectos dificultadores mostraram-se na substituição da maioria dos ACS, após um processo seletivo ocorrido em meados de 2007 em Diamantina, que trouxe a resistência da população da área de abrangência aos novos ACS e o difícil recomeçar para a construção do vínculo. Nessa

substituição dos ACS e também durante o período pré-eleitoral em 2008, coincidente ao da coleta de dados, os atores sociais refletiram inúmeras vezes sobre a instabilidade no emprego. Assim, os dados indicaram a instabilidade profissional frente à realidade político-partidária dos pequenos municípios.

Convivi com as incansáveis queixas sobre a ineficácia do sistema de referência e contrarreferência; a escassez de recursos humanos, a falta de recursos materiais e diagnósticos; a lacuna existente para ações integradas e interativas na equipe, mas os informantes apontam para a necessidade da perspectiva de trabalho integrado e análise coletiva dos problemas dos usuários e encaminhamento das soluções. Contam também como dificuldades para as equipes: a elevada demanda espontânea e a abertura das equipes à pressão dessa demanda produz angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional; a forma de prestação de serviço pelo profissional médico que tem horário reduzido; o número pré-estabelecido de consultas médicas diárias; a liberação do profissional médico para plantões ou outras atividades profissionais; as licenças de saúde e férias dos profissionais que não são cobertas e que determinam restrições nas ações.

Outros aspectos dificultadores foram também comuns como o perfil e a formação dos profissionais e suas implicações para a construção da integralidade; o baixo investimento em capacitação, educação permanente para as equipes; as condições de trabalho adversas, que abrangem a precariedade das relações de trabalho com os baixos níveis salariais e as formas de contratos sem vínculos empregatícios; o insuficiente apoio por parte dos gestores e de outros setores no enfrentamento dos problemas sociais, que se constituem em árduos desafios para o âmbito da ESF. A discussão dos dados voltou-se em vários momentos para a indicação de que essa Estratégia precisa ser reestruturada, fortalecida em políticas para incorporar a potência transformadora, ou seja, assumir uma configuração diferente para atender ao objetivo da atenção integral à saúde.

Muitos são os fatores que promovem ações integrais e que justificam os momentos de bonança no dia a dia das equipes: o reconhecimento do ser integral; a tentativa de dar respostas a todos os que procuram as equipes; o espaço para a escuta e o diálogo com o usuário; as ações que se voltam para o auto-cuidado e o empoderamento do sujeito; a educação em saúde, a concretização da visita domiciliar; a importância dada para o trabalho em equipe e o reconhecimento da necessidade do trabalho do outro, isto é, a complementaridade e a interdependência das ações para prestar uma assistência integral e resolutive. Algumas equipes apresentaram ações interdisciplinares com uso das diferentes habilidades na identificação e resolução dos problemas. Outras convivem com ações

individualizadas, mas referem à necessidade de responsabilidade compartilhada nas ações e decisões da equipe para alcançar a integralidade em saúde.

Nos três municípios, a aproximação com a proposta da integralidade em saúde também foi justificada nos dados pelo potencial das equipes para organizar ações coletivas, com a intenção de melhorar a qualidade de vida da população, ações sociais que vão além do setor da Saúde que tem sido, em muitos casos, o impulsionador do processo de trabalho na ESF, o que dá forças “para recomeçar a cada dia”. Essas ações sociais consolidam-se nos encontros nesses Serviços e nos domicílios, nas “ajudas”, nas festas, nos eventos, nos passeios, nas datas comemorativas do calendário nacional, onde os atores sociais vivem a emoção, a partilha, o imaginário e revelam as expressões das práticas humanas em saúde, percebidas pela co-presença desses sujeitos nesse espaço-tempo observado.

Os pilares da integralidade traduziram-se na comunhão dos casos múltiplos, nas convergências dos relatos dos informantes quando apontam o que promove, dificulta ou impede as ações integrais em saúde: o vínculo, o perfil e a formação profissional, a hierarquização dos serviços e a implicação da referência e da contrarreferência no dia a dia do Sistema. Os informantes dos três municípios ao serem abordados sobre a prática da integralidade nas ações da equipe, elucidam que a rotatividade profissional dificulta esse processo de se ter vínculo e alcançar a integralidade do ser e das ações desenvolvidas pelo profissional/equipe. Assim, a rotatividade tem implicações sobre o trabalho individual e sobre o processo de trabalho em equipe. A rotatividade é denominada um obstáculo para muitos pilares que estruturam a integralidade na ESF: o laço, o respeito, a confiança, o compromisso, o trabalho em equipe e a co-responsabilização no acompanhamento da família.

Os informantes focalizam que, para a atenção ser integral, a formação/educação também tem que ser integral e interdisciplinar. Não restam dúvidas de que a formação, a qualificação, a capacitação do profissional de saúde são caminhos para se alcançarem os princípios e as diretrizes do SUS na atenção à saúde das pessoas em suas condições e escolhas. Os depoimentos apontam além da formação, a necessidade de um perfil profissional para a atuação na ESF.

A existência de problemas ligados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços comprometem e prejudicam o princípio da integralidade. Entre os entrevistados, é unânime a opinião de que o acesso aos demais níveis de complexidade ainda é insuficiente. Para algumas especialidades e alguns exames, encontram ainda forte dificuldade não só no acesso, na oferta de vagas, mas também na distância enfrentada pelos usuários ao ter que ser enviados para Belo Horizonte e, também pelos municípios, em estruturar condições de

transporte, apoio e hospedagem, quando necessária. Assim, a reorganização da atenção primária com vistas à universalidade *do* acesso a serviços e ações integrais, implica também em que as demandas sejam respondidas nos demais níveis de complexidade, quando se fizer necessário. A referência deve ser correspondida com a contrarreferência para que o usuário não se perca pelo caminho e sim faça um trajeto na rede de cuidado com respostas integrais e equânimes.

Além das dificuldades de aplicação prática desse princípio no cotidiano das equipes da ESF, evidencia-se que a integralidade está interligada com as questões de gestão da política pública, da política local e do político e que disso é interdependente. Os atores desses cenários, muitas vezes, sentem-se fortalecidos em saber que estão caminhando para ações integrais em saúde, mas não suficientemente articulados para isso, por questões políticas, de gestão e até por pouca interação na equipe.

A noção explícita pelos informantes deste estudo é de que a integralidade não se limita à formulação de políticas, à articulação de técnicas ou de determinadas formas de intervenção em saúde, mas se fundamenta também no resgate do indivíduo e do coletivo como centro do cenário da prestação da atenção à saúde na ESF, sendo a família o espaço privilegiado de atuação.

Assim sendo, a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade, a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde. Esses princípios do SUS foram defendidos como um princípio único: o do direito à saúde.

A compreensão da integralidade da atenção à saúde nas equipes ESF dos municípios de Datas, Diamantina e Gouveia revelou que a integralidade da atenção não parece ser um princípio presente ou ausente em um determinado Serviço de Saúde, programa ou modelo de gestão, mas sim um objetivo que pode estar presente em diferentes atos e atitudes e em diversos momentos. Na análise das concepções de integralidade dos diferentes atores sociais, percebe-se que se complementam e coincidem em seus aspectos com os diferentes sentidos considerados pelos autores referenciados neste trabalho, como Mattos, Pinheiro, dentre outros.

Os dados apresentam que já existem direções e iniciativas que buscam construir uma atenção diferenciada na prática cotidiana. Os profissionais de que o SUS necessita precisam de uma formação mais abrangente, um perfil para o trabalho público na área de saúde coletiva, um profissional humano, comprometido, cheio de idealismo para fazer e ter vontade de mudar a realidade, em uma perspectiva realista da situação, isto é, fazer o que é

possível de fato, sem perder-se em sonhos de possibilidades que estão fora do alcance no momento, para, assim, a integralidade em saúde ser um princípio exercido em todas as suas dimensões, construir, portanto a saúde individual e coletiva de que precisamos.

A análise da integralidade da atenção à saúde perpassa diversos aspectos que vão desde as concepções e a visão dos profissionais, passando pela gestão, planejamento e organização dos processos de trabalho e dos Serviços, assim como pelas políticas de saúde em busca da articulação e integração do Sistema. Esses diferentes aspectos estão sujeitos a diferentes vicissitudes e poderes que envolvem atores políticos, sociais, profissionais de saúde e instituições formadoras, além do próprio mercado de trabalho, interferindo na operacionalização das estratégias políticas e administrativas para a organização do Sistema.

A polissemia da integralidade impõe reconhecer e considerar a centralidade da subjetividade na produção das práticas em saúde, o que tornou possível a compreensão da pluralidade de sentidos atribuídos ao tema, sobretudo o que significa a integralidade para os informantes. As interfaces entre o plano subjetivo e a materialidade da prática constituem-se na formalidade da assistência no Sistema, nas práticas não institucionalizadas em saúde, nas atitudes, interações que se fundam na socialidade cotidiana, sendo possível considerar que a integralidade não se refere apenas a uma ação individual ou coletiva, mas a toda uma postura adotada na produção de saúde voltada às necessidades trazidas pelo usuário. Essa mudança de paradigma traz consigo o desafio de sua execução, pois esse Sistema se constrói no dia a dia dos Serviços e das práticas profissionais dos que acreditam em uma mudança da Saúde no Brasil.

A ESF revelou-se, nesses três municípios, como uma política transformadora de atitudes dos profissionais e também dos usuários e propulsora de algumas mudanças culturais. Entretanto a hegemonia da ação médica ainda se configura nesses contextos. Isso certamente impõe um desafio a ser superado, sobretudo porque a mudança de cultura e os recursos infraestruturais representam o grande passo para o êxito de uma transição paradigmática cuja ênfase na cura deve ser substituída pela promoção da saúde e pela prevenção de doenças. Assim, reconheço, nas experiências estudadas, a saúde como um meio para o desenvolvimento humano e o cuidar para o autocuidado como empoderamento do sujeito, conferindo-lhe um sentido positivo e diferenciado de seu protagonismo na produção de sua saúde e da saúde da coletividade.

Nesse espaço-tempo estudado, foi possível discernir o que já está cristalizado ou sedimentado para a implementação da integralidade na ESF, porém esse é um processo em construção que possui um manancial de possibilidades. É no entrecruzamento dessa

construção e na operacionalização de mudanças que surge a necessidade de criação e é na perturbação dos domínios que práticas são (re)pensadas e (re)criadas.

Com mudanças político-institucionais, capacitação de recursos humanos, e planejamento, pode-se alcançar a implementação da integralidade das ações em saúde e concretizar o direito à saúde, determinado pela Constituição Brasileira.

Ao pensar na tese formulada para o desenvolvimento deste estudo, venho explicitar que a reafirmo, apesar de o princípio da integralidade ser de difícil implementação no cotidiano da Saúde, como apresentam os dados deste estudo. A ESF, nos municípios de Datas, Diamantina e Gouveia aproxima-se de um objetivo ou de um ideal, aquele de um Sistema de Saúde Único que incorpore o princípio da integralidade como um de seus eixos estruturantes e com a formalidade de “*vidas com mais qualidade*”.

A pretensão é de que este trabalho possa contribuir academicamente com a literatura sobre o tema da integralidade na ESF. Além disso, aspira-se também contribuir com informações que possam auxiliar os profissionais, as equipes e os gestores locais, fornecendo-lhe dados e ferramentas que possibilitem a melhoria dos Serviços implantados, analisando os fatores que incidem na efetividade da integralidade em saúde, para servir de base para possíveis intervenções visando a melhoria do atendimento aos usuários da ESF das realidades investigadas.

Vale acrescentar que não podemos perder de vista que o princípio da integralidade não pretende dar conta de tudo, como se fosse possível, sob sua referência, entender e transformar a realidade em sua totalidade, pois há coisas que são específicas da pessoa e que não podemos fazer por ela, é ela que deve decidir e fazer as escolhas, agir e tomar conta da vida.

Outro aspecto importante a lembrar é que, embora tenhamos que levar em conta a emergência da integralidade da atenção à saúde, não podemos deixar de estudá-la e tratá-la criticamente. Dessa forma, cabe-nos o exercício do aprendizado constante, de saber lidar com o embate cotidiano entre essas posições discursivas e ideológicas na compreensão da integralidade. Após propormos as linhas gerais e deixarmos um problema em aberto, suscitamos debates e proposições convergentes ou contraditórias. Dessa forma, este estudo não tem o alcance de findar essa discussão, mas a proposição que outras realidades sejam estudadas para compreensão da construção da integralidade na ESF.

Vale enfatizar que esta pesquisa é um estudo de casos múltiplos holísticos; cada um dos casos constituiu uma entidade única, submetida a uma análise particular e contínua. Após análise criteriosa de cada caso, os dados apresentaram resultados semelhantes conferindo-lhes a replicação literal e uma capacidade de generalização. A validade externa fundamenta-se nas

convergências dos dados, ou seja, nessa replicação literal; e as constatações dela decorrentes, por retratar uma situação real em seus múltiplos aspectos, permitem inferência e comparações com situações similares. Aqui, acrescento a descrição de que há de se levar em conta a efetividade de uma política como a ESF nessas realidades, pois quantas portas foram abertas para as populações locais, além dos avanços demonstrados nos dados, apesar das dificuldades apresentadas para o alcance dos objetivos a que se propõe essa Estratégia, bem como para a integralidade nas ações das equipes.

Acreditar no presente e no futuro de uma Saúde Brasileira com mais reconhecimento do outro, solidariedade e vontade de fazer o bem à vida do outro, é mais do que ter esperança, é ter um objetivo para ser profissional da saúde. Soma-se, a isso, a importância que este trabalho teve em minha vida pessoal, pela possibilidade de desenvolver esta pesquisa em municípios do Vale do Jequitinhonha, região que apresenta muitas desigualdades sociais, mas também muitos trunfos que se traduzem na riqueza cultural de seu povo, suas crenças, seus valores; em sua beleza natural, arquitetônica e artística. Especialmente Diamantina, local onde vivi uma feliz parte da minha vida, berço de heranças que me fez ser enfermeira e diamantinense de coração. A importância também cabe a minha profissão, pois percebi que cuidar da família trouxe-me o meu modo de viver na enfermagem e retrata meu começo no trabalho iniciado numa maternidade de Diamantina em busca do título Hospital Amigo da Criança, depois na pediatria e, enfim, num PACS por mais de cinco anos. Compartilhar com as famílias de quem cuidava, sua dor, seus medos, sua capacidade de superação na doença e na saúde me fez gostar e acreditar que podemos fazer melhor para apoiar, cuidar e reconhecer os desafios da vida, da doença e da saúde.

As palavras dos informantes parecem-me as mais adequadas para colocar o ponto final quando mencionaram que parece pouco tempo para o tanto que conseguimos avançar em termos de SUS e que, se cada um cumprir com um pouco que tem que ser feito e fizer bem feito seu trabalho, tem tudo para dar certo.

É possível, é questão de querer fazer e do tempo para que os Serviços, as Organizações e as esferas de governo se prestem a mudanças de saberes, práticas e estruturas.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lucia; MARTINS, Carla Macedo; GEISLER, Adriana. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100028&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 Jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232008000100028

ACIOLI, Sônia. Os sentidos de cuidado em prática populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 187-203.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 9, ago. 2001. p. 150-153. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200012&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 03 mar. 2008. doi: 10.1590/S1414-32832001000200012

ALVES, Vânia Sampaio. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, vol.9, nº.16, p.39-52. Fev 2005 ISSN 1414-3283

ARAÚJO, Marcos Antônio Alves de Araújo. **O pensamento Pós-Moderno em Michel Maffesoli**. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/4061927/Z-O-pensamento-PosModerno-em-Michel-Maffesoli> Acesso em 01 de setembro de 2010.

ARAÚJO, Mariza Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.12, nº. 2, p. 455-464, mar.-abr. 2007. Id: 440901

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO Roseni. Quando direito e economia se encontram: governamentalidade e efetivação do direito à saúde. In: **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Org. Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 79-96.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins. **Acesso à atenção à saúde no SUS**: o PSF como (estreita) porta de entrada. 177 f. : il. Dissertação (mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.** São Paulo, vol.13, no.3, dez 2004. p.16-29. ISSN 0104-1290 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 set. 2007. doi: 10.1590/S0104-12902004000300003

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p.

BENITO, Gladys Amélia Vélez; BECKER, Luciana Corrêa, DUARTE, Jefferson; LEITE, Daniela Stuarde. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* Brasília, v. 58, n. 6, Dec. 2005. p. 635-40. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 18 Jul. 2010. doi: 10.1590/S0034-71672005000600002

BERTONCINI, Judite Hennemann. **Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau.** 136 f. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano, compaixão pela terra. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 200 p.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação.** Tradução de Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Revisão de Antônio Branco Vasco. Portugal: Porto Editora, 1994. 336 p. (Coleção Ciências da Educação).

BONET, Octavio. A Equipe de Saúde como um Sistema Cibernético. In: **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 117-128.

BONET, Octavio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. O usuário como mediador. Em busca de uma perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais de saúde. In: **Cuidar do cuidado:** responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Org. Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 191-209.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, Senado Federal. 1988. p.133-4: Seção II. Da Saúde.

BRASIL. **Lei no. 8.080.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: 19 setembro de 1990. 19 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> Acesso em 12 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASEMS. **O SUS de A a Z**. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=398&letra=G Acesso em 14 de julho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS 196/96 e outras). Brasília, 2000. 17 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm> Acesso em 13 de jun. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde Suplementar*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 93. “A Ousadia de Cumprir a Lei”**. Portaria 545, de maio de 1993. Brasília, 1993. 14 p. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf Acesso em 13 de jun. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão**. DOU 6/11/96. Brasília, 1996. 36 p. Disponível em: <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf> Acesso em 13 de jun. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde, PACS**, Portaria 1886/GM. Anexo 1. Brasília, Ministério da Saúde: 1997. 15 p. Disponível em: <http://www.faurgs.ufrgs.br/concursos/PMC0105/portaria1886.pdf> Acesso em 13 de jun. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: 2007. 20 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf Acesso em 29 de jul. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0516-2

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html Acesso em 13 de jun. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 21 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf Acesso em 20 de jul. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão /** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006b. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 14 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios.** Brasília/DF, dezembro de 1990. 10 p. Disponível em: <http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf> Acesso em 13 de jun. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2006a. 38p. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf Acesso em 18 de fevereiro de 2008.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional Nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em 18 de julho de 2010.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001, p. 11-16.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, suppl.1, p. 58-68, 2008 ISSN 0102-311X

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. p.569-584 ISSN 1413-8123 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 27 ago. 2008. doi: 10.1590/S1413-81232003000200018

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Paidéia. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 185p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modelos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, (Org.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14 supl.1, set./out. 2009. p. 1338-1340 ISSN 1413-8123 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 09 nov. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000800004

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. p. 161-168 ISSN 1414-3283 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 de jul. de 2010. doi: 10.1590/S1414-32832005000100013

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos. In: Ministério da Saúde, (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003. p. 373-413.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004a. p.1400-1410. ISSN 0102-311X Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 29 jul. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004b. p.41-65. ISSN 0103-7331 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 jul. 2010. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004

CECCIM, Ricardo Burg; PINTO, Luiz Felipe. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, dez. 2007. p.266-277. ISSN 0100-5502 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 jul. 2010. doi: 10.1590/S0100-55022007000300009

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. Tradução de Maria Leonor Braga Abecassis. 4. ed. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, vol.20, n.5, p. 1417-1423, 2004. ISSN 0102-311X Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de maio de 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500038

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18 supl, p. 191-202, 2002. ISSN 0102-311X. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 de maio de 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700019

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. 2009 Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_10.asp Acesso em 04 de agosto de 2010.

CORAL DE LAVADEIRAS EM ALMENARA. **O Vale do Jequitinhonha**. Disponível em: http://coraldaslavadeiras.com.br/website/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26 Acesso em 15 de julho de 2007.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. p.5-15. ISSN 0104-1290 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902004000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 de maio de 2007. doi: 10.1590/S0104-12902004000300002

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência **Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em 12 de setembro de 2008.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez – Oborê, 1987. ISBN 85-249-0101-2

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Prod.**, São Paulo, v. 14, n. 3, dez. 2004. p.27-34. ISSN 0103-6513 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S0103-65132004000300004

DEJOURS, Christophe. **Trabalho e Saúde Mental: da pesquisa à ação**. In: DEJOURS *et al.* Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. ISBN 85-224-1061-5 p. 45-65

ETGES NJ. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: Jantsch, Bianchetti L, (Org.) **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis; (RJ): Vozes; 2000. p. 51-84.

FAVORETO, César Augusto O. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ: ABRASCO, 2007. p. 213-229

GOUVEIA. Férias.tur.br. Disponível em: <http://www.ferias.tur.br/fotos/3168/gouveia-mg.html>

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2007.

FERREIRA, Carlos Emanuel Lopes. **Programa Monumenta em Diamantina**. 2009. Disponível em: <http://www.monumentadiamantina@jknet.com.br> Acesso em 22 de maio de 2007.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, 2009. p. 1421-1428. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800015

FERTOMANI, Hosanna Patrig. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde:** reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR [Projeto de Qualificação de Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 set. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832002000200018

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, dez. 2009. p.1054-1058. ISSN 0034-8910 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S0034-89102009000600018

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Mar. 2008. p. 696-701. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300024

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: Editora HUCITEC, 2007, cap.4, p.125-133.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Tribuna Livre. **PSF: Contradições e novos desafios**. Belo Horizonte / Campinas, março de 1999. Disponível em : <http://www.datasus.gov.br/cns> Acesso em 29 de julho de 2010.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. p.427-438. ISSN 1414-3283 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832007000300003

FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. São Paulo: Moraes. 1980. 102 p.

GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI, Andréa; REIS, Dener Carlos dos; PENNA Cláudia Maria de Mattos. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan-fev, 2005. p.

200-206 Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n1/22.pdf> Acesso em 22 de maio de 2007.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323 p.

GERHARDT, Tatiana Engel; RIQUINHO, Deise Lisboa; ROTOLI, Adriana. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos (Org.). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p 143-175.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed, São Paulo: Atlas, 1991. 159 p.

GOMES, Rafael da Silveira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 105-116.

GONÇALVES, Ronaldo do Nascimento. **Região do Vale do Jequitinhonha**. 2008. Disponível em: <http://www.asminasgerais.com.br/?item=ALBUM&codAlbum=487> Acesso em 02 fev. 2009.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Participação política e o cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araújo Mattos. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006, v. 1, p. 369-384.

HARZHEIM, Erno. **Texto Referência – Atenção Primária na Saúde (APS)**. Brasília Brasília – DF, 10 de março de 2009. 03 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/100309_texto_referencia_final.pdf Acesso em 25 de agosto de 2009.

HEIDEGGER, Martin. Ser e Tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Parte I. 8ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. 325 p.

HEIDEGGER, Martin. Ser e Tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Parte II. 8ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 262 p.

HEMMI, Ana Paula Azevedo. **Representações Sociais de Usuários sobre o Programa Saúde da Família**. Belo Horizonte. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

HORTALE, Virginia Alonso. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Out. 2004. p.1398-1399. ISSN 0102-311X Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500035&lng=en&nrm=iso> Acesso em 22 de maio de 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500035

HUBNER, Luiz Carlos Moreira; FRANCO, Túlio Batista. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis** Rio de Janeiro, v.17 n.1, jan./abr. 2007 p.173-191 ISSN 0103-7331. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 de jun. 2007. doi: 10.1590/S0103-73312007000100010

IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística] **Estimativas da população para 1º de julho de 2008** (PDF) (29 de agosto de 2008b). Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/Acesso> em 5 de set. 2008.

IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística] **Produto Interno Bruto dos Municípios 2002-2005**. (19 de dezembro de 2008a). Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/Acesso> em 11 de fevereiro de 2009.

JUNGES, José Roque; MAZARI, Carla Kowalski; SELLI, Lucilda. Agentes Comunitários de Saúde: perfil e formação. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 0669/2008 ISSN 1413-8123 Disponível em:
http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3230 Acesso em 22 de Nov. de 2008.

KANTORSKI, Luciane Prado et al . A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006. p.434-441. ISSN 0104-0707. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S0104-07072006000300007

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vicent. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. IN: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araujo de. (Org) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 279-291.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. [Tradução Valter Lellis Siqueira]. 3ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 2004. Coleção biblioteca universal. 274 p. ISBN 85-336-1970-7

LAPPIS. Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. **Integralidade: Resumos**. Disponível em: <www.lappis.org.br/resumos_integralidade.htm> Acesso em 14 abr. 2009.

LARENTES GF, CORAZZA ET. Agentes comunitários de saúde e sua participação na construção do SUS. In: Franco TB, Peres MA, Foschiera M, Panizzi M. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec; 2004.

LEÃO, Carneiro Emmanuel. **Apresentação.** In: HEIDEGGER, Martin. Ser e Tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Parte I. 8ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. p.11-22.

LIMA, Rita de Cássia Duarte. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface** (Botucatu), Botucatu, vol.13 supl. 2009. ISSN 1414-3283. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500031&lng=en&nrm=iso Acesso em 09 de jan. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832009000500031

LOCH-NECKEL, Gecioni et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl. 1, 2009 . p. 1463-1472. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800019&lng=es&nrm=iso. Acesso em 09 de jan. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800019

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **Direito à saúde, integralidade e participação:** um estudo sobre as relações entre sociedade e ministério público na experiência de Porto Alegre. Rio de Janeiro, 2006. 94 p. Dissertação Mestrado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2006.

LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saude** 2008 Abr/Jun; 7(2):241-247. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5012/3247>

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. p.335-342. ISSN 1413-8123 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232007000200009

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

MAFFESOLI, Michel. **Apocalipse: opinião pública e opinião publicada.** Tradução de Andrei Neto e Antoine Bollinguer. Porto Alegre: Sulina, 2010. 78 p. ISBN: 978-85-205-0504-3

MAFFESOLI, Michel. **A transfiguração do político: a tribalização do mundo.** Tradução de Juremir Machado da Silva. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina 2005. 230 p. ISBN 85-205-0149-4

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível.** Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 207 p.

MAFFESOLI, Michel. **Le réenchantement du monde: une éthique pour notre temps.** Paris: Éditions de La Table Ronde, 2007. 206 p. ISBN 978-2-7103-2921-3

MAFFESOLI, Michel. **Matrimonium: petit traité d'écologie.** CNRS Editions. Janvier 2010. Numéro d'impression: 912199. 79 p.

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

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva.** Tradução de Aluizo Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 1988. 294 p.

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

MAFFESOLI, Michel. **O Tempo das Tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa.** Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 1987. 244 p.

MASCARENHAS, Gilmar. Várzeas, operários e futebol: Uma outra geografia. **Revista GEOgraphia**, Rio de Janeiro, n. 8, jul/dez 2002. Disponível em: www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/download/90/88 Acesso em 09 jun. 2010.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004a. p.1411-1416. ISSN 0102-311X Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de set. 2008. 10.1590/S0102-311X2004000500037

MATTOS, Ruben Araujo de. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MATTOS, Ruben Araújo de. 2004b. **Entrevista: Ruben Mattos.** 18 de maio de 2004b Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>> Acesso em 10 de outubro de 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.45-

59.MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. v.01, p. 39-64.

MATTOS, Ruben Araujo de. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2007. p. 369-383.

MATTOS, Ruben Araújo de. Réplica. **Interface – Comunic., Saude, Educ.** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, supl.1 p. 792-795 ISSN 1414-3283 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500032&lng=es&nrm=iso> Acesso em 09 de jan. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832009000500032

MELO, Mônica Cristina de et al . A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, out. 2009. ISSN 1413-8123 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800031&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800031

MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Eugênio Vilaça Mendes. **Uma Agenda para a Saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 233-300. ISBN 85-271-0365-6

MERHY, Emerson Elias. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 195-206.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços público**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181-193.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005. 189 p.

MERHY, EE; Junior HMM; RIMOLLI J; FRANCO TB; BUENO, WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 2006. 296 p.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva** / Emerson Elias Merhy... [et al.]. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p 15-35.

MINAS GERAIS/CEES/FJP. **Plano de desenvolvimento integrado do turismo sustentável do pólo turístico do Vale do Jequitinhonha**. Resumo Executivo. Belo Horizonte: Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES)/Fundação João Pinheiro (FJP), set. 2004.

MINAS GERAIS/CEES/FJP. **Plano diretor de Diamantina**: caracterização da situação atual de Diamantina. [s.1.]: Fundação João Pinheiro, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Rev. bras. educ. med.**, vol.33, n.3, set 2009. p.417-425. ISSN 0100-5502 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/12.pdf> Acesso em 09 jun. 2010.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos**: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p.567-86.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, Fev. 2001. p.103-109. ISSN 0034-8910 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso> Acesso em 10 de outubro de 2008. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016

PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis, SC: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1997. 156 p.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2010 doi: 10.1590/S0103-73312008000400009

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Roseni Pinheiro e Ruben

Araujo de Mattos (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS - UERJ, 2001, p. 65-112.

PINHEIRO Roseni. **A integralidade e prática social**. 2005. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>> Acesso em 15 abr. 2007.

PINHEIRO, Roseni. Boletim Integralidade em Saúde. **Entrevista**. LAPPIS. 2007. 02 p. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>> Acesso em 11/11/2007.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lubi; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade e prática social**. Entrevista. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=162&sid=25> Acesso em 04 set 2009.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo Mattos. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. v. 1, p. 5-36.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo; CAMARGO JR., Kenneth R.. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003. 228 p.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social e ABRASCO, 2001. v. 1. 180 p.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução de Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REIS, Cláudia da Costa Leite; HORTALE, Virginia Alonso. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. p. 492-501 ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 set. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200017

RIAL, Carmen. Rodar: a circulação dos jogadores de futebol brasileiros no exterior. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 14, n. 30, dez. 2008. p. 21-65. ISSN 0104-7183. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832008000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S0104-71832008000200002

ROCHA, Bárbara Souza; MUNARI, Denize Boutellet; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; MELO, Lícia Kamila Assis; Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17 n.2, p. 229-233. abr/jun 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16.pdf> Acesso em 09 jun. 2010.

SANCHES PERES, Rodrigo; SANTOS, Manoel Antônio dos. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**, São Paulo, v. 10, n. 20, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072005000200008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 10 de outubro de 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Professor Nelson Rodrigues dos Santos fala sobre a EC-29. **Entrevista**, 17-dez-2009b Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1218&sid=1> Acesso em 24 de julho de 2010.

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

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. **Coordenação de Recursos Humanos, Centro de Formação e Desenvolvimento do Curso técnico da área da saúde: habilitação profissional de técnico agente comunitário de saúde: módulo I: as práticas da saúde e o SUS – construindo alicerces para transformar: unidade I: relação saúde e sociedade - instrumentalizando para a prática / Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Recursos Humanos, Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde. Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo– Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 113 p.: il (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1384-9**

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. p.221-242. ISSN 1413-8123 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81231999000200002

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. O sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 18, n. 4, dic. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772007000400004&lng=es&nrm=iso> Acesso em 09 set. 2008.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 240 p.

SILVA, José Afonso da. **Direito Constitucional Positivo**. Malheiros Ed., 15ª ed., 1998, p. 289.

SILVA Júnior, Aluiso Gomes da; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Entre Tramas e Redes: cuidado e integralidade. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46

SILVA, Teresa Cristina Santos. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. 2006 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. p. 911-918. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 jul. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000300027

SPAGNUOLO, Regina Stella; GUERRINI, Ivan Amaral. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. p. 191-194. ISSN 1414-3283. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de outubro de 2008. doi: 10.1590/S1414-32832005000100020

SPINK, Mary Jane P.. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2007. p.18-27. ISSN 0104-1290 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100003&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 10 de outubro de 2008. doi: 10.1590/S0104-12902007000100003

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária e Saúde. In: _____ **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 19-71 ISBN: 85-87853-72-4

TEMPORÃO, José Gomes. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, set./out. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000800001 *versão impressa* ISSN 1413-8123 ISSN 1413-8123 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800001&lng=es&nrm=iso> Acesso em 09 jun. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000800001

TRAD, Leny Alves Bomfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza; SANTANA, Edyara de Moraes and NUNES, Mônica Oliveira. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.7, n.3, 2002. p. 581-589. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232002000300015. Acesso em 10 de out. 2008.

TESSER. Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 0708/2007. ISSN 1413-8123 Disponível em: http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2478 Acesso em 10 de out. 2008.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Jun. 2007. p. 777-788. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300028&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de out. 2008. doi: 10.1590/S1413-81232007000300028

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 1998. p. 11-48. ISSN 0103-7331. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 de out. 2008. doi: 10.1590/S0103-73311998000200002

VIEGAS, S. M. F. **Necessidade de qualificação para os Agentes Comunitários de Saúde**. 2001. 73p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina, Diamantina, 2001.

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

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, suppl.2, 2009. p. 217-226. ISSN 0102-311X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de jan. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2009001400004

XAVIER, Caco; GUIMARÃES, Kátia. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 133-155.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães and SAMPAIO, José Jackson Coelho. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2007, vol.60, n.6, pp. 687-695. ISSN 0034-7167. doi:10.1590/S0034-71672007000600013

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998. 204 p.

WEIRICH, Claci Fátima; MUNARI, Denize Bouttelet; MISHIMA, Silvana Martins; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto - enferm.** v.18 n.2 Florianópolis: SC, abr./jun. 2009. ISSN 0104-0707 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Acesso em 20 de jan. 2010. doi: 10.1590/S0104-07072009000200007

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Trad. Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

YOUNG, Pauline V. **Métodos científicos de investigación social.** México, Instituto de Investigaciones Sociales de La Universidad del México, 1960.

“Os sonhos individuais e coletivos são feitos de alegrias e dores. Esses sonhos transbordam cada vez mais da vida privada e ocupam, em massa, a praça pública”.

Michel Maffesoli

APÊNDICES

APÊNDICE IA – Termo de Autorização para Coleta de Dados

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2007.

Ilmo. Dr.

.....
DD. Prefeito Municipal de Diamantina

Venho, por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **“A Integralidade na Estratégia Saúde da Família”**, neste município. Trata-se de uma tese de doutorado de Selma Maria da Fonseca Viegas, sob a responsabilidade da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Essa pesquisa será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo **“compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha”**.

Os participantes dessa pesquisa serão os(as) trabalhadores(as) que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família do município e o gestor, num período mínimo de um ano, e que queiram participar da pesquisa voluntariamente. Utilizarei como instrumentos para a coleta de dados, a observação direta e a entrevista individual.

Esclareço que a identificação do município será mantida, os participantes terão garantidos a proteção de sua identidade, sigilo das informações coletadas, assim como o atendimento às demais normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

Atenciosamente,

Selma Maria da Fonseca Viegas _____
Cláudia Maria de Mattos Penna _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Nome: _____

Documento RG: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.

Tel: (31) 3499-4592

Cópia COEP UFMG

APÊNDICE IIA – Termo de Autorização para Coleta de Dados

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2007.

Ilmo. Sr.

.....
DD. Secretário Municipal de Saúde de Diamantina

Venho, por meio deste, solicitar sua autorização para a realização da pesquisa intitulada “**A Integralidade na Estratégia Saúde da Família**”, nesse município. Trata-se de uma tese de doutorado de Selma Maria da Fonseca Viegas, sob a responsabilidade da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Essa pesquisa será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo “**compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha**”.

Os participantes dessa pesquisa serão os(as) trabalhadores(as) que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família do município e o gestor, num período mínimo de um ano, e que queiram participar da pesquisa voluntariamente. Utilizarei como instrumentos para a coleta de dados, a observação direta e a entrevista individual.

Esclareço que a identificação do município será mantida, os participantes terão garantidos a proteção de sua identidade, sigilo das informações coletadas, assim como o atendimento às demais normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

Atenciosamente,

Selma Maria da Fonseca Viegas _____
Cláudia Maria de Mattos Penna _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Nome: _____
Documento RG: _____
Data: ____/____/____

Pesquisadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.
Tel: (31) 3499-4592
Cópia COEP UFMG

APÊNDICE IB – Termo de Autorização para Coleta de Dados

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2007.

Ilmo. Dr.

.....
DD. Prefeito Municipal de Datas

Venho, por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **“A Integralidade na Estratégia Saúde da Família”**, neste município. Trata-se de uma tese de doutorado de Selma Maria da Fonseca Viegas, sob a responsabilidade da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Essa pesquisa será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo **“compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha”**.

Os participantes dessa pesquisa serão os(as) trabalhadores(as) que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família do município e o gestor, num período mínimo de um ano, e que queiram participar da pesquisa voluntariamente. Utilizarei como instrumentos para a coleta de dados, a observação direta e a entrevista individual.

Esclareço que a identificação do município será mantida, os participantes terão garantidos a proteção de sua identidade, sigilo das informações coletadas, assim como o atendimento às demais normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

Atenciosamente,

Selma Maria da Fonseca Viegas _____
Cláudia Maria de Mattos Penna _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Nome: _____

Documento RG: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.

Tel: (31) 3499-4592

Cópia COEP UFMG

APÊNDICE IIB – Termo de Autorização para Coleta de Dados

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2007.

Ilmo. Sr.

.....
DD. Secretário Municipal de Saúde de Datas

Venho, por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **“A Integralidade na Estratégia Saúde da Família”**, neste município. Trata-se de uma tese de doutorado de Selma Maria da Fonseca Viegas, sob a responsabilidade da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Essa pesquisa será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo **“compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha”**.

Os participantes dessa pesquisa serão os(as) trabalhadores(as) que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família do município e o gestor, num período mínimo de um ano, e que queiram participar da pesquisa voluntariamente. Utilizarei como instrumentos para a coleta de dados, a observação direta e a entrevista individual.

Esclareço que a identificação do município será mantida, os participantes terão garantidos a proteção de sua identidade, sigilo das informações coletadas, assim como o atendimento às demais normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

Atenciosamente,

Selma Maria da Fonseca Viegas _____
Cláudia Maria de Mattos Penna _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Nome: _____

Documento RG: _____

Data: ___/___/_____

Pesquisadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.

Tel: (31) 3499-4592

Cópia COEP UFMG

APÊNDICE IC – Termo de Autorização para Coleta de Dados

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2007.

Ilmo. Dr.

.....
DD. Prefeito Municipal de Gouveia

Venho, por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **“A Integralidade na Estratégia Saúde da Família”**, neste município. Trata-se de uma tese de doutorado de Selma Maria da Fonseca Viegas, sob a responsabilidade da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Essa pesquisa será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo **“compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha”**.

Os participantes dessa pesquisa serão os(as) trabalhadores(as) que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família do município e o gestor, num período mínimo de um ano, e que queiram participar da pesquisa voluntariamente. Utilizarei como instrumentos para a coleta de dados, a observação direta e a entrevista individual.

Esclareço que a identificação do município será mantida, os participantes terão garantidos a proteção de sua identidade, sigilo das informações coletadas, assim como o atendimento às demais normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

Atenciosamente,

Selma Maria da Fonseca Viegas _____
Cláudia Maria de Mattos Penna _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Nome: _____

Documento RG: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.

Tel: (31) 3499-4592

Cópia COEP UFM

APÊNDICE IIC – Termo de Autorização para Coleta de Dados

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2007.

Ilmo. Sr.

.....
DD. Secretário Municipal de Saúde de Gouveia

Venho, por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **“A Integralidade na Estratégia Saúde da Família”**, neste município. Trata-se de uma tese de doutorado de Selma Maria da Fonseca Viegas, sob a responsabilidade da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Essa pesquisa será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo **“compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha”**.

Os participantes dessa pesquisa serão os(as) trabalhadores(as) que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família do município e o gestor, num período mínimo de um ano, e que queiram participar da pesquisa voluntariamente. Utilizarei como instrumentos para a coleta de dados, a observação direta e a entrevista individual.

Esclareço que a identificação do município será mantida, os participantes terão garantidos a proteção de sua identidade, sigilo das informações coletadas, assim como o atendimento às demais normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos.

Atenciosamente,

Selma Maria da Fonseca Viegas _____
Cláudia Maria de Mattos Penna _____

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada neste município.

Nome: _____

Documento RG: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n^o 6627. Prédio da Reitoria, 7^o andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901.

Tel: (31) 3499-4592

Cópia COEP UFMG

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada “**A Integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em Municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais**”. Trata-se de uma tese de doutorado de Selma Maria da Fonseca Viegas, sob a responsabilidade da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Essa pesquisa será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, tendo como objetivo “**compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha**”.

Para a coleta de dados será utilizada a observação direta e a entrevista individual que será gravada, ouvida e transcrita para maior fidedignidade de suas respostas, e servirá de base para o estudo em questão e, após sua utilização a fita será inutilizada. Você será perguntado sobre como desenvolve sua prática cotidiana no atendimento à saúde da população.

Solicitamos também permissão para fotografar atividades desenvolvidas no trabalho cotidiano e do cenário do estudo.

Sua colaboração é voluntária e sua imagem só será veiculada se você assim o permitir. Firmamos o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa em veículos de divulgação científica. Seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo a qualquer tipo de assistência a que você faz jus.

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

Atenciosamente,

Selma Maria da Fonseca Viegas _____

Claudia Maria de Mattos Penna _____

Afirmo que li o documento apresentado e concordo em participar da presente pesquisa. **AUTORIZO**, portanto à pesquisadora, realizar a observação, a escuta, tirar fotos e utilizar minhas declarações no relatório final do trabalho. **CONCORDO** igualmente que as mesmas declarações possam ser utilizadas em qualquer veículo de divulgação científica desde que respeitado meu anonimato.

Nome: _____

R.G _____

Data: _____, ____/____/_____.

Pesquisadora: Prof^ª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3499-4592. Projeto de pesquisa CAAE - 0142.0.203.000-08. Parecer nº ETIC 142/08.

APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE FOTOS

EU, _____
autorizo a pesquisadora Selma Maria da Fonseca Viegas, aluna da Pós-Graduação nível Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), sob a responsabilidade da Professora Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna, a utilizar as fotos de atividades realizadas na Estratégia Saúde da Família para ilustrar sua tese intitulada “**A Integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em Municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais**”.

Participante: _____ Documento: _____

_____, ____ de _____ de 2008.

Selma Maria da Fonseca Viegas _____
Claudia Maria de Mattos Penna _____

Pesquisadora: Prof^a Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n^o 6627. Prédio da Reitoria, 7^o andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3499-4592. Projeto de pesquisa CAAE - 0142.0.203.000-08. Parecer n^o ETIC 142/08.

APÊNDICE V – DIÁRIO DE CAMPO**A INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA****Pesquisadora:** Selma Maria da Fonseca Viegas

Data: ____/____/____

Unidade:

Horário:

Período de observação:

Observação realizada:

- descrições dos sujeitos

- descrição dos locais

- descrição das atividades

- diálogos/escuta (informante/equipe/usuário)

- conversas informais (informante/pesquisadora)

- descrição de eventos especiais

- comportamentos da observadora

Impressões da pesquisadora:

Notas de reflexões:

ANEXOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 142/08

**Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna
Dpto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de junho de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"A integralidade na estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais"** 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.

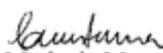
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**



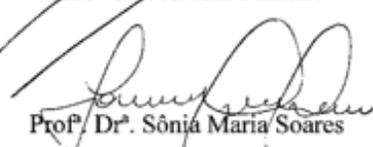
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
 Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100
 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 015 (QUINZE) DA SESSÃO PÚBLICA DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO PROJETO DE TESE APRESENTADO PELA DOUTORANDA SELMA MARIA DA FONSECA VIEGAS.

Aos 30 dias do mês de junho de dois mil e nove, realizou-se no Anfiteatro Roseni da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação do projeto de tese "*A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DA INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TRÊS CASOS NO VALE DO JEQUITINHONHA*", da aluna Selma Maria da Fonseca Viegas. A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Roseni Pinheiro e Sônia Maria Soares, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de arguição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Selma Maria da Fonseca Viegas, aprovada*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 30 de junho de 2009.


 Prof.ª Dr.ª Cláudia Maria de Mattos Penna
 Orientadora


 Prof.ª Dr.ª Roseni Pinheiro


 Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Soares


 Grazielle Cristine Pereira
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


 Prof.ª Dr.ª Cláudia Maria de Mattos Penna
 Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPi
 Em 06/07/2009