



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E  
SOCIEDADE

Gilza Brena Nonato Miranda

**Integralidade no trabalho em saúde: dificuldades, possibilidades e perspectivas gerais da abordagem multiprofissional na visão dos trabalhadores de uma equipe da Atenção Primária de Belém-Pará**



BELÉM  
2016

**Gilza Brena Nonato Miranda**

**Integralidade no trabalho em saúde: dificuldades, possibilidades e perspectivas gerais da abordagem multiprofissional na visão dos trabalhadores de uma equipe da Atenção Primária de Belém-Pará**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva.

BELÉM

2016

Gilza Brena Nonato Miranda

**Integralidade no trabalho em saúde: dificuldades, possibilidades e perspectivas gerais da abordagem multiprofissional na visão dos trabalhadores de uma equipe da Atenção Primária de Belém-Pará**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Pará.

**Aprovada em:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Conceito:** \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva – Orientador UFPA

---

Prof. Dra. Marcieni Ataíde Andrade – UFPA

---

Prof. Dr. Renato da Costa Teixeira - UEPA

À minha família, minha base, meu suporte e alicerce de todos os momentos; e também a todos aqueles que acreditam, lutam e trabalham incansavelmente por um SUS melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por estar presente em tudo, e por seu tão grande amor e generosidade nos presenteia com momentos maravilhosos como este.

Aos meus pais, Pedro e Graça, e irmãs, Giselle e Giza Hellen, a quem devo tudo o que tenho e sou, agradeço por todo apoio incondicional, paciência, carinho e atenção de sempre.

Aos mestres, por todos os ensinamentos durante estes dois anos de curso, que muito contribuem para nosso engrandecimento pessoal e profissional, especialmente, ao meu orientador Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva, agradeço por toda paciência, dedicação, atenção e todos os ensinamentos transmitidos de forma tão sábia.

Agradeço ainda de modo especial à amiga Nádia Barreto, pela parceria e apoio nestes dois anos, fundamentais em todos os momentos dessa etapa.

E a todos que se dispuseram participar deste projeto, de forma direta ou indiretamente, e contribuíram das mais variadas formas para que eu conseguisse realiza-lo.

Mas eu o tentarei, como ele próprio aconselhava, pois o importante é tentar, mesmo o impossível.

Jorge Amado

## RESUMO

MIRANDA, G.B.N. **Integralidade no trabalho em saúde: dificuldades, possibilidades e perspectivas gerais da abordagem multiprofissional na visão dos trabalhadores de uma equipe da Atenção Primária de Belém-Pará.** Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) - Programa de Pós-graduação e Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2016.

A integralidade, um dos princípios do SUS, é amplamente discutida por sua diversidade de significados, dentro os quais, destacamos a abordagem multiprofissional, um dos pilares dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, enquanto ferramentas de reestruturação do novo modelo de atenção à saúde preconizado pela Atenção Primária. O Objetivo deste trabalho foi avaliar a rotina de um serviço de saúde, com ênfase nas práticas e concepções de uma equipe de ESF e NASF dentro da abordagem multiprofissional, à luz da integralidade do cuidado. O estudo foi realizado por meio da técnica da observação participante associada à aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com posterior análise de conteúdo nas equipes da ESF Parque Amazônia I e NASF Terra Firme, no período de Junho à Agosto de 2015. Os profissionais demonstraram possuir conhecimento a respeito da integralidade e abordagem multiprofissional, no entanto apresentam dificuldades em praticá-los, devido desafios ligados, principalmente, a questões estruturais do serviço, especialmente os trabalhadores da ESF. Percebe-se a necessidade de constantes capacitações e atualizações para o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam neste nível de atenção, mas também suporte estrutural adequado por parte da gestão, para ofertar saúde de qualidade à população.

**Palavras chave:** Integralidade, Atenção Primária à Saúde, Equipe

## ABSTRACT

MIRANDA, G.B.N. **Integralidade no trabalho em saúde: dificuldades, possibilidades e perspectivas gerais da abordagem multiprofissional na visão dos trabalhadores de uma equipe da Atenção Primária de Belém-Pará.** Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade) - Programa de Pós-graduação e Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará, 2016.

The integrality of the principles of the SUS, it is widely discussed for its diversity of meanings, in which we highlight the multidisciplinary team approach, one of the pillars of the Health Strategy work processes of Family and Support Center for Family Health, as the new model of care restructuring tools to health advocated by the Primary. The objective of this study was to evaluate the routine of a health service, with emphasis on practices and conceptions of a team of ESF and NASF within the multidisciplinary team approach in the light of the comprehensive care. The study was conducted through the technique of participant observation associated with the application of semi-structured interviews, with subsequent content analysis in the FHS teams Amazon Park I and NASF Mainland, from June to August 2015. The professionals have demonstrated knowledge regarding the completeness and multidisciplinary approach, however have difficulties in practicing them, because challenges related mainly to structural issues of the service, especially the workers of FHS. We see the need for constant training and updates to the improvement of professionals working at this level of attention, but also structural support adequate by the management to offer quality health care to the population.

**Keywords:** Completeness, Primary Health Care, Team



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Distrito DAGUA .....	79
<b>Figura 2:</b> ESF Parque Amazônia I .....	80
<b>Figura 3:</b> Equipe ESF Parque Amazônia I e NASF Terra Firme .....	80
<b>Figura 4:</b> Equipe ESF Parque Amazônia I e NASF Terra Firme (2) .....	81
<b>Figura 5:</b> Ciclo de oficinas e palestras .....	82
<b>Figura 6:</b> Ciclo de oficinas e palestras (2) .....	83
<b>Figura 7:</b> Grupo terapêutico em comemoração ao Dia das Mães .....	83
<b>Figura 8:</b> ESF Terra Firme + NASF Terra Firme em comemoração da festa junina ...	84
<b>Figura 9:</b> ESF Terra Firme + NASF Terra Firme em comemoração da festa junina (2) .....	84
<b>Figura 10:</b> NASF participando da Conferência Municipal de Saúde .....	85
<b>Figura 11:</b> Ações com grupo Terapêutico: atividades para saúde .....	85
<b>Figura 12:</b> Ações com grupo Terapêutico: atividades para saúde (2) .....	86
<b>Figura 13:</b> Grupo de saúde NASF Terra Firme em ensaio .....	202
<b>Figura 14:</b> Grupo de Atividades física da UFPA em trabalho .....	202
<b>Figura 15:</b> Grupo de atividade física da UFPA em alongamento de MMII .....	203
<b>Figura 16:</b> Grupo de atividade física do NASF .....	203

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

**Quadro 1:** O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde ..... 28, 29

**Quadro 2:** Caracterização do mapeamento das atividades educativas coletivas realizadas nas USF, Natal, RN, março de 2012 ..... 129, 130

**Tabela 1:** Caracterização dos trabalhadores que compõem ESF e Parque Amazônia I e NASF TERRA FIRME do Distrito DAGUA de Belém-Pará do ano de 2015..... 97

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS (s) – Agente(s) Comunitário(s) de Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CEBES – Centro de Estudos Brasileiro de Saúde  
CF – Constituição Federal  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CLT – Consolidação das Leis do trabalho  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DABEL – Distrito Administrativo de Belém  
DABEN – Distrito Administrativo do Benguí  
DAENT – Distrito Administrativo do Entroncamento  
DAGUA – Distrito Administrativo do Guamá  
DAICO – Distrito Administrativo de Icoaraci  
DAMOS – Distrito Administrativo de Mosqueiro  
DAOUT – Distrito Administrativo de Outeiro  
Doc. - Documento  
DASAC – Distrito Administrativo da Sacramenta  
DST 's – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EAS – Estabelecimentos de Assistência à Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
eSF – equipe de Saúde da Família  
ELETRONORTE – Centrais Elétricas do Norte do Brasil  
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos  
IES – Instituição de Ensino Superior  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LAPPIS – Laboratório de Pesquisa e Práticas sobre Integralidade em Saúde  
MG – Minas Gerais  
MMSS – Membros Superiores  
MMII – Membros Inferiores  
MS – Ministério da Saúde  
Multi – Multiprofissional  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOAS – Normas Operacionais DE Assistência à Saúde  
NOB - Normas Operacionais Básicas  
OIT – Organização Internacional do Trabalho  
OMS – Organização Mundial da saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde  
PCCU – Preventivo de Câncer do Colo do Útero

PET- SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde  
PNA – Política Nacional de Humanização  
PQ – Pesquisa Qualitativa  
PROAME – Programa de Aleitamento Materno  
PROFAE – Profissionalização dos Trabalhadores da área da Enfermagem  
PROMED – Programa de Incentivo às mudanças curriculares das Escolas Médicas  
PRÓ-SAÚDE – Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
Res. – Resolução  
RN – Rio Grande do Norte  
RPG – Reeducação Postural Global  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SERPRO – Serviço Federal de Processamento de Dados  
SF – Saúde da Família  
SAI/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SESMA – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TCS – Trabalho de Campo Supervisionado  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFF – Universidade Federal Fluminense  
UFPA – Universidade Federal do Pará  
UFRA – Universidade Federal Rural da Amazônia  
USF – Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3. MOTIVAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	<b>20</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
4.1 AS DIFERENTES CONCEPÇÕES DE SAÚDE E OS DIVERSOS MODOS DE ORGANIZAÇÃO DE SUAS PRÁTICAS AO LONGO DA HISTÓRIA .....	23
4.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DO FRAGMENTADO AO UNIFICADO .....	30
<b>4.2.1 O surgimento do sistema único de saúde: da busca pela superação do modelo biomédico ao movimento da reforma sanitária e construção do SUS</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2.2 Princípios e diretrizes do SUS</b> .....	<b>38</b>
<b>4.2.3 O princípio da integralidade: um enfoque sobre o trabalho em equipe multiprofissional e a visão integral do ser humano</b> .....	<b>44</b>
4.3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO: UMA NOVA ABORDAGEM EM SAÚDE .....	52
<b>4.3.1 Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: novas ferramentas de suporte e de reorientação do modelo de atenção à saúde</b> .....	<b>52</b>
<b>4.3.2 A gestão e os processos de trabalho no SUS</b> .....	<b>56</b>
4.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DA IMPORTÂNCIA À APLICABILIDADE DESTE RECURSO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	71
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>77</b>
5.1 ASPECTOS ÉTICOS .....	77
5.2 O LOCAL DA PESQUISA .....	77
<b>5.2.1 O distrito DAGUA</b> .....	<b>77</b>
<b>5.2.2 A Estratégia Parque Amazônia I</b> .....	<b>79</b>
<b>5.2.3 O NASF Terra Firme</b> .....	<b>81</b>
5.3 O PROCESSO DE COLETA DE DADOS .....	86
<b>5.3.1 O projeto piloto (testagem do protocolo da pesquisa e escolha dos sujeitos)</b> .....	<b>86</b>
<b>5.3.2 A observação participante</b> .....	<b>87</b>
<b>5.3.3 A aplicação das entrevistas</b> .....	<b>91</b>
5.4 ANÁLISE DE DADOS .....	92
<b>5.4.1 “Quanti” ou “quali”? Os diferentes métodos de pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa</b> .....	<b>92</b>
<b>5.4.2 A análise de conteúdo: a escolha das categorias de análise das entrevistas</b> .....	<b>94</b>
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>96</b>
6.1 “O TRABALHADOR DA EQUIPE DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ESF+NASF): QUEM É ESTE PERSONAGEM NO CONTEXTO DO SUS?” ...	96

<b>6.1.1 Uma breve caracterização dos sujeitos da pesquisa, do ponto de vista da formação acadêmica e profissional, acompanhada de algumas reflexões acerca das práticas profissionais à luz da formação acadêmica .....</b>	<b>96</b>
<b>6.2 PENSANDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ESF+NASF) ACERCA DA INTEGRALIDADE E TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ....</b>	<b>108</b>
<b>6.2.1 O que é integralidade? .....</b>	<b>108</b>
<b>6.2.2 O que é “ser multi”? .....</b>	<b>112</b>
<b>6.2.3 Como ocorre a relação entre esses termos .....</b>	<b>114</b>
<b>6.3 CONSTRUINDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO QUE É “SER MULTI” NO DIA-A-DIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ESF+NASF) .....</b>	<b>116</b>
<b>6.3.1 O trabalho em equipe na estratégia .....</b>	<b>116</b>
<b>6.3.2 O trabalho em equipe no NASF .....</b>	<b>125</b>
<b>6.4 FAZENDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A PREMISSE DA MULTIPROFISSIONALIDADE .....</b>	<b>131</b>
<b>6.4.1 A abordagem multiprofissional sob a perspectiva da ética e da moral .....</b>	<b>131</b>
6.4.1.1 “Todos por um... mas cada um na sua área!”: a ética deontológica e o “saber-fazer” de cada profissão .....	132
6.4.1.2 A ética em defesa da vida: os princípios da bioética e o trabalho multiprofissional .....	137
<b>6.5 “POR QUE É DIFÍCIL ?” CONFLITOS, DILEMAS, COMPETÊNCIAS E A COMPLEXIDADE DO TRABALHO EM EQUIPE .....</b>	<b>145</b>
<b>6.6 “O QUE HÁ DE BOM...” OS ASPECTOS POSITIVOS DO UNIVERSO DA MULTIPROFISSIONALIDADE .....</b>	<b>164</b>
<b>6.7 “COMO PODE SER MELHOR?” SUGESTÕES DE MELHORIA DO SERVIÇO NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO CUIDADO PELOS COMPONENTES DA VISÃO DE SAÚDE .....</b>	<b>171</b>
<b>6.8 VIVENCIANDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: OBSERVAÇÕES, IMPRESSÕES, REFLEXÕES E RELATOS DA PESQUISADORA, A PARTIR DO ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DA ROTINA E ATIVIDADES DIVERSAS DAS EQUIPES DE SAÚDE, À LUZ DA PERSPECTIVA AVALIATIVA DO SERVIÇO DE SAÚDE .....</b>	<b>191</b>
<b>6.9 IMPRESSÕES FINAIS .....</b>	<b>205</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>207</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>210</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>222</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>227</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde é reconhecida desde a Grécia antiga. A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente. Por outro lado, tal pobreza conceitual pode ter sido resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma certa cultura da doença, que tem restringido o interesse e os investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença. Entretanto, a divisão do corpo humano, a tecnologização das práticas e a fragmentação do saber, com o surgimento das várias especialidades médicas, têm gerado reações contra a expropriação da saúde e, desde a década de 1970, vêm propiciando um movimento que busca ressuscitá-la como objeto científico. (COELHO e ALMEIDA-FILHO, 2002)

Segundo Paim e Almeida Filho (1998) na segunda metade do século XX, a humanidade experimentou rápidas e profundas transformações em todas as esferas da vida econômica, cultural, social e política, talvez como nunca em sua história. No caso da saúde, o debate sobre as suas relações com o desenvolvimento econômico e social que marcou a década de sessenta ampliou-se, nos anos setenta, para uma discussão sobre a extensão de cobertura dos serviços. O reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde possibilitam o estabelecimento do célebre lema “Saúde para Todos no Ano 2000”, fundamentado na estratégia da atenção primária à saúde, ideias estas que estiveram fortemente presentes na proposta da Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Sanitária no Brasil é definida como uma estratégia política e um processo de transformação institucional cujo projeto e trajetória de institucionalização implicaram a reformulação de um campo de saber. Emergindo como parte da luta pela democracia, a Reforma Sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi organizado com base nos princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, com fundos públicos para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros, e possui duas linhas principais de atuação: a Estratégia Saúde da Família (ESF), que presta cuidados primários de saúde em 5.295 municípios; e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou

contratados pelo SUS, que presta atendimento secundário e terciário em todo o país. (FLEURY, 2009; ALMEIDA-FILHO, 2011)

Em relação à ESF, esta visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015)

Além disso, dentro do escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF e pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. (BRASIL, 2009)

A integralidade pressupõe e exige um esforço em entender o conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. O tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de “linhas do cuidado”, que significam a constituição de fluxos seguros a todos os serviços que venham atender às



necessidades dos usuários. Assim, a integralidade aparece em todo núcleo de competências que se estruturam em unidades produtivas que ofertam cuidados à saúde. Para conseguir operar satisfatoriamente a integralidade, no espaço da micropolítica do processo de trabalho, aparece com evidência que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde. (MERHY e FRANCO, 2003)

Neste contexto, Bonaldi et al. (2010) afirmam que integralidade se constitui como práticas que emergem em meio a um campo de forças e lutas formado por movimentos de usuários, trabalhadores e gestores, por propostas políticas, limitações de financiamento, programação e planejamento das três esferas governamentais, inseridos numa realidade sócio-histórica singular. As lutas por melhores condições de saúde e de trabalho emergem a partir das realidades dos serviços oferecidos à população. Os programas de governo, planejados mediante a imposição de “modelos ideais”, sem levar em consideração o contexto local, com o qual sempre se deparam no momento de sua implementação, nos cotidianos dos sujeitos em suas práticas nos serviços de saúde. É no contato entre gestores, trabalhadores e usuários, num dado lugar, que se produzem práticas diversificadas de saúde.

Pensar o trabalho em equipe a partir da dimensão ética e sua interface com a noção de integralidade aponta para a formação de uma outra acuidade, uma mudança na própria percepção do trabalhador em saúde, uma abertura as sutilezas das relações que se estabelecem nos serviços de saúde. O trabalho em equipe passa a ser pautado em relações de legitimação do outro, fazendo com que os modos de ser, fazer e saber os diversos trabalhadores da equipe e dos usuários do serviço emergem como co-produtores das práticas de saúde. Aceitar o outro como legítimo é perceber suas qualidades, potenciais e desejos, mas também seus defeitos, limites e angústias. É perceber até aonde a ação de cada um pode e deve ir, o quanto os diferentes saberes podem contribuir para a realização de uma ação de saúde e a importância de todos eles para eficácia dos serviços. A integralidade é engendrada em meio a relações de legitimação do outro. Ela nunca se dá antes ou fora dessa rede relacional. É somente ao agir que se produzem práticas de integralidade em saúde. No agir com o outro. (GOMES et al, 2010)

O SUS expresso de forma mais geral no texto da lei, é uma conquista dos usuários, trabalhadores, movimentos sociais e não pode suportar uma existência descolada do plano das experiências concretas. Para que o SUS se constitua no sentido do que se propunham (e continuam propondo) os autores-atores que o produzem e que o compõem, é importante

que ele deixe de ser visto apenas como texto de lei, apenas como prescrição. É das práticas inventadas no cotidiano, no concreto das experiências produzidas pelos trabalhadores e usuários do SUS, que precisamos partir, ou seja, partir de onde são atualizados os princípios descritos na lei. (LOUZADA, BONALDI e BARROS, 2010)

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a rotina de um serviço de saúde, acompanhando diariamente as atividades de uma equipe de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com ênfase nas práticas e concepções relacionadas à premissa da abordagem multiprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde, à luz da integralidade do cuidado.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa, sob o ponto de vista da formação acadêmica e atuação profissional
- Investigar o conhecimento dos sujeitos do estudo sobre os termos integralidade e abordagem multiprofissional, bem como os aspectos positivos, negativos e principais desafios na consolidação destes termos nos processos de trabalho em saúde
- Identificar no cotidiano dos profissionais das equipes as práticas cotidianas que se relacionam com a abordagem multiprofissional no contexto da integralidade
- Apontar sugestões e caminhos, sob uma perspectiva avaliativa, para superação dos desafios na consolidação da proposta da abordagem multiprofissional e integralidade nas ações das equipes de saúde

### 3. MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Em minha trajetória acadêmica e profissional, frequentemente deparei-me com alguns desafios que se colocam na consolidação da proposta do SUS, enquanto política de saúde marcada por um forte caráter democrático e popular com a proposta de oferecer saúde a todos de forma equânime e integral, desafios estes que ora apresentam-se como oportunidade de melhorá-lo ora questionam sua continuidade e criticam sua sobrevivência. Mas estes desafios podem ser de diversas ordens, sejam elas relacionadas ao arcabouço teórico-legal (como a discussão acerca dos princípios e sua aplicabilidade) ou de natureza operacional (a exemplo da gestão, financiamento, práticas de saúde), o fato é que estão presentes no dia a dia dos serviços e podem ser percebidas nos processos de trabalho das equipes de saúde e mesmo nos modos de vida da população, apesar dos avanços e conquistas já obtidos desde a criação e implantação da proposta do SUS.

Neste sentido, Fleury (2009) afirma que “Revisitando A Questão Democrática da Saúde quase 30 anos depois” pode-se dizer que as opções feitas foram corretas, mas insuficientes para enfrentar as forças contra-reformistas e alterar efetivamente as relações de poder. Reafirma-se a convicção de que apenas o Sistema Único, e público, de Saúde pode responder às demandas sanitárias e à necessidade de construção de uma sociedade democrática pautada nos direitos sociais de cidadania. Considera-se que, com todos os problemas apontados, o SUS construiu democracia em saúde e deve ser o caminho seguido para que esse processo seja radicalizar. No entanto, é preciso entender que a própria existência do SUS colocou os problemas identificados há 30 anos em um novo patamar de complexidade: financiamento, gestão, recursos humanos, insumos, acesso a e qualidade dos serviços, relação entre o público e o privado. O que se observa na fase atual é que o modelo igualitário defendido pelo SUS não se completou e o sistema continua cheio de iniquidades, reproduzindo, como as demais políticas públicas no Brasil, as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. Mesmo tendo sido uma das políticas, junto às demais da Seguridade Social, que mais reduziu o quadro de desigualdades nos últimos anos, é necessário reconhecer, identificar e transformar as condições que as reproduzem no interior do SUS.

No contexto dos desafios a serem superados, um em particular merece destaque por permear muitos aspectos do cuidado e oferta de serviços de saúde do sistema único, e refere-se justamente ao princípio da integralidade. De acordo com Pinheiro (2009) a integralidade é concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde. A integralidade como

definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização, e pode ser resumidamente sistematizada em três conjuntos de sentido: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

De acordo com Teixeira (2011) a problemática da integralidade, que tem como fundamento as distintas concepções acerca dos determinantes do processo saúde-doença, e das formas de atuação sobre os diversos momentos desse processo, em torno da qual vem se constituindo um amplo debate, marcado pela multiplicidade de concepções e propostas de vários autores com respeito à reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde. Apontou a revisão sobre a multiplicidade de perspectiva com que se trata a problemática do cuidado à saúde, ora privilegiando a dimensão micro política (das relações entre profissionais de saúde, trabalhadores e usuários) ora privilegiando a dimensão organizacional, quer se trate da organização do processo de trabalho dos diversos profissionais da área, quer das equipes (a exemplo das equipes de SF) quer se aborde a reorganização do processo de trabalho coletivo que atravessa diversos níveis de complexidade dos serviços (a exemplo da constituição das linhas de cuidado a problemas ou grupos específicos) ou ainda a organização de “rede de serviços”, como forma de integração dos diversos “níveis de assistência” a pessoas, ou, finalmente, a proposta de integração de práticas que extrapolam a dimensão individual do cuidado e abarcam a articulação entre promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e atenção à saúde individual e coletiva, como é o caso da Vigilância da Saúde.

Na perspectiva da integralidade como modo de organização das práticas, Bonaldi et al (2010) afirma que partindo do entendimento de que a integralidade só se expressa nas práticas e que estas são produzidas sempre a partir de relações entre os atores nos diferentes serviços, as pesquisas produzidas sobre o tema devem partir dos locais onde as práticas se corporificam, nos espaços onde as relações se estabelecem. Diante disso, o que se entende por saúde, o que se deseja em relação a ela, as necessidades de saúde, o que se espera dos serviços e a concepção de integralidade, tudo é construído nas negociações entre os diferentes atores sociais. Para entender a demanda em saúde e a produção de práticas de integralidade, é fundamental entender como as relações são travadas nos diferentes serviços. Para tanto,

surgem algumas perguntas iniciais: como se organizam os serviços? Como se estabelecem as relações dos diferentes profissionais da equipe? E destes com os usuários? Quais saberes e valores que direcionam suas práticas? Estes saberes e valores propiciam práticas de integralidade?

Neste sentido, o Laboratório de Pesquisa e Práticas sobre Integralidade em Saúde (LAPPIS) concretizou a segunda fase do projeto “Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde”, que teve como um dos eixos temáticos de análise o “trabalho em equipe” e cujos nexos constituintes perfilam as práticas da integralidade em saúde, foi realizado em quatro diferentes localidades: Aracaju, Piraí, Porto Alegre, e Belo Horizonte, no intuito de buscar nestas experiências indícios de práticas de integralidade que emergem nesses diferentes espaços, de formas e em momentos distintos, para que seja possível delinear o trabalho em equipe como um dispositivo para efetivação da integralidade em saúde.

A partir disso, senti-me instigada a pesquisar as práticas de saúde relacionadas ao universo da abordagem multiprofissional, sob o olhar dos profissionais que compõem as equipes de trabalho, discutindo os principais aspectos ligados à integralidade no contexto dos serviços de saúde. Ao realizar levantamento bibliográfico sobre o tema nos últimos cinco anos, encontrei cinco artigos que tratavam do assunto: todas as pesquisas foram realizadas em território nacional, sendo duas provenientes de uma dissertação de mestrado, uma tratou-se de um recorte de uma tese de doutorado, uma caracterizou-se por ser uma parceria da prefeitura de Curitiba e da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, e uma identificada como pesquisa-intervenção de base cartográfica; três procedentes da região Sudeste, um da região Sul e um da região Nordeste, evidenciando a ausência de pesquisas e publicações nas regiões Centro-Oeste e, particularmente, na Região Norte, reforçando ainda mais a necessidade de se realizar estudos dessa natureza em nossa realidade, levando-me a investigar tal temática.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 AS DIFERENTES CONCEPÇÕES DE SAÚDE E OS DIVERSOS MODOS DE ORGANIZAÇÃO DE SUAS PRÁTICAS AO LONGO DA HISTÓRIA

A saúde e o fenômeno da cura têm tido significados diferentes conforme a época. O conceito de saúde, tal como o conceito de vida, não pode ser definido com precisão; os dois estão, de fato, intimamente relacionados. O que se entende por saúde depende da concepção que se possui do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente, como essa concepção muda de uma cultura para outra, e de uma era para outra, as noções de saúde também mudam. O amplo conceito de saúde necessário à nossa transformação cultural – um conceito que inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas – exige uma visão sistêmica dos organismos vivos e, correspondentemente, uma visão sistêmica da saúde. (CAPRA, 2012)

Segundo Scliar (2007) o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Real ou imaginária, a doença, e sobretudo a doença transmissível, é um antigo acompanhante da espécie humana, como o revelam pesquisas paleontológicas. Assim, múmias egípcias apresentam sinais de doença (exemplo: a varíola do faraó Ramsés V). Não é de admirar que desde muito cedo a humanidade se tenha empenhado em enfrentar essa ameaça, e de várias formas, baseadas em diferentes conceitos do que vem a ser a doença (e a saúde). Assim, a concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. Deus é também o Grande Médico: “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” (Êxodo 15, 26); “De Deus vem toda a cura”. (Eclesiastes, 38, 1-9).

De acordo com Ministério da Saúde (1944) na Babilônia, a prática da medicina começou no mercado. Pode-se dizer que o mercado foi o hospital daquela época. Não é verídica a primeira asserção de Heródoto negando a existência de médicos naqueles tempos primitivos, nem é exata a afirmativa que gozavam os sacerdotes das duas grandes ordens dos salmistas e mágicos e dos profetas ou adivinhadores. Mas no último período da história

assírio-babilonesca começaram a tomar corpo os estudos médicos. Versaram principalmente sobre preparados vegetais e minerais sobre antídotos contra venenos de serpente e escorpiões e sobre tratamentos diversos em que o “encantamento” era tido em grande conta. A profissão médica foi, destarte, estabelecida naquela região do globo. Segundo Garrison (Código Hammurabi – 2.250 A.C.), a remuneração dos médicos estaria mesmo cuidadosamente regulamentada por lei, em certa época daquela civilização. Os médicos assírio-babilonescos exerceram sua atividade até no Egito, onde eram chamados para consulta. Existiam especialistas e a remuneração era farta. Conhecem-se os nomes de alguns entre os que exerceram a profissão no primeiro milenário antes de Jesus Cristo.

Para Scliar (2007) a medicina grega representa uma importante inflexão na maneira de encarar a doença. É verdade que, na mitologia grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde. Os gregos cultuavam, além da divindade da medicina, Asclepius, ou Aesculapius (que é mencionado como figura histórica na *Ilíada*), duas outras deusas, Higiéia, a Saúde, e Panacea, a Cura. Ora, Higiéia era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão, e o seu culto, como sugere o nome, representa uma valorização das práticas higiênicas; e se Panacea representa a idéia de que tudo pode ser curado - uma crença basicamente mágica ou religiosa -, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos.

Os médicos egípcios formavam casta perfeitamente organizada, cabendo-lhes títulos sacerdotais. Possuíam as escolas médicas de Sais e de Osiris, esta última, em Heliolópolis. A medicina egípcia acompanhou a decadência da ciência e das artes que se sucedeu ao domínio persa, como ocorreu, também, com a civilização assírio-babilonesca sob a invasão das hordas bárbaras no VII século antes da nossa era. A medicina Judaica sofreu a influência da assírio-babilonesca. Ao conceito teúrgico com muitas divindades responsáveis pelos casos clínicos sucedia, porém, a teocracia monoteísta israelita, firmada na mística de purificação (higiene), com todo o ritual de preservação de certos alimentos, do banho das mulheres e da circuncisão cuja origem, aliás, se perde na noite dos tempos. Como a medicina dos hebreus nos é conhecida pela bíblia e pelo talmude, a do Iran chegou aos tempos modernos pelos antigos livros do Zendavesta. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944)

De acordo com Scliar (2007) os preceitos religiosos do judaísmo expressam-se com frequência em leis dietéticas, que figuram, em especial, nos cinco primeiros livros da Bíblia (Torá, ou Pentateuco). Sua finalidade mais evidente é a de manter a coesão grupal, acentuando as diferenças entre hebreus e outros povos do Oriente Médio. Em outras culturas era o xamã, o feiticeiro tribal, quem se encarregava de expulsar, mediante rituais, os maus



espíritos que se tinham apoderado da pessoa, causando doença. O objetivo é reintegrar o doente ao universo total, do qual ele é parte. Esse universo total não é algo inerte: ele “vive” e “fala”; é um macrocorpo, do qual o Sol e a Lua são os olhos, os ventos, a respiração, as pedras, os ossos (homologação antropocósmica). A união do microcosmo que é o corpo com o macrocosmo faz-se por meio do ritual. Entre os índios Sarrumá, que vivem na região da fronteira entre Brasil e Venezuela, o conceito de morte por causa natural ou mesmo por acidente praticamente inexistente: sempre resulta da maldição de um inimigo. Ou, então, conduta imprudente: se alguém come um animal tabu, o espírito desse animal vingava-se provocando doença e morte. A tarefa do xamã é convocar espíritos capazes de erradicar o mal. Para isso ele passa por um treinamento longo e rigoroso, com prolongada abstinência sexual e alimentar; nesse período aprende as canções xamanísticas e utiliza plantas com substâncias alucinógenas que são chamarizes para os espíritos capazes de combater a doença.

Segundo Barros (2002) a medicina mágico-religiosa, predominante na antigüidade, se inseria em um contexto religioso-mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluíam deuses caprichosos e espíritos tanto bons como maus. Os indivíduos pensavam a doença em termos desses agentes cabendo aos responsáveis pela prática médica da época aplacar essas forças sobrenaturais. Esse enfoque é ainda hoje aceito por milhares de pessoas, habitantes de sociedades tribais ou não, com a intromissão, concomitante, por vezes, de elementos da medicina ocidental, dita científica.

Ao longo dos tempos, a cura foi praticada por curandeiros populares, guiados pela sabedoria tradicional, que concebia a doença como um distúrbio da pessoa como um todo, envolvendo não só seu corpo como também sua mente, a imagem que tem de si mesma, sua dependência do meio ambiente físico e social, assim como sua relação com o cosmo e as divindades. Esses curandeiros, que ainda tratam a maioria dos pacientes no mundo inteiro, adotam muitas abordagens diferentes, as quais são holísticas em diferentes graus, e usam uma ampla variedade de técnicas terapêuticas. O que eles têm em comum é que nunca se restringem a fenômenos puramente físicos, como ocorre no modelo biomédico. Através de rituais e cerimônias, tentam influenciar a mente do paciente, aliviando a apreensão, que é sempre um componente significativo da doença, ajudando-o a estimular os poderes curativos naturais que todos os organismos vivos possuem. Essas cerimônias de cura envolvem usualmente uma intensa relação entre curandeiro e paciente, e são frequentemente

interpretadas em termos de forças sobrenaturais canalizadas através do primeiro. (CAPRA, 2012)

Na Idade Média europeia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. Mas, ao mesmo tempo, as ideias hipocráticas se mantinham, através da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões. Procurava-se evitar o *contra naturam vivere*, viver contra a natureza. O advento da modernidade mudará essa concepção religiosa. (SCLIAR, 2007)

O suíço Paracelsus (1493-1541) afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Já o desenvolvimento da mecânica influenciou as ideias de René Descartes, no século XVII. Ele postulava um dualismo mente-corpo, o corpo funcionando como uma máquina. Mas a ciência continuava avançando e no final do século XIX registrou-se aquilo que depois seria conhecido como a revolução pasteuriana. No laboratório de Louis Pasteur e em outros laboratórios, o microscópio, descoberto no século XVII, mas até então não muito valorizado, estava revelando a existência de microorganismos causadores de doença e possibilitando a introdução de soros e vacinas. Esses conhecimentos impulsionaram a chamada medicina tropical. Nessa época nascia também a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow (1813-1858), e que se enquadrava num contexto de “contabilidade da doença”. O conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, é o de *campo da saúde (health field)*, formulado em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá - país que aplicava o modelo médico inglês. (SCLIAR, 2007)

De acordo com Capra (2012) a definição de saúde dada pela OMS, embora seja algo irrealista – pois descreve a saúde como um estado estático de perfeito bem-estar, em vez de processo em constante mudança e evolução-, ela revela, não obstante a natureza holística da

saúde, que terá de ser apreendida se quisermos entender o fenômeno da cura. Em termos científicos modernos, poderíamos dizer que o processo de cura representa a resposta coordenada do organismo integrado às influências ambientais causadoras de tensão. Essa concepção de cura envolve um certo número de conceitos que transcendem a divisão cartesiana e que não podem ser formulados conforme a estrutura da ciência médica atual. Por isso os pesquisadores biomédicos tendem desprezar as práticas dos curandeiros populares, relutando em admitir sua eficácia. Tal “cientificismo médico” faz com que se esqueça que a arte de curar é um aspecto essencial de toda medicina, e que mesmo a nossa medicina científica teve de se apoiar quase exclusivamente nela até algumas décadas atrás, pois tinha pouco mais a oferecer em termos de métodos específicos de tratamento.

Podemos observar através deste breve relato histórico, que o conceito de saúde e os modos de concepção do processo de cuidado se transformam na medida em que a sociedade organiza sua forma de vida, demonstrando que a saúde abrange uma ampla série de questões das mais diversas ordens da vida das pessoas, tratando-se não somente de uma discussão puramente organicista ou mecanicista, mas que se relaciona intrinsecamente aos mais diferentes aspectos que permeiam os relacionamentos dos indivíduos e populações.

No caso particular do Brasil, o quadro a seguir retirado da obra *The Lancet* (2011) faz um breve retrospecto desse histórico da concepção da saúde e organização das práticas em saúde de acordo com os diferentes contextos políticos e sociais.

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822) <sup>24</sup>	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda • Organização sanitária incipiente	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
Império (1822-89) <sup>25</sup>	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930) <sup>26</sup>	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-45) <sup>27</sup>	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	"Estado Novo" - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
Instabilidade democrática (1945-64) <sup>28</sup>	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
Ditadura militar (1964-85) <sup>29</sup>	Internacionalização da economia  Milagre econômico (1968-73)  Final do milagre econômico  Penetração do capitalismo no campo e nos serviços	• Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974)  Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79)  • Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais • 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84)  Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966)  • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)  Persistência de endemias rurais com urbanização  Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste

continua

<b>Transição democrática (1985-88)<sup>31</sup></b>	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início da "Nova República" (1985)</li> <li>• Saúde incluída na agenda política</li> <li>• 8ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária</li> <li>• Assembleia Nacional Constituinte</li> <li>• Nova Constituição (1988)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INAMPS continua a financiar estados e municípios</li> <li>• Expansão das AIS</li> <li>• Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987)</li> <li>• Contenção das políticas privatizantes</li> <li>• Novos canais de participação popular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização</li> <li>• Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres</li> <li>• Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS</li> <li>• Epidemia de dengue</li> </ul> <p><i>(Continua na próxima página)</i></p>
<b>Democracia (1988-2010)<sup>31</sup></b>	Crise econômica (hiperinflação)  Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)  Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista	Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a impeachment  Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco  Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)  Reforma do Estado (1995)  Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores <sup>32</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do SUS</li> <li>• Descentralização do sistema de saúde</li> </ul> 9ª Conferência Nacional de Saúde <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extinção do INAMPS (1993)</li> <li>• Criação do Programa de Saúde da Família (1994)</li> <li>• Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996)</li> <li>• Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS</li> <li>• Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998)</li> <li>• 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização)</li> <li>• Regulamentação dos planos de saúde privados</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999)</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000)</li> <li>• Criada a lei dos medicamentos genéricos</li> <li>• Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS</li> <li>• Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000)</li> <li>• Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001)</li> <li>• Expansão e consolidação do PHC</li> <li>• Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003)</li> <li>• Estabelecido o Pacto da Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006)</li> <li>• Política Nacional de Atenção Básica (2006)</li> <li>• Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)</li> <li>• 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (<i>Brasil Sorridente</i>; 2006)</li> <li>• Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações &gt;100.000 (2008)</li> <li>• Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008)</li> </ul>	Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito) Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres  Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária  Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006)</li> <li>• Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização</li> <li>• Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)</li> </ul>

**Quadro 1:** O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde

**Fonte:** THE LANCET, 2011

O quadro acima nos permite acompanhar brevemente os principais aspectos relacionados às mudanças no campo da saúde ligados ao contexto histórico, social e político, demonstrando a importância de tais contextos na questão da saúde, partindo de uma discussão mais ampla para que possamos entender a situação que hoje vivenciamos em termos de serviços de saúde, a partir de uma construção histórica ao longo da evolução da sociedade até os dias atuais, que culminou em um movimento fortemente marcado por um caráter democrático com a participação popular, inaugurando um novo pensamento e um novo modo de conceber a saúde, representado na figura do SUS que será a seguir discutido.

De modo geral, Capra (2012) vem nos mostrar que evitar as questões filosóficas e existenciais que são suscitadas com relação a toda e qualquer enfermidade séria é um aspecto característico da medicina contemporânea. É uma outra consequência da divisão cartesiana que levou os pesquisadores médicos concentrarem-se exclusivamente nos aspectos físicos da

saúde. De fato, a questão “O que é saúde” geralmente não é sequer formulada nas escolas de medicina, nem há qualquer discussão sobre atitudes e estilos de vida saudáveis. Essas coisas são consideradas questões filosóficas que pertencem ao domínio espiritual, fora da esfera da medicina. Além disso, pressupõe que a medicina seja uma ciência objetiva, que não deve se preocupar com juízos morais. A antiquíssima arte de morrer deixou de ser praticada em nossa cultura, e o fato de ser possível morrer com boa saúde parece ter sido esquecido pela classe médica. Enquanto no passado um dos mais importantes papéis de um bom médico era proporcionar conforto e apoio aos pacientes moribundos e as suas famílias, os médicos e outros profissionais de saúde deixaram hoje de ser treinados para lidar com pacientes agonizantes e acham extremamente difícil enfrentar o fenômeno da morte. Eles tendem a ver a morte como um fracasso; os corpos são retirados dos hospitais secretamente, na calada da noite, e os médicos parecem significativamente mais temerosos da morte do que outras pessoas, doentes ou saudáveis. Embora as atitudes gerais em relação à morte e à agonia tenham recentemente começado a mudar de maneira considerável, na esteira do renascimento espiritual das décadas de 1960 e 1970, as novas atitudes ainda não foram incorporadas ao nosso sistema de assistência à saúde. Para tanto, é essencial uma profunda mudança conceitual na visão médica de saúde e doença.

## 4.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DO FRAGMENTADO AO UNIFICADO

### **4.2.1 O surgimento do sistema único de saúde: da busca pela superação do modelo biomédico ao movimento da reforma sanitária e construção do SUS**

No decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia à concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. Três séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseia nas noções do corpo como uma máquina, da doença como uma

consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina. (CAPRA, 2012)

O modelo biomédico ou mecanicista, hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorre nessa época, associada, igualmente, ao projeto expansionista das duas metrópoles de então – Portugal e Espanha – cuja consecução vai demandar o surgimento de instrumentos técnicos que viabilizem as grandes navegações (astrolábio, bússolas, caravelas, avanços na cartografia, etc), na tentativa, como se sabe, entre os fatores que prioritariamente estimularam o mencionado empreendimento, de reatar o Intercâmbio comercial com as Índias, coarctado a partir da tomada de Constantinopla pelos turcos, em 1453. (BARROS, 2002)

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano, e, o se reduzir, a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura. Essa é talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica. Embora todo médico praticante saiba que a cura é um aspecto essencial de toda a medicina, o fenômeno é considerado fora do âmbito científico; o termo “curar” é encarado com desconfiança, e os conceitos de saúde e cura não são geralmente discutido nas escolas de medicina. (CAPRA, 2012)

Segundo Koifman (2001) o modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Não fosse por isto, por que as inspeções constantes? O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar.

O modelo biomédico está firmemente assente no pensamento cartesiano. Descartes introduziu a rigorosa separação de mente e corpo, a par da ideia de que o corpo é uma máquina que pode ser completamente entendida em termos da organização e do funcionamento de suas peças. Uma pessoa saudável seria como um relógio bem construído e em perfeitas condições mecânicas; um pessoa doente um relógio cujas peças não estão funcionando apropriadamente. As principais características do modelo biomédico, assim como muitos aspectos da prática médica atual, podem ter sua primeira causa nessa metáfora cartesiana. (CAPRA, 2012)

Com a utilização desse modelo, a visão do ser humano tornou-se fragmentada, os médicos passaram a ver o corpo humano como uma máquina que podia ser analisada em termos de suas peças e assumiram para si o papel de intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito de um mecanismo. Desta forma, o poder hegemônico passou a ser do profissional médico, uma vez que todas as intervenções propostas deveriam passar pelo seu crivo para serem aprovadas. (MELO et al. 2013)

Obedecendo à abordagem cartesiana, a ciência médica limitou-se à tentativa de compreender os mecanismos biológicos envolvidos numa lesão em alguma das várias partes do corpo. Esses mecanismos são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular, deixando de fora todas as influências de circunstâncias não biológicas sobre os processos biológicos. Em meio à enorme rede de fenômenos que influenciam a saúde, a abordagem biomédica estuda apenas alguns aspectos fisiológicos. O conhecimento desses aspectos é, evidentemente, muito útil, mas eles representam apenas uma pequena parte da história. A prática médica, baseada em tão limitada abordagem, não é muito eficaz na promoção e manutenção da boa saúde. De fato, essa prática, hoje em dia, causa frequentemente mais sofrimento e doença, segundo alguns críticos, do que cura. Isso não mudará enquanto a ciência não relacionar seu estudo dos aspectos biológicos da doença com as condições físicas e psicológicas gerais do organismo humano e o seu meio ambiente. (CAPRA, 2012)

Diante disso, a formação de profissionais da saúde passou a ser fortemente orientada pelo modelo biomédico, O modelo curricular hegemônico na saúde é ainda criticado também pela forte influência que recebe dos estudos Flexner, cuja operacionalização ampla veio a constituir o “paradigma flexneriano”, que enfatiza uma formação fortemente biológica, hospitalocêntrica, focada no indivíduo, baseada em aulas predominantemente teóricas e no acúmulo de conhecimentos “especializados”, ou seja, fragmentados, sustentados pela organização disciplinar dos currículos e pela separação entre ciclo básico e profissional. (SOARES e AGUIAR, 2010)

Sob o impacto do Relatório Flexner, a medicina científica voltou-se cada vez mais para a biologia, tornando-se mais especializada e concentrada nos hospitais. Os especialistas passaram a substituir os clínicos gerais, como professores, tornando-se os modelos para os aspirantes a médicos. Em fins da década de 1940, os estudantes de medicina dos centros médicos universitários não tinham quase nenhum contato com médicos que exerciam a clínica geral; e, como seu treinamento tinha lugar, cada vez mais dentro dos hospitais, eles estavam efetivamente afastados do contato com a maioria das enfermidades com que as pessoas se defrontam em sua vida cotidiana. Tal situação persiste até hoje. Enquanto dois terços das



queixas registradas na prática médica envolvem enfermidades menos importantes e de breve duração, que usualmente têm cura, e menos de cinco por cento das doenças graves envolvem uma ameaça à vida, essa proporção é invertida nos hospitais universitários. Assim, os estudantes de medicina têm uma visão distorcida da enfermidade. Sua principal existência envolve penas uma porção minúscula dos problemas comuns de saúde, e esses problemas não são estudados no seio da comunidade, onde seu contexto mais amplo poderia ser avaliado, mas nos hospitais, onde os estudantes se concentram exclusivamente nos aspectos biológicos das doenças. Por conseguinte, internos e residentes adquirem um notório desdém pelo paciente ambulatorial – a pessoa que os procura andando com suas próprias pernas e lhes apresenta queixas que usualmente envolvem problemas tanto emocionais quanto físicos-, e eles acabam por considerar o hospital um lugar ideal para a prática da medicina especializada e tecnologicamente orientada. (CAPRA, 2012)

Neste contexto da formação, Carvalho e Ceccim (2012) afirmam que o fato é que, frequentemente, os estudantes não se sentem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso; os profissionais de saúde não estão satisfeitos e realizados no mundo do trabalho; os serviços de saúde não têm aprovação da população que, por sua vez, tem enorme dificuldade de garantir sua saúde diante das condições de vida e trabalho da maior parte dos brasileiros. Os fatores de exposição às aprendizagens estão centrados no professor, no livro de texto e nos estágios supervisionados (sob diversos nomes: internatos, estágios curriculares, treinamento em serviço sob supervisão, estágios de prática, cenários de prática) e não na produção de experiência de si e de apropriação dos entornos da vida; os currículos são organizados em unidades disciplinares conteudistas e não em unidades de produção pedagógica (construção do conhecimento e interação de saberes); há ausência de práticas interprofissionais integradas ao currículo; falta comunicação entre gestores do ensino e gestores do sistema de saúde; há distância dos estudantes das realidades de intervenção e não se produz a convocação ao pensamento em virtude das práticas pautadas pela memorização de informações a serem reproduzidas em provas de aquisição cognitiva, entre outras dimensões do problema. Essas constatações/denúncias/ configuram a área da Saúde Coletiva (enquanto campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde) mais um campo de reflexão, estudo e formulação: a educação dos profissionais de saúde, donde se destacam a formação e a educação como instâncias pedagógicas que propiciam processos coletivos de autoanálise e

autogestão, de modo que se ative a capacidade criativa e de intervenção nas situações vividas pelos participantes (docentes, estudantes, profissionais e usuários).

Embora os médicos disponham de considerável poder para influenciar o sistema de assistência à saúde, eles também estão muito condicionados por esse sistema. Como seu treinamento é substancialmente orientado para a assistência hospitalar, eles se sentem mais à vontade, em casos duvidosos, quando seus pacientes estão no hospital, e, como recebem muito pouca informação idônea acerca de medicamentos de fontes não comerciais, tendem a ser excessivamente influenciados pela indústria farmacêutica. Entretanto, os aspectos essenciais da assistência contemporânea à saúde são determinados pela natureza da educação médica. Tanto a ênfase na tecnologia de equipamentos como o uso excessivo de medicamentos, e a prática da assistência médica centralizada e altamente especializada, têm sua origem nas escolas de medicina e nos centros médicos acadêmicos. Qualquer tentativa de mudar o sistema atual de assistência à saúde terá de começar, portanto, pela mudança no ensino da medicina. (CAPRA, 2012)

Para Almeida-Filho (2011) o sistema de formação de nível superior no Brasil apresenta algumas características: nesse sistema, ao ingressarem diretamente nos cursos profissionais, estudantes jovens e imaturos são forçados a tomar decisões cruciais de escolha da carreira muito cedo em suas vidas. Primeiramente, a dura competição para o ingresso nos cursos de elevado prestígio social (por exemplo, medicina), geralmente após cursos preparatórios caros, transforma esses cursos em verdadeiros monopólios das classes afluentes, cujos membros tendem a apoiar as abordagens individualistas aos cuidados de saúde. Em segundo lugar, quase não há lugar para outros estudos mais gerais, que são necessários para promover uma ampla visão humanista das doenças e dos cuidados de saúde pelos profissionais de saúde. Em terceiro lugar, currículos fechados, que são projetados para a exclusividade, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim os segmentos profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe.

No entanto, o resultado mais expressivo de uma prática clínica, conformada na biomedicina, seria o que se denomina de “clínica clínica” (ou a clínica oficial), em que os profissionais de saúde atuam no sentido de implementar a racionalidade tecnobiocientífica em sua totalidade. Por sua vez, a medicina e outros cursos da área da saúde operam com objeto de estudo e de trabalho reduzido aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, o que redundaria em insuficiência tanto para seu campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção. (DEMÉTRIO et al. 2011)

Diante desta ineficiência dos serviços de atendimento às necessidades básicas da população, resultantes do modelo vigente, surge então, por volta da década de 70, o Movimento pela Reforma Sanitária, liderado por profissionais de saúde e intelectuais da área de saúde coletiva que clamavam, em conjunto com a população, por políticas mais universalistas. Este movimento foi divulgando suas ideias e incorporando aliados como lideranças políticas sindicais, lideranças populares, parlamentares e até mesmo técnicos de instituições oficiais de saúde. O marco referencial deste movimento se daria em 1979, no 1º Simpósio Nacional de políticas de saúde. O Movimento pela Reforma Sanitária, representado pelo Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) apresentou e discutiu publicamente um novo modelo para o sistema de saúde do Brasil, modelo este já chamado de Sistema Único de Saúde, o qual seria racional, de natureza pública, universal e descentralizado. (NÓBREGA et al. 2010)

Neste sentido, Fleury (2011) afirma que embora as reformas dos serviços de saúde dependam de um intenso apoio social para que sejam bem-sucedidas, a reforma no Brasil é peculiar, por ter sido projetada completamente por militantes do chamado Movimento Sanitário, cerca de uma década antes do acréscimo dos serviços de saúde a Constituição Brasileira de 1988, como um direito do cidadão. A reforma foi posteriormente institucionalizada na década de 1990, com a formação de um sistema nacional de saúde denominado Sistema Único de Saúde, o SUS. Originalmente, a luta por um modelo novo e abrangente de proteção social tinha um componente de mobilização social em favor da ampliação dos direitos sociais, como parte da transição para um regime democrático. A singularidade de um projeto de política social concebido por movimentos sociais e a forte associação desse projeto com a transformação do Estado e da sociedade em uma democracia acrescentaram algumas características importantes ao sistema brasileiro de seguridade social, incluindo pensões, saúde e assistência social. O novo modelo constitucional de política social se caracteriza pela universalidade da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação dos deveres do Estado, subordinação das práticas privadas aos regulamentos com base na relevância pública das ações e serviços nessas áreas, com uma abordagem orientada para o público (em vez de uma abordagem de mercado) de cogestão pelo Governo e pela sociedade, com uma estrutura descentralizada.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças

administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado. (PAIM et al. 2011)

Segundo Vasconcelos e Pasche (2012) o SUS está alicerçado em fundamentos constitucionais e legais que definem seus princípios e objetivos, as atribuições e competências dos entes federados, suas diretrizes operacionais e seus mecanismos de financiamento. Dos ditames constitucionais que orientam a ação do Estado na saúde destacam-se a inclusão da saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a compreensão de que a garantia da saúde se fará “*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*”, consubstanciando uma noção ampliada da saúde (BRASIL, 1988, CF). A regulamentação infraconstitucional do SUS foi estabelecida com a edição da Lei 8.80, complementada pela Lei 8.142 (ambas sancionadas em 1990), que especificaram os princípios e diretrizes contidos na Constituição e detalharam a organização e o funcionamento do sistema.

Além disso, ao longo das últimas décadas sucessivas leis têm complementado o arcabouço jurídico da Saúde ou adendado complementos ao teor da Lei 8.080, dentre elas destacam-se: a Lei 8.689/1993 que prevê a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, órgão do Ministério e Previdência Social, responsável no período de 1978 a 1993) pela organização da oferta e financiamento dos serviços de saúde à população segurada pela previdência social, no País) e a criação do Sistema Nacional de Auditoria; a Lei 9.836/1999 que institui o subsistema de Atenção à Saúde Indígena; a Lei 10.424/2002 que estabelece o atendimento e a internação domiciliar, a Lei 11.108/2005 que preconiza o direito ao acompanhamento ao parto; a Lei 12.401/2011 que regulamenta a Assistência Terapêutica e a Incorporação Tecnológica no SUS; a Lei 12.466/2011 que reconhece as comissões Intergestores como espaços de pactuação; a Lei 9.787/1999 que estabelece o medicamento genérico; a Lei 9.782/1999 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a Lei 9.961/2000 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar; a Emenda Constitucional 29 e a Lei Complementar 141/2012 que regulamentam o financiamento da saúde. A normatização infralegal do processo de implantação do SUS, desde o ano de 1991, se fez através de Portarias do Ministério da Saúde que editou sucessivas Normas Operacionais (NOB e NOAS) com base nos acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre gestores municipais, estaduais e federal, no

âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e posteriormente negociado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Em 2011 o Ministério da Saúde promove a regulamentação da Lei 8.080, pelo Decreto-Lei 7.508/2011, que reestrutura e fortalece o sistema em diversos aspectos. O sentido da regulamentação indica um aprimoramento do Pacto pela Saúde ancorada em instrumentos normativos mais consistentes para sua efetivação no campo administrativo. (VASCONCELOS e PASCHE, 2012)

O SUS foi organizado com base nos princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, com fundos públicos para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros. De responsabilidade estatal, obstaculizando assim a mercantilização da saúde; garantia-se, pois, um financiamento adequado a esse sistema, organizado de forma descentralizada e com base em unidades hierarquizadas que permitem a participação da população em todos os seus níveis e instâncias. Em seguida, traçam-se diferentes diretrizes de condução da estratégia do SUS e da transição para a sua implementação (ALMEIDA FILHO, 2011; FLEURY, 2009)

De acordo com Almeida-Filho (2011) o SUS tem duas linhas principais de atuação: a Estratégia Saúde da Família, que presta cuidados primários de saúde em 5.295 municípios; e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que presta atendimento secundário e terciário em todo o país. Junto com intervenções de saúde pública, que começaram na década de 1970 e que, mais recentemente, implementaram políticas sociais relacionadas ao emprego e a transferência condicional de renda, considera-se que foi positivo o impacto do SUS depois de vinte anos. Nas últimas três décadas, a mortalidade infantil diminuiu em cerca de 6,3% ao ano e a expectativa de vida aumentou em 10,6 anos. A mortalidade por doenças infecciosas diminuiu de 23% do total de óbitos em 1970 para menos de 4% em 2007. Apesar de tais conquistas, é preciso que sejam reconhecidos os sérios problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, qualidade e eficiência. Insuficiência de investimentos, corrupção e a má gestão decorrente da burocracia governamental estão entre esses problemas. O principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa, não quantitativa.

O SUS conseguiu importantes conquistas como: melhorar amplamente o acesso a atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, além de investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país. No entanto ainda apresenta alguns desafios tais quais: a reforma na sua estrutura de

financiamento, com vistas a assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender as rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país e a promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos usuários. Em última análise, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade. (PAIM, 2010)

#### 4.2.2 Princípios e diretrizes do SUS

Para o debate acerca dos princípios e diretrizes do SUS, tomaremos aqui por base o referencial de Vasconcelos e Pasche (2012) cuja ideia nos permite dizer que o SUS está assentado em princípios doutrinários e diretrizes organizativas que se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa. Os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema são: a universalidade, a integralidade e a equidade, porém o direito à informação se constitui em requisito básico para a afirmação da cidadania.

A **Universalidade** assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. O exercício desse princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes. (VASCONCELOS E PASCHE, 2012)

Para Teixeira (2011) a universalidade é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sócias que se interpõem entre a população e os serviços.

A **Integralidade** pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. Na perspectiva individual aponta para a superação da abordagem

restrita à dimensão biológica do adoecimento para uma abordagem que considere também as dimensões social e psicoafetivas (VASCONCELOS E PASCHE, 2012). Este princípio será detalhadamente discutido posteriormente, em virtude de sua especial relevância para este estudo.

A **Equidade** no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à **Igualdade**, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços e nos condicionamentos culturais e subjetivos de ordem familiar e pessoal. Inclui-se à lógica do SUS, dessa forma, o princípio da discriminação positiva (configurado como a eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam ações prioritárias, haja vista seu grau de vulnerabilidade) para com os grupos sócias mais vulneráveis, buscando-se assegurar prioridade no acesso às ações e serviços de saúde aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização da sociedade no capitalismo. (VASCONCELOS E PASCHE, 2012)

De acordo com Teixeira (2011) o princípio da equidade, mais um dos princípios finalísticos do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.

Vasconcelos e Pasche (2012) discutem ainda, de modo bem interessante, o **direito à informação** que é assegurado por lei e faculta ao cidadão usuário o acesso às informações sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito. Além disso, o conhecimento das informações sobre os serviços disponíveis, prioridades de investimento e utilização dos recursos setoriais são essências para possibilitar uma participação efetiva dos cidadãos nas decisões sobre os sistemas de saúde nas três esferas

de gestão. A recente Lei do Acesso à Informação (Lei 12.527/2011) fortalece esse preceito e contribui na luta dos movimentos e sujeitos sociais pela transparência na gestão do estado.

As **diretrizes organizativas** do sistema visam imprimir racionalidade e efetividade ao seu funcionamento, e as mais relevantes são a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços, e a participação comunitária. (VASCONCELOS E PASCHE, 2012)

A **Descentralização**, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, se constitui na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do sistema de Saúde no Brasil. As definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria municipal ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços. O imperativo da direção única em cada esfera de governo mostrou a necessidade de superar a desarticulação entre os serviços e construir a coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político-institucional – o secretário municipal de saúde no âmbito do município, o secretário estadual no âmbito do estado e o ministro da saúde no âmbito da União. (VASCONCELOS E PASCHE, 2012)

Teixeira (2011) nos mostra que a descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretarias Estaduais da Saúde) e dos municípios (Secretarias Municipais de Saúde). Essa transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em respectivo território (nacional, estadual, municipal), como transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

Todavia, Vasconcelos e Pasche (2012) discutem que a descentralização, contudo, não se esgota na municipalização, e o processo de **regionalização** da saúde é uma diretriz há muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. Seu objetivo é distribuir de forma equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistências, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

Com a ideia de **Hierarquização** busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de complexidade na atenção e estabelecer fluxos assistências entre os serviços, tendo por base a APS ofertada nos serviços básicos que deve ser a principal porta de entrada do sistema e referência para a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada. A crítica aos modelos hierarquizados tem apontado a necessidade de superar a ideia de pirâmide por



modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços. (VASCONCELOS E PASCHE, 2012)

Segundo Teixeira (2011) a regionalização e a hierarquização dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuária. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para os sistemas de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental.

A **Participação Comunitária** assegurada pela Constituição Federal e regulada pela Lei n. 8.142/90, ocorre mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de saúde nas três esferas de governo, e mediante a participação nos conselhos locais de saúde. Essa diretriz constitucional traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo. (VASCONCELOS E PASCHE, 2012)

A participação é determinante fundamental da democracia. Não é concessão nem exigência burocrática, mas uma conquista social. Participação plena significa decidir, acompanhar e avaliar a organização dos serviços, ou seja, exercer o controle social. Ela se constitui de forma politizada e permite que um coletivo decida sobre assuntos de interesse geral. Assim, as diferentes realidades da população podem ser contempladas na construção de políticas. Para isso o debate amplo e intenso torna-se essencial e as disputas são inevitáveis. (COELHO, 2012)

Além disso, Vasconcelos e Pasche (2012) também nos trazem a ideia de **Integração** das ações entre os subsistemas que conforma o sistema de saúde, e dos serviços em redes assistências integradas, é um pressuposto da ideia de sistema e uma condição para a garantia da continuidade do cuidado aos usuários sem a qual se compromete a ideia de integralidade

do cuidado. A integração de recursos, de meios e de pessoal na gestão do sistema é preconizada nas leis e normas como a condição básica para assegurar eficácia e eficiência ao sistema. Contudo, a lógica institucional e os conflitos de interesses que permeiam as relações entre os sujeitos políticos e sociais que conduzem o sistema comprometem essa pretensão de racionalidade.

Para Teixeira (2011) essa integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas dizem respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua “história (natural) social”, abarcando intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde, cabe registrar a distinção entre “integralidade” e “integração”, termos que por vezes se confundem no debate acerca da organização dos serviços de saúde. Se a integralidade é um atributo do modelo algo que o modelo de atenção à saúde “deve ser”, a integração é um processo, algo “a fazer” para que o modelo de atenção seja integral. Nesse sentido, a integração envolve duas dimensões: uma dimensão “vertical”, proporcionada pelo estabelecimento da hierarquização dos serviços, que permite a produção de ações de distinta complexidade (primária, secundária, terciária) em função da natureza do problema que se esteja enfrentando, e uma integração horizontal, que permite a articulação, no enfrentamento do problema, de ações de distinta natureza (promoção, prevenção e recuperação).

As ideias acima apresentadas acerca do conceito de integração nos remetem ao conceito trazido por Mendes (2010) sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. Dessa definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS;

prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

Esta opinião também nos leva a outro conceito presente no contexto do SUS, referente à intersectorialidade, que segundo Ferro et al. (2014) é imprescindível para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença. Dessa forma, caracteriza-se como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor de saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema, com vistas a atingir resultados mais efetivos do que alcançaria a atuação solitária de qualquer um dos setores. Para alcançar resultados em saúde, os diferentes equipamentos devem se comunicar, dentro e fora do seu setor, criando uma rede de proteção aos usuários. A articulação entre os serviços, estruturada por meio de conexão próxima entre seus diversos profissionais, ações e projetos, criaria, logo, uma rede de interdependência e corresponsabilização entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral, materializando, assim, o conceito de trabalho em rede.

Vale ressaltar a discussão trazida por Góis et al. (2015) acerca da preocupação existente em torno da efetivação dos princípios do SUS, pois tais autores vem nos mostrar que o enxugamento dos gastos públicos do Estado repercute de modo direto nos programas de educação, saúde e segurança social. Esses recursos são consideravelmente reduzidos, refletindo de forma direta na população de menor poder econômico que não pode ter acesso aos serviços de saúde, de educação e segurança privados. Esse contexto nos remete a reflexão de como efetivar dos princípios do SUS nesse cenário. Percebemos que há avanços significativos em seu âmbito, como a política de descentralização político-administrativa do SUS, o fortalecimento da atenção básica enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial e a melhoria do acesso aos serviços exemplificam esses avanços.

Dessa forma, observamos que os princípios e diretrizes do SUS vêm no sentido de facilitar sua organização e orientar sua aplicabilidade, mantendo os ideais que o acompanharam em sua criação, mas também sem perder a capacidade de se adaptar e se moldar às mudanças que acontecem nas sociedades ao longo do tempo, para que este sistema cumpra as necessidades que ora se modificam ora se mantém, mas que sempre estão presentes e precisam de especial atenção no momento do planejamento e execução das ações de saúde, a fim de que possa atender às demandas sociais das mais diversas ordens.

#### **4.2.3 O princípio da integralidade: um enfoque sobre o trabalho em equipe multiprofissional e a visão integral do ser humano**

O que é integralidade? Poderíamos dizer, numa primeira aproximação, que é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, 1988, art. 198). Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz. Diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos. (MATTOS, 2001)

De acordo com Fracoli et al. (2011) a palavra *Integralidade* encontra-se no discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de atenção primária e de promoção de saúde. Mais recentemente, esta palavra tem sido encontrada nas propostas de programas do Ministério da Saúde em nosso país e nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns acadêmicos brasileiros. Essa ampla utilização da palavra *integralidade* talvez explique, ainda, mesmo que parcialmente, a clara escassez bibliográfica sobre o tema. A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde.

Além disso, a integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos: primeiro relacionado à busca do profissional e do serviço, em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta; segundo relacionados à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo na disciplina de epidemiologia o apoio para apreender necessidades de saúde da população; e terceiro relativo à definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos. (PINHO et al. 2007)

No campo da Antropologia, especialmente o caso da Médica, Oliveira (2002) nos diz que a contribuição que os profissionais de saúde podem dar à sociedade no sentido de oferecer atenção à saúde de alta qualidade, reside na capacidade de ouvir o paciente, perceber diferenças culturais e adaptar as práticas, dando margem a negociações com o usuário. Isso também significa qualidade! Esta busca não é nova, mas a atualidade oferece desafios ainda maiores, tanto pela diversidade cultural como pela complexificação crescente da prática clínica. Assim, além de garantir competência na sua área técnica, os profissionais de saúde devem ser igualmente competentes para reconhecer as diferenças internas em cada subgrupo que compõe a nossa sociedade. E essa competência vai além da simples “sensibilidade”. Ou seja, o reconhecimento das diferenças culturais existentes em relação ao indivíduo que se encontra no consultório deve servir de instrumento para que sejam auxiliados a resolver seus problemas de saúde da melhor maneira possível. E esse tipo de postura deve ser estendida a todos os campos da atenção médica. Isso tem a ver com a própria integralidade e humanização do cuidado de saúde, princípios dos mais caros à Medicina. E nessa abordagem integral e humana, a cultura é elemento essencial. É ela que influencia a forma como o indivíduo se percebe doente, leva-o a agir segundo alguns parâmetros bem definidos, a procurar tratamento e a avaliar o que recebe. Se isto não for levado em conta, a abordagem será apenas parcial e, portanto, terá menor chance de alcançar o sucesso esperado.

Na área da Saúde Mental, a ideia da integralidade como desejo de construção de outra sociedade extrapola a recusa ao reducionismo e sugere implicação com o contexto. Hologramaticamente, é a percepção de que cada ação para o outro é, ao mesmo tempo, para si. Assim, atribui-se outro sentido à integralidade: a corresponsabilidade e a decorrente recursividade de sujeito-contexto. Disso decorre a compreensão de que as mudanças conquistadas pela Reforma Sanitária levam a conceber a saúde como processualidade, como resultado de interações, o que lhe atribui caráter complexo e avesso aos reducionismos. Nas práticas de cuidado, associa-se à superação do olhar centrado na doença. Pode-se tomar como exemplo o atendimento no qual o profissional, além de tentar reduzir o sofrimento manifesto pelo usuário, interessa-se por seu contexto de vida. Cabe destacar aqui a emergência de um sentido de integralidade, que busca abandonar o modelo profissional-paciente para pensar em relações sujeito-sujeito. Pensar o usuário como sujeito de necessidades múltiplas leva o trabalhador da saúde a sucessivos deslocamentos na construção das práticas de integralidade. Esses fazem com que o trabalhador se depare com limitações resultantes do olhar unidisciplinar e valorize a inserção de outros saberes na ação. Resultam interações interdisciplinares, articulações entre serviços e setores como formas de integralidade. Assim,

a integralidade associa-se a modos de agir que potencializem a cidadania pelo estabelecimento de relações assimétricas e, dialogicamente, pelo respeito às diferenças, consideradas formas de compor saberes. Desse modo, a integralidade é ferramenta para pensar estratégias de saúde. Especificamente no caso da saúde mental, a busca de cuidado integral redundou na Reforma Psiquiátrica e na formulação de espaços de vida com qualidade. (BEDIN e SCARPARO, 2011)

Ainda no campo da Saúde Mental, Nasi et al. (2009) afirmam que a integralidade da atenção objetiva permitir o contato e acolhimento do sofrimento psíquico, apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção. O desafio que se coloca é romper com a visão linear para ações de saúde e, abarcar uma gama plural de outros profissionais para uma prática clínica, que exige individualização do sujeito para que sua subjetividade seja escutada. A noção de integralidade pode também ser considerada como um eixo norteador de práticas e saberes que não estão restritos à organização de serviços ou à criação de modelos ideais, sendo essa noção compreendida como acesso e equidade. Para tanto não basta a criação de novas unidades assistenciais, mas sim a ruptura com os valores segregadores de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio. Nesse sentido, concordamos que não é suficiente apenas a criação de novos serviços de saúde mental para a busca do princípio da integralidade, mas reconhecemos a necessidade de articulação de propostas que considerem as dimensões políticas, sociais, técnicas e científicas, necessárias para a construção de modos de atenção orientadas pelo modo psicossocial, procurando garantir uma ruptura com o atendimento prestado no modelo biomédico. Essa transformação na saúde mental pressupõe a inclusão de outros paradigmas na atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico, substituindo a palavra tratar, que leva a uma nomeação diagnóstica, por cuidar, termo que inclui várias dimensões a serem superadas no cuidado ao sujeito, incorporando vários “problemas” a serem superados, na qual a pessoa em sofrimento psíquico não pode ser reduzida a um conjunto sintomas e causas.

Do ponto de vista sociológico, Góis et al. (2015) nos mostram que verdadeiramente a integralidade constitui o grande desafio para a saúde na atualidade e, desta forma, responde pelo grande desafio a ser enfrentado por todos os que nela trabalham. O capital social relaciona-se à prioridade do interesse coletivo nas relações de sociedade, conseqüentemente se constitui como elemento relevante na formulação das políticas de saúde a partir da sociedade civil organizada. Nesse sentido, a discussão do capital social vem corroborar uma vez que a trajetória da formação do Estado Brasileiro ser caracterizada pela centralização e hegemonia sobre a sociedade, distanciando-se dos princípios que norteiam o SUS. Dessa

forma, o Estado trabalharia na perspectiva de superar o privilégio de determinados interesses em detrimento das necessidades da população. Fortalecendo ainda a cidadania quando torna essa população mais participativa, mais política e com acúmulo de capital social. Os grandes avanços na implementação do SUS nos últimos anos nos possibilita pensar um futuro promissor no quais os serviços em saúde consigam satisfazer às necessidades sociais. Os desafios complexos exigem que todos os profissionais, gestores e usuários sejam sujeitos ativos nesse processo na busca da efetivação dos princípios do SUS, em especial a integralidade.

Sob uma perspectiva mais filosófica, Capra (2012) nos diz que a saúde é realmente um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes. A representação comum de saúde e doença como extremos opostos de algo contínuo e unidimensional é muito enganadora. A doença física pode ser contrabalançada por uma atitude mental positiva e por um apoio social, de modo que o estado global seja de bem-estar. Por outro lado, problemas emocionais ou o isolamento social podem fazer uma pessoa sentir-se doente, apesar de seu bom estado físico. Essas múltiplas dimensões da saúde afetam-se mutuamente, de modo geral,; a sensação de estar saudável ocorre quando tais dimensões estão bem equilibradas e integradas. Portanto, avaliar a contribuição relativa de fatores biológicos, psicológicos e sociais para a enfermidade de uma pessoa é a essência da arte e da ciência das práticas em saúde. Requer não só algum conhecimento básico de biologia humana, psicologia e ciência social, mas também experiência, sabedoria, compaixão e desvelo pelo paciente/usuário como ser humano. Os profissionais que prestam esse tipo de assistência não precisam ser doutores em medicina, nem peritos em qualquer das disciplinas científicas envolvidas, mas terão que ser sensíveis às múltiplas influências que afetam a saúde e a enfermidade e estar aptos a decidir quais dentre elas são as mais importantes, conhecidas e controláveis num caso particular. Se necessário, encaminharão o paciente/usuário a especialistas nas áreas pertinentes, mas, mesmo quando tais tratamentos especiais forem necessários, o objetivo da terapia será ainda a pessoa como um todo. Conforme preconiza o princípio da integralidade.

Neste contexto, aquela pergunta inicial — o que é integralidade — talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abordar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa. (MATTOS, 2001)

Nessa perspectiva, Pinheiro e Luz (1999) afirmam que as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, esta é entendida aqui no sentido ampliado de sua definição legal, ou seja, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde; na medida em que reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários). Atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população. Consideramos, portanto, as instituições de saúde um locus privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, seja quanto às práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos, seja nas práticas de saúde difundidas na coletividade. Desta perspectiva, o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto de reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva. Privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva.

Diante disso, observamos que a estruturação do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais no Brasil remonta à década de 70, quando o serviço já era organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade. No entanto, após a criação do SUS e, principalmente, após a ampla difusão da ESF ocorrida na última década, a equipe multiprofissional deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe. (GOMES et al. 2010)

A importância do trabalho em equipe na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerado um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 90, e principalmente nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Para alguns autores, deve ser pensada como uma imagem-objeto, portanto polissêmica, com variados sentidos. (ARAÚJO E ROCHA, 2007)

Este termo polissêmico significa uma abertura ao diálogo e se opõe ao reducionismo e a objetivação dos sujeitos. Com isso, possibilita um entendimento melhor da situação real que o cliente esteja atravessando. Em outras palavras, a integralidade exige a prestação de um



conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Por fim, a coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. (MELO et al. 2013; GOMES et al. 2011)

Todavia, o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolongando pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional; percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação. (MACHADO et al., 2007)

Nesta perspectiva de garantia de autonomia do usuário, a integralidade perpassa também pelo cuidado em saúde, com significados e sentidos voltados para compreensão da saúde como direito de ser e ter saúde; pensando este direito de ser na saúde no sentido de agir cuidando de si e do outro, em que a pluralidade humana se traduz em respeito às diferenças entre os sujeitos, que inclui aspectos socioculturais, e aqueles de caráter físico-biológicos, relacionados à deficiências ou patologias. Pensar o direito de ter é permitir ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada, o que seguramente envolve relações de poder, de modo a garantir também o acesso à outras práticas terapêuticas. (PINHEIRO, 2010)

Mas essa autonomia perpassa também pelo conceito de empoderamento, isto é, aumentar a autoconfiança, a capacidade, a autonomia de indivíduos e grupos sociais, seja nas relações interpessoais, seja nas institucionais; permitindo o desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, da percepção e da participação real e simbólica dos pacientes, que assim passam a ser sujeitos, e não meramente objetos das ações. Por meio de espaços de trocas entre os profissionais, profissionais e usuários, estabelecimento de fóruns de diálogo e debate, construção de redes colaborativas na construção da saúde e no compromisso com a inclusão social, que contribuirá também para tal empoderamento não só dos pacientes, mas também dos profissionais, favorecendo o reconhecimento das suas potencialidades e facilitando o enfrentamento dos desafios inerentes à sua atuação, para que algumas recomendações possam ser formuladas. (BRASIL, 2010)

Diante disso, afirma-se que pensar integralidade em saúde deve contemplar uma noção de cuidado que, apreendida como ação integral, trata do encontro entre vários atores envolvidos no cotidiano das ações em saúde capaz de produzir relações de acolhimento, respeito, dignidade e vínculo. Trata-se de um dispositivo político para além do texto da lei, que se constrói no dia-a-dia dos serviços, no diálogo entre os diversos agentes sociais que compõem o SUS, com movimentos constantes de transformação das práticas de saúde, colocados em funcionamento por usuários, trabalhadores, gestores/administradores, pesquisadores, que garantem o aspecto processual do conceito de integralidade e permite que este possa se apresentar como um princípio, uma postura ético-política capaz de guiar as práticas em saúde, no sentido da defesa, potencialização dos coletivos, da valorização dos espaços públicos. (LOUZADA, BONALDI E BARROS, 2010)

Neste sentido, vale ressaltar que a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda, sendo esta o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde e, possivelmente, da forma de expansão dos serviços médicos na rede pública. Isto não quer dizer que a objetividade, transmutada em cálculos econômicos objetivos, não influencie a tomada de decisões fora dos consultórios ou dentro deles. Ao contrário, pensa-se que discutir a formação de demandas e necessidades de atenção médica de uma população, sobretudo examinar sua expansão, requer uma análise do inter-relacionamento entre normas e práticas que norteiam os atores (indivíduo, médico e instituição) que formulam e implementam as políticas de saúde, seja de uma localidade, seja de um estado ou país. Como, porém, tal redimensionamento não se reduz a meros atos técnicos, a possibilidade de constituir esses modelos seguramente dependerá da reorganização das práticas de saúde, o que envolverá elementos da organização histórico-social da produção dos serviços de saúde, sua relação com a demanda e as necessidades da população. (PINHEIRO e LUZ, 1999)

Para Tesser (2010) existe ainda o fator agravante relacionado à fragmentação e a especialização técnica e terapêutica (preventiva e curativa) centradas em tecnologias duras e práticas com viés autoritário, que empurram o significado da integralidade nessa medicina para a oferta e consumo inesgotável e impessoal de serviços, exames, práticas e consultas, alimentando uma heteronomia curativa para qualquer sintoma ou incômodo, um exagerado intervencionismo químico-cirúrgico e uma paranoia preventivista. Isso dificulta a provisão do acesso ao cuidado com equidade e gera necessidade artificial de cuidados e procedimentos profissionais (contraprodutiva, cara e iatrogênica) que, todavia, desfrutam de alta legitimidade social. A integralidade, então, deve ser pensada na biomedicina atrelada a uma reorganização

e reforma racionalizadora desse cuidado, tanto na dimensão das práticas (especialmente a prática médica) quanto na da organização dos serviços. (TESSER, 2010)

Para atingirmos essa realidade, precisamos repensar as maneiras como se estruturam os processos de formação dos profissionais de saúde de hoje, do futuro, a forma como se organizam e operam, devendo ser incorporados como estratégias de mudanças pelas diferentes experiências de mudanças, de conteúdo, de práticas pedagógicas e de cenários de aprendizagem, independente do estágio de suas transformações; na tentativa de superar o modelo comumente praticado na saúde, que, em geral, consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. (MACHADO et al. 2007)

Nos últimos anos, o que se tem observado, na maioria dos cursos que formam os profissionais, é uma concepção de ensino desvinculada da prática reflexiva cotidiana das diversas profissões que compõem o campo da saúde, resultando em um perfil profissional muitas vezes incompatível com as demandas apresentadas pelos serviços e pela sociedade. As propostas de reformulação na formação de profissionais de saúde, orientadas pelas diretrizes curriculares e respaldadas por políticas públicas que estimulam esse processo, têm o intuito de superar algumas dessas questões. (OLIVEIRA; FERNANDEZ E KOIFMAN 2010)

Nesta lógica, frente às políticas de formação profissional que têm (re)produzido a fragmentação dos saberes e práticas em saúde, entende-se que a interferência nos modos instituídos de produzir cuidado em saúde demanda a problematização das ações de formação e gestão vigentes. Demanda tomar os processos de trabalho, em seus impasses e desafios, como vetor fundamental na constituição dos processos de formação, uma vez que abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui. (HECKERT E NEVES, 2010)

Reitera-se, então, que esta multiplicidade perpassa também pela questão do trabalho em equipe, que 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, afirmando-se que, assim, a abordagem integral dos indivíduos/ famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares; podendo-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. (ARAÚJO E ROCHA, 2007)

Sendo assim, atualizar a integralidade (que é princípio) é produzir novos modos de trabalhar e de viver mais saudáveis, potencializando o protagonismo dos sujeitos envolvidos

nos processos de produção de saúde. Protagonismo que implica corresponsabilidade e existência de espaços para construirmos outros modos de trabalhar (dispositivos) e instrumentos avaliativos (desses modos de trabalhar) a fim de promover saúde e melhores condições de trabalho. Exercitar a integralidade da atenção é então, necessariamente, problematizar os processos de trabalho em curso nos serviços. (SILVA E BARROS, 2010)

Para Pinheiro e Luz (1999) isto significa retomar a práxis como campo de conhecimento para entender a mediação entre agente social e sociedade, através do reconhecimento da existência de relações dialéticas entre a objetividade do conhecimento construído pelos atores envolvidos e subjetividade dos arranjos estruturados nas quais essas relações se renovam e se multiplicam (BOURDIEU, 1982). Enfim, trata-se de delinear um novo modo de produção dos serviços de saúde, neste caso a assistência médica, que leve em consideração essa complexidade. Equivale a dizer que compreender a construção das próprias demandas – por parte da população, como dos agentes envolvidos com a oferta de serviços: gerentes e agentes da cura (médicos) – requer uma análise capaz de identificar não somente os agentes envolvidos e suas práticas, mas também considerar e apreender as representações sociais presentes neste contexto. (PINHEIRO e LUZ, 1999)

Considero pertinente destacar que, para discussão acerca da integralidade neste estudo tomamos por base o conceito apresentado por Pinheiro, Barros e Mattos (2010) em seu projeto intitulado *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*, que tem como um dos eixos temáticos de análise o “trabalho em equipe” e cujos nexos constituintes perfilam as práticas da integralidade em saúde. Os autores se sentiram instigados a abordar o tema do trabalho em equipe multiprofissional, no sentido de colocar em análise os saberes e práticas gerados nos processos de trabalho em saúde; considerando sua dimensão ética e sua interface com a noção de integralidade; propondo um entendimento do princípio da integralidade como valor co-emergente às práticas cotidianas, as quais podem ou não apontar para integralidade, dependendo dos valores que circulam no cotidiano dos serviços e de quais são abraçados, ou melhor dizendo, corporificados pelos profissionais; evidenciando a multiprofissionalidade como uma premissa fundamental da integralidade e digna de pesquisa.

#### 4.3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO: UMA NOVA ABORDAGEM EM SAÚDE

##### **4.3.1 Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: novas ferramentas de suporte e de reorientação do modelo de atenção à saúde**

Segundo Starfield (2002) a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

De acordo com Brasil (2006) a APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Neste contexto, a primeira definição sobre APS foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (GOMES et al., 2011)

Os valores da APS para alcançar a saúde para todos requerem sistemas de saúde que: “Ponham as pessoas no centro dos cuidados de saúde”. O que as pessoas consideram formas desejáveis de viver como indivíduos e o que esperam das suas sociedades – isto é, aquilo que as pessoas valorizam – constituem parâmetros importantes para governar o setor da saúde. A APS tem sido o referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque o movimento da APS tentou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde e a essas expectativas sociais. (OMS, 2008)

No início da década de 90, a tendência nacional para enfrentar as iniquidades sociais e ampliar o acesso aos serviços de saúde, tendo na APS a porta de entrada ao sistema sanitário, começava a ser modificada por iniciativa de alguns municípios, que implantaram o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Ao ampliar e reordenar as ações da rede primária, em 1994, o Ministério de Saúde implantou a ESF aspirando superar o modelo centrado na doença e tendo como alvo as demandas individuais e coletivas para o cuidado integral e continuado. (MITRE et al. 2013)

Diante disso, a ESF incorpora os princípios do SUS e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico. Portanto, desde sua implantação, a ESF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade. (GOMES et al. 2011)

Neste sentido, a Saúde da Família, vista atualmente como estratégia prioritária e alavancadora para a reorganização da APS no Brasil, reafirma os princípios e os valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma visão ampla da saúde da família, no seu território de vida. Com base em uma ação multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades locais e as possibilidades de parcerias intersetoriais para alcançar a integralidade da atenção. A articulação deve garantir o foco na identificação de vulnerabilidades e criação de mecanismos que protejam a saúde e defendam a equidade e a participação social. (MATTOS, 2014)

Sendo assim, a ESF tem como proposta estabelecer uma parceria com a família, tornando-a mais autônoma e independente, contribuindo assim para a construção da cidadania. Neste intento, propõe-se a trabalhar com duas perspectivas: superar o modelo de

atenção que privilegia uma visão fragmentada do indivíduo, descontextualizado de seu ambiente familiar e comunitário, para entendê-lo de forma integral e em seu contexto social com vistas à construção de sua autonomia, e ter a família como parceira no cuidado da saúde de seus membros. (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014)

Neste cenário de mudanças no modelo de atenção à saúde em nosso país e dentro do escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (BRASIL, 2010)

Os NASF's consistem em equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que trabalharão em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF será cadastrado. Eles serão compostos por profissionais de nível superior de diferentes ocupações, como: médico acupunturista, assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, dependendo do tipo a ser implantado. (AVEIRO, 2011)

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2010)

Diante disso, as diretrizes nacionais e demais documentos norteadores recomendam que as ações dos NASF sejam desenvolvidas em parceria com as das ESF's e os atendimentos realizados prioritariamente em grupo. Suas principais ferramentas de trabalho são o apoio matricial, a clínica ampliada e os projetos terapêuticos singulares e coletivos. Trata-se de uma proposta recente no âmbito das políticas públicas e que possui ferramentas e formas de organização do trabalho inovadoras, não contando ainda com processos de trabalho plenamente definidos e sistematizados. (LANCMAN, 2013)

Todavia, Capra (2012) discute que os interesses da saúde pública estão geralmente isolados da educação e da prática médicas, as quais são severamente desequilibradas pela

excessiva ênfase dada aos mecanismos biológicos. Muitas questões que são fundamentais para a saúde - como nutrição, emprego, densidade populacional e habitação – não são suficientemente discutidas nas escolas de medicina; por conseguinte, há pouco espaço para a assistência preventiva à saúde na medicina contemporânea. Quando os médicos (e profissionais de saúde em geral) falam de prevenção de doenças, fazem-no frequentemente considerando a estrutura mecanicista do modelo biomédico, mas as medidas preventivas, nesse âmbito tão limitado, não podem, é claro, ir muito longe. John Knowles, presidente da fundação Rockefeller, diz francamente: “os mecanismos biológicos básicos da maioria das doenças comuns ainda não são suficientemente conhecidos para que se tomem medidas preventivas e acertadas”. O que é verdadeiro para a prevenção da doença também vale para a arte de curar os enfermos. Em ambos os casos, os profissionais têm de lidar com o indivíduo como um todo e com sua relação com o meio ambiente físico e social. Embora a arte de curar ainda seja largamente praticada, dentro e fora da medicina, isso não é explicitamente reconhecido em nossas instituições médicas. O fenômeno da cura estará excluído da ciência médica enquanto os pesquisadores se limitarem a uma estrutura conceitual que não lhes permite lidar significativamente com a interação de corpo, mente e meio ambiente.

Neste sentido, vale ressaltar que a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção. (BRASIL, 2010)

#### **4.3.2 A gestão e os processos de trabalho no SUS**

Durante um longo período que se inicia nos anos 1990 e se estende até meados dos anos 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde estava restrita ao financiamento, estrutura da rede e organização dos serviços. A questão de recursos humanos, na forma em que se organizava a produção, era abordada como um dos insumos necessários: recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros. A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se origina nas décadas de 1980 e



1990 a partir da reestruturação produtiva, recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, o que inclui repensar os processos de planejamento e qualificação do trabalho e do trabalhador, colocando assim uma nova agenda para os gestores. (BRASIL, 2006)

De acordo com Peduzzi (2012) a utilização da categoria analítica "trabalho", segundo a vertente marxista, vem pautando os estudos do trabalho em saúde no Brasil e na América Latina. Nessa linha, ressaltam-se, especialmente, os estudos de Mendes-Gonçalves, que investigam a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumentos e agentes), e os estudos de Schraiber, que aprofundam o conhecimento da subtotalidade representada pelo trabalhador no processo de trabalho. Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

A realidade do trabalho evidencia uma transformação significativa, caracterizada por uma transição entre o modelo taylorista/fordista – que vigorou entre os anos 1950 e 1970, no qual a organização do trabalho se caracterizava pela dominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e com pouca autonomia por parte dos trabalhadores – e um modelo tecnológico baseado na intelectualização do trabalho cujas principais referências passam a ser o conhecimento técnico e a qualificação profissional. (BRASIL, 2006)

Neste sentido, Merlo e Lapis (2007) afirmam que o taylorismo, ou a administração científica do trabalho, surgiu, como uma nova cultura do trabalho, quando o conhecimento científico se tornou relevante, sobretudo para o desenvolvimento das indústrias química, elétrica e metalúrgica, correspondendo às necessidades de uma etapa do capitalismo internacional, período de atuação monopolista do capital. A administração científica de Taylor (1995) visava racionalizar a organização do trabalho, o que envolveu buscar normas, procedimentos sistemáticos e uniformes. Pela observação, pela descrição e pela medição, seria possível simplificar as operações, eliminar os movimentos desnecessários, lentos e ineficientes e encontrar “o modo melhor”, o movimento certo e mais rápido em todos os ofícios. Por outro lado, O fordismo consolidou um novo modelo de desenvolvimento, caracterizado pela produção em massa e pelo consumo de massa, o que colocava as

necessidades de ampliar mercados e de estabelecer um novo patamar de rendimentos para aos trabalhadores. O modelo fordista está estreitamente associado tanto ao modo norte-americano de trabalhar e viver, aos aumentos salariais para estimular o consumo e, de certa forma, convencer o trabalhador a submeter-se ao ritmo acelerado de trabalho, deixando o prazer para a vida no pós-trabalho, quanto a um novo tipo de Estado.

Podemos observar que ambos os modelos descritos acima, são potenciais geradores de sobrecarga e estresse ao trabalhador, podendo vir ocasionar uma série de consequências, que vão desde questões relativas à saúde ocupacional até mesmo fatores ligados ao processo produtivo do trabalho.

Nesta perspectiva Hennington (2008) discute que o trabalhador da saúde, ao mesmo tempo em que, no seu cotidiano, produz e se reproduz como força de trabalho e produz saúde a partir da atenção à saúde de outras pessoas, habita um espaço relacional e pluridimensional. Assim, o trabalho pode ser tanto produtor de saúde como de mal-estar e adoecimento, para si – trabalhadores – e para os outros. Como objeto de estudo, o trabalho em saúde também coloca em foco a práxis na qual são produzidos, além de objetos e artefatos, produtos ou serviços no atendimento às necessidades humanas, valores que se incorporam à ação propriamente dita. A imaterialidade do trabalho em saúde acentua contradições na produção de valores de uso e de troca no capitalismo. Nessa inter-relação, alteridade e dialogia inscritos no encontro do sofrimento e na produção de saúde, este trabalho se mostra particular ao lidar com o humano, capaz de originar sentimentos de prazer e satisfação e de engendrar padecimento e desgaste. O trabalho em saúde é resultado de situações que se traduzem em experiência e como qualquer outro evidencia as normas antecedentes e as renormalizações num movimento constante, individual e coletivo.

Segundo Brasil (2004) o trabalho é tudo que efetivamente se realiza e o esforço que se despende nas atividades do dia-a-dia profissional para o trabalhador dar conta do que acordou com o gestor da área em que está alocado e com os demais companheiros de trabalho. Para isso, os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar com os colegas e o estabelecimento de regras específicas na divisão de tarefas. Além disso, o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores, numa dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista particulares.

Nenhum trabalho é mera execução, repetição de movimentos, gestos, seqüências de atividades ou operações previstas antecipadamente. Toda produção no trabalho é ressingularizada; é uma renormalização parcial em torno de si. Desse modo, a gestão do trabalho em saúde deve perceber o espaço do trabalho como aquele de transgressão, do debate entre a norma e sua renormalização. Não é possível controle e antecipação da totalidade de circunstâncias e peculiaridades de um trabalho como a atenção em saúde, bem como de nenhum outro. As “brechas das normas” colocam em evidência que sempre haverá a possibilidade da transgressão, a possibilidade de se tomar uma decisão, própria, pessoal e livre. O trabalho é um universo de microtransgressões; é o ambiente propício para questionar o prescrito, o poder. (HENNINGTON, 2008)

O trabalho nunca é neutro em relação à saúde. Ele ocupa um lugar privilegiado na luta contra a doença, suas origens, sintomas e natureza. Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar essa capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde. O processo de trabalho os trabalhadores ‘usam de si’, ou seja, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem e desaprendizagem permanente, uma vez que questiona as prescrições e constrói outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível. (BRASIL, 2004)

Sob a perspectiva ergológica, a pesquisa e intervenção no campo da gestão em saúde apontam a necessidade de reflexão a respeito de valores tomados em consideração no campo das microdecisões durante o curso da atividade, além da dinâmica dos processos de trabalho e a noção de experiência e subjetividade dos trabalhadores. Recorrendo-se a Schwartz, deve-se reconhecer que a negociação dos “usos de si” é sempre lugar de uma “dramática”. Assim sendo, ao refletir sobre a gestão e avaliação de competências no trabalho, Schwartz reafirma toda abordagem nesse sentido como legítima e útil – um exercício necessário, no entanto, ao mesmo tempo, uma questão insolúvel – desafiando o tempo todo novas inventividades. Nessa mistura, compete tentar articular variados “ingredientes”: o geral e a singularidade humana, a

formação, normas, atividades e valores, as ingerências do meio, os diferentes usos de si e a possibilidade de armazenamento na forma de patrimônio, a relação dialética permanente entre esses diversos elementos perpassada por conflitos e antagonismos, sem contar as qualidades sinérgicas emergentes e potencializadas pelas políticas de governo do trabalho. (HENNINGTON, 2008)

Para Brasil (2006) o trabalho na saúde faz-se através dos seus trabalhadores, portanto, por gente, com gente e para gente. Os trabalhadores de saúde, todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde, são trabalhadores do conhecimento, interpretam e aplicam saber e informação para criar e proporcionar soluções aos problemas, para isso devem ter acesso a condições de trabalho e organizacionais que lhes permitam adquirir e aplicar conhecimento teórico e prático, desenvolver hábitos de aprendizagem permanente e seguir sendo competentes e produtivos. A reestruturação do processo produtivo, a permanente mudança dos sistemas de saúde, as novas exigências do mercado de trabalho, entre outros aspectos, são desafios para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde e exigem novo enfoque novas abordagens.

Neste contexto, Ceccim e Feuerwerker (2004) vem nos mostrar que a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

A visão integral da política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos na Saúde deve ter como norte um plano de desenvolvimento dos trabalhadores baseado em competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores); na regulação dos processos educativos e laborais do campo da Saúde; na reorientação e melhoria da qualidade da formação, na pré e na pós-graduação; na qualificação técnico-profissional e em um programa de educação permanente. Nessa perspectiva, os princípios para formar e desenvolver os

recursos humanos na Saúde passam pela incorporação de valores de um sistema de saúde solidário, público, universal e equitativo, e devem ser capazes de propiciar mudanças de práticas de saúde e do processo de trabalho que ajudem a configuração dos novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes que estão sendo exigidos no novo cenário do mundo do trabalho e no contexto do SUS.

No setor do ensino, revela-se necessário e urgente semelhante movimento social por uma Reforma da Educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Deve expressar ainda a produção de conhecimento e promoção de avanços nos campos científico, tecnológico e cultural e prestação de serviços, principalmente de cooperação e assessoramento técnicos, de retaguarda e avaliação tecnológica e de documentação e disseminação dos saberes produzidos nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares. De fato, muitas iniciativas do setor propiciaram o desenvolvimento de um certo pensamento crítico e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação. Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

De acordo com Brasil (2006) na formação, no nível da graduação, foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001, as denominadas diretrizes curriculares que definem as competências e perfis das profissões da Saúde a serem perseguidas pelos respectivos cursos. Na pós-graduação, duas iniciativas recentes merecem ser destacadas pela relevância dos seus objetivos mais que por seus resultados: a criação da residência multiprofissional em Saúde, que estende às demais profissões de Saúde, além da medicina, a especialização em serviço, e a residência em medicina familiar e comunitária, voltada à formação de profissional médico mais adequado às necessidades da população e do sistema público de saúde. A qualificação técnico-profissional teve um significativo avanço com a execução do programa de profissionalização dos trabalhadores na área de enfermagem (Profae), que no período 2000-2005 formou 323.513 técnicos de enfermagem, envolvendo 319 escolas, públicas e privadas, em todo o país, além de ter formado como especialistas

cerca de 13.000 professores. O Profae é hoje uma referência internacional na área da Educação Profissional e os seus resultados devem-se em boa medida ao papel desempenhado pelas Escolas Técnicas do SUS, ligadas às secretárias de saúde estaduais, cuja atuação descentralizada garantiu a capilaridade do programa, atingindo até mesmo os municípios mais remotos e de difícil acesso.

Na busca de melhores condições de trabalho, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde em decorrência da necessidade de trabalhar em grupo e/ou melhorar o contato com o usuário no atendimento individual. Ressalta-se a importância do trabalho em equipe e seu incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos e, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço. As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da Saúde são importantes desconsiderar, para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre a saúde da comunidade. Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais integrantes do corpo de recursos humanos dos serviços. A elaboração e a adoção de medidas – quando necessárias – de reforço dessa qualificação possibilitam, conseqüentemente, melhor desempenho das atividades sanitárias e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população. (COTTA et al. 2006)

Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. Portanto, há possibilidade de construção da equipe-integração mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. O que poderá diferenciar a maior ou menor integração será a prática de argüição da técnica e da desigual valoração social dos distintos trabalhos por meio do agir-comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas mas, sobretudo, um horizonte ético.

De acordo com Cotta et al. (2006) o pensar e o fazer saúde requer em uma nova lógica e organização de trabalho, demandam o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite aos gestores e trabalhadores do SUS, no território das ESF e do sistema municipal de saúde como um todo, o aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação. No sentido funcional, as equipes constituídas dispõem, para pessoas de diferentes áreas, de

troca de informações, desenvolvimento de novas ideias e resolução de problemas. A relação de trabalho na ESF baseia-se na interdisciplinaridade, não mais na multidisciplinaridade ou na atividade isolada, requer uma nova abordagem, questionadora das certezas profissionais, estimulante na comunicação horizontal e permanente, entre os componentes da equipe.

Habermas introduz a decomposição do conceito de trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes na prática, são analiticamente distinguíveis e mutuamente irreduzíveis: o trabalho, como ação racional dirigida a fins, e a interação. O autor assinala a existência de relação recíproca entre trabalho e interação, não sendo possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação. O trabalho consiste na ação racional teleológica, abarcando a ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por regras técnicas, e a segunda, por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado. A interação refere-se ao agir comunicativo simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória, que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa. Habermas chama de agir comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação. Pode-se medir o acordo alcançado, em cada caso, pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas em qualquer ato de fala. (PEDUZZI, 2001)

Schwartz considera que para gerir o trabalho na sua dimensão concreta de trabalho útil, – como hierarquização de atos e objetivos e tomada de decisões baseadas em valores–, é necessário fugir de procedimentos estereotipados e a abertura do espaço das negociações dos usos de si – simultaneamente, usos de si por outros (das normas econômicas às instruções operacionais, dimensionadas por instâncias públicas ou privadas) e uso de si por si (o que revela compromissos microgestionários, articulados à experiência das situações de trabalho), na esfera individual e coletiva. Esses espaços das negociações, geralmente mediados por instâncias negociantes de arquitetura coletiva, por sua vez se constituem em lócus de uma dramática referente à relação eficiência-efetividade e que remetem a um campo de valores absolutos como, por exemplo, gozar ou restaurar a saúde. A gestão do trabalho é contínua e opera nos espaços implícitos e/ou explícitos de negociação. (HENNINGTON, 2008)

Com base na literatura, observa-se a distinção entre as duas noções que recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de

trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas. Com base nessa distinção, construiu-se uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva. (PEDUZZI, 2001)

Outra situação interessante de se ressaltar é a prerrogativa do “trabalho em equipe”, em muitas ocasiões, tornando-se não um modo de “conexão” - de saberes, poderes e afetos - mas como um “fardo” vivido pelos trabalhadores, uma vez que a compreensão de “trabalho em equipe” é frágil e a constituição de equipes multiprofissionais não superou a fragmentação manifestada nas ações cotidianas dos serviços. Ela se mantém presente na dissociação dos procedimentos e tarefas de cada profissão, bem como na relação entre os trabalhadores de diferentes formações. Isto é, não se mobilizam estratégias, a partir de uma perspectiva formativa, necessárias para se reinventar o trabalho, reinventando-se como trabalhadores articulados em equipes de trabalho, superando-se as cisões produzidas e mantidas pelas relações de saber-poder e pelas assimetrias entre as corporações profissionais. Vale enfatizar que o estilo de gestão local é uma das variáveis que mais contribuem nesse contexto. No âmbito das práticas na Política Nacional de Humanização, o desafio que se coloca, e que não é tomado como problema senso estrito, é a construção de um caminho metodológico que considera os enormes e reconhecidos avanços na organização dos serviços e as situações comuns no dia-a-dia. (SANTOS FILHO, BARROS e GOMES, 2009)

Neste contexto, Brasil (2004) discute que HumanizaSUS é a proposta para enfrentar o desafio de tornar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. O Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Eis a aposta do HumanizaSUS. Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores



que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política do Ministério da Saúde com frentes de trabalhos também nas esferas estadual e municipal. É pensada como estratégia para qualificação das ações de saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A política de humanização tem disponibilizado uma série de dispositivos e investe num modo de fazer saúde apostando no fomento de grupidades e inclusão dos diversos atores que compõem o cenário da saúde. Concebe, nesse modo de fazer, a inseparabilidade entre gestão e atenção, clínica e política, produção de conhecimento e mudança nas práticas. (MORSCHER e BARROS, 2014)

A construção de uma política de saúde que englobasse as iniciativas já existentes no âmbito do Ministério da Saúde, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma, potencializando-as e espraiando o conceito de *humanização* para o conjunto das práticas do SUS foi uma das prioridades do governo federal, a partir de 2003. Para atingir este objetivo seria necessário afirmar a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão da saúde. Para isso, a PNH da Atenção e Gestão, do SUS, também chamada de HumanizaSUS, foi concebida para atuar de maneira transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde, sob a coordenação da Secretaria Executiva. E, cabendo às demais áreas do Ministério da Saúde o papel de garantir atuação integrada e integradora em relação ao SUS. As mudanças no modelo de atenção, portanto, não se fariam sem a efetiva implementação de mudanças no modelo de gestão. Humanizar, segundo o entendimento da PNH, é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores e inclui valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão. (BARROS, MORI e BASTOS, 2006)

A humanização perpassa pela inclusão do trabalhador da saúde nesse processo transformador, numa articulação entre os pólos disciplinar, epistemológico e ético e dos sujeitos. Assim, a gestão dos processos de trabalho como parte vital da política de humanização em saúde faz pressupor o conhecimento e a consideração não só das questões macrossociais, políticas e econômicas, mas também de saberes e fazeres produzidos e legitimados no cotidiano dos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas, nesse espaço microtransgressor, fonte de criatividade e também de resistência. Deve-se pensar a produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse

labor que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes. O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes. Some-se ainda as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente. Pensar o trabalho vivo, este estranho a ao mesmo tempo fonte de sofrimento e de prazer e emancipação, requer um olhar arguto e inconformado. As especificidades e idiosincrasias do trabalho em saúde exigem ainda mais a ponderação de diferentes elementos como os processos de subjetivação dos trabalhadores em tensionamento constante no âmbito de uma sociedade iníqua, a restrição dos espaços de negociação e de rupturas das normas num ambiente precarizado e as dimensões ético-epistemológicas de produção de saúde envolvidas no processo de saúde-doença-cuidado. (HENNINGTON, 2008)

Segundo Brasil (2006) o conceito de trabalho precário não tem obtido consenso entre os diferentes atores mais diretamente envolvidos na implementação do sistema público de saúde, seja entre trabalhadores e gestores, seja entre os gestores das diferentes esferas de governo. Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas entre os autores: 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos. A heterogeneidade de vínculos, portanto, é outro dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de contrato mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador, estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho.

Santos-Filho (2006) relata algumas das principais dificuldades encontradas por trabalhadores a partir de uma sistematização das falas dos próprios trabalhadores em diversos momentos e encontros. Elas estão apresentadas a seguir:

#### **A) Problemas na Organização das Equipes, Processo e Relações de Trabalho**

1) Diversidade extrema nas formas de incorporação e implementação dos modelos de Atenção Básica/Saúde da Família pelas diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Equipes, com

diferenças significativas nas formas de atuação, acarretando transtornos e desgastes dentro das próprias equipes pela falta de um mínimo de “padronização” da prática

- 2) Fragmentação do processo de trabalho em algumas Unidades, ficando cada Equipe trabalhando de modo isolado, não integrado
- 3) Falta de integração das diferentes categorias de trabalhadores
- 4) Percepção de perfis muito diferenciados dentro das equipes de trabalho, muitas vezes considerados como perfis inadequados para a função e o trabalho em equipe
- 5) Atuações muitas vezes baseadas na “boa vontade” de alguns trabalhadores (atitude voluntarista), sem uma sistemática de trabalho em equipe e com base em critérios definidos e acompanhados institucionalmente
- 6) Despreparo das equipes para trabalho com levantamentos de informações, dados epidemiológicos e indicadores de saúde
- 7) Utilização insuficiente e/ou inadequada das informações disponíveis para planejar o trabalho
- 8) Falta de métodos de planejamento na rotina dos serviços
- 9) Falta de instrumentos de gestão, não utilizados/aplicados no nível local, para subsidiar negociações e acompanhamento do trabalho, desempenho, etc
- 10) Falta de utilização sistemática de dispositivos e ferramentas de organização do trabalho e gestão da clínica: estudos de caso, elaboração de agenda, eventos-sentinela, análise de demanda, etc
- 11) Falta ou insuficiência de conhecimento, acesso e validação coletiva/participativa de protocolos (na unidade e em rede)
- 12) Dificuldade de planejar e organizar reuniões produtivas e dificuldade de alguns gerentes locais em priorizar a realização das mesmas
- 13) Dificuldade em estabelecer prioridades de acordo com a demanda
- 14) Dificuldade das Equipes contarem efetivamente e regularmente com sua configuração mínima de profissionais para o funcionamento otimizado do PSF e atividades previstas (exemplo da falta constante de médicos generalistas)
- 15) Dificuldade de propiciar inserção efetiva de toda a equipe no planejamento do trabalho – muitas vezes alguns trabalhadores ficam exclusivamente ocupados/envolvidos com os serviços tradicionais de rotina/tarefas nos diferentes setores da Unidade, inviabilizando a participação em reuniões e em outras atividades
- 16) Dificuldade de alguns gerentes locais, com perfil mais centralizador, em delegar e “dar autonomia” para as equipes planejarem suas ações

- 17) Dificuldade de acesso dos profissionais da ponta a outros níveis da rede, nos casos em que precisam de ajuda para desenvolver alguns trabalhos, implementar novas tecnologias, etc
- 18) Colegiado Gestor implementado de forma incipiente em alguns locais com participação ainda restrita, trabalhadores pouco estimulados e com falta de clareza do seu papel
- 19) Algumas categorias de trabalhadores (como os ACS) pouco aproveitados nas equipes e com pouco preparo e pouca compreensão do seu papel na equipe e sobre o modelo de atenção
- 20) Desgaste e desmotivação dos profissionais: sobrecarga de trabalho, falta de momentos de troca, valorização e planejamento/pactuação nas ações
- 21) Falta de comunicação e troca entre os diferentes níveis da rede
- 22) Sensação de solidão no trabalho, com ausência ou insuficiência de momentos de “parada” para encontros e discussões em geral
- 23) Falta de compreensão de fluxos e protocolos, dificultando um adequado referenciamento e contra-referenciamento
- 24) Falta de clareza (por parte do coletivo) da missão da UBS e também do restante dos serviços, gerando transtornos quanto à atuação e âmbitos de responsabilidade em cada nível de atenção e em rede
- 25) Ocorrência cada vez mais freqüente de conflitos e violência nas unidades/equipes
- 26) Dificuldade de lidar com diferentes situações de violência, incluindo dificuldades de relação com usuários, conflitos e dificuldades de relações interpessoais entre equipe

#### **B) Problemas Relativos aos Recursos, Infra-Estrutura e dimensionamento da capacidade operacional**

- 1) Faltas freqüentes de alguns insumos, gerando conflitos e descontinuidade dos tratamentos propostos
- 2) Dificuldade de organização do trabalho em função da área física, na maioria das vezes, inadequada para as diversas atividades previstas no modelo de atenção
- 3) Equipes incompletas, gerando sobrecarga de trabalho (a “porta aberta” mantém a mesma demanda ou demanda crescente independente do número de profissionais da unidade)
- 4) Alta rotatividade de profissionais principalmente dos médicos generalistas, dificultando a continuidade dos trabalhos iniciados (dificulta vínculo/acompanhamento da população)
- 5) Necessidade de reavaliar as áreas de abrangência e adscrição por equipe

Na tentativa de superação de tais questões, Santos Filho, Barros e Gomes (2009) apostam que a inclusão dos diferentes sujeitos e na análise e gestão coletiva dos processos de trabalho é uma estratégia importante para a produção de desestabilizações produtivas e práticas de humanização dos serviços de Saúde que tomam os processos de trabalho como

foco. Entendemos que as práticas nomeadas humanizadas em saúde, perdem sua força disruptora, ou seja, perdem a força de produzir mudanças significativas nos serviços de Saúde na direção dos princípios do SUS, ao serem reduzidas a ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho. A PNH, por meio dos seus dispositivos, parece-nos uma estratégia que se tem constituído como uma forte aliada, quando temos como princípio a ampliação e afirmação do SUS que dá certo. (SANTOS FILHO, BARROS e GOMES, 2009)

Além disso, Cotta et al. (2006) nos dizem que a qualificação/capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Outras medidas são imprescindíveis, entre elas o aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estruturados relevantes serviços de responsabilidade social prestados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Santos-Filho (2006) também apresenta algumas opções de melhoria dos processos de trabalho, a partir da fala dos trabalhadores como:

- 1) Incentivar e garantir momentos de encontros/aproximações entre trabalhadores/equipes/serviços/usuários, “reuniões”, “eventos” tanto em âmbito interno como inter-serviços. Os encontros deixariam de ser vistos como momentos externos ao âmbito da produção, passando a ser considerados como momentos de produção/construção/planejamento, trocas de experiências, integração entre equipes.
- 2) Iniciativas de Educação Permanente. Estímulo para que os serviços passem a ser espaços de aprendizagem contínua, com iniciativas e arranjos locais para “capacitações” no próprio cotidiano de trabalho, incluindo capacitações introdutórias, temas técnico-científicos específicos, aquisição de habilidades de trabalho em equipe e outros temas relacionados ao desenvolvimento de competências coletivas (relacionais); planejamento e gestão de pessoas (relações, conflitos, métodos de negociação, gestão participativa, etc); incentivo a projetos de pesquisa e trabalhos aplicados (com definição e negociação de critérios e para dedicação a essas atividades).
- 3) Iniciativas e instrumentos para melhorar a comunicação, informação, interlocução e arranjos internos e em toda a rede.
- 4) Ambiência, conforto, inventividade no trabalho, englobando desde investimentos na infraestrutura, segurança, prevenção e promoção de saúde, até o estímulo à programação de atividades lúdicas, científicas e culturais integrados aos próprios espaços de trabalho. Por ambiência compreendemos uma concepção ampliada de espaço de trabalho – espaço físico e

de relações, cenário ao mesmo tempo de vivências subjetivas, sociais, de criatividade, de riscos, tudo isso no âmbito de uma relação concreta: gestor-trabalhador-usuário –, apontando para estratégias também ampliadas de intervenção nesse espaço. Propõe-se, então, que os trabalhadores se organizem nos serviços de saúde para discutir e (re)construir seus espaços sociais de trabalho, partindo de concepções ampliadas do ambiente de trabalho.

5) Sistemas de escuta, nos moldes de ouvidorias (formais e/ou informais, locais e ampliadas), possibilitando espaços institucionais para manifestação e reclamações dos trabalhadores, com retorno e encaminhamentos sobre as questões levantadas.

6) Realização de avaliações sistemáticas de satisfação dos trabalhadores, contemplando critérios e metodologias que assegurem informações fidedignas e úteis para negociações em torno de mudanças.

7) Gestão participativa: para além das instâncias colegiadas de gestão, a serem cada vez mais “representativas” e efetivamente atuantes, deseja-se que cada equipe (multiprofissional) opere como uma equipe colegiada, integrando-se às demais equipes (e outros trabalhadores das unidades) configurando-se como colegiados ampliados, tornando-se espaços privilegiados para pautar o processo de trabalho e a condução dos serviços. É nesses espaços que se deve construir o trabalho, trazendo à tona conflitos, impossibilidades, lacunas, entraves que incidem na própria rede/sujeitos, produzindo desconforto, inquietação e conseqüentemente mudança. Segundo Dejours, o processo de cooperação é que é a base para a constituição de uma equipe; é aquilo “que funda o coletivo de trabalho”. E é pela cooperação que um coletivo torna-se eficiente e eficaz, além de ter seus “erros” e “riscos” minimizados.

Nessa conjuntura, as instituições deveriam estar preparadas para realizar negociações e preservar a harmonização dos diferentes vínculos dos diferentes questionamentos, função antes mediada pelos sindicatos e por outras entidades da sociedade civil na direção do trabalho decente que é o conceito crido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) para um trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna, segundo os padrões de cada sociedade. (BRASIL, 2006)

Existe uma compreensão de que o setor saúde é permeado pelas disputas de interesses e pela singularidade do objeto de investimento – sujeitos portadores de necessidades – e de que a produção de alternativas organizacionais que apontem para um processo de poder compartilhado e para a descentralização do processo decisório que levam à diminuição da distância entre os que comandam, planejam, dirigem, e a maioria executante de ações e serviços. Acreditamos que apenas dessa maneira será possível implementar práticas de gestão

institucional que logre administrar e produzir bens e serviços e, indo além, contribuir para a redefinição do sentido do processo de trabalho em saúde, como instância de produção de sujeitos – individuais e coletivos – e de democracia institucional. (CARVALHO e CUNHA, 2012)

#### 4.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE: DA IMPORTÂNCIA À APLICABILIDADE DESTE RECURSO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Tanaka e Melo (2004) a avaliação é, por si, um conceito de múltiplas versões. Assim como não se pode definir de uma única maneira, a avaliação tem que ser compreendida no contexto em que é pensada e a partir das perguntas avaliativas que quer se responder. Tais autores consideram avaliação como um julgamento de valor para a tomada de decisão, cumpridas as etapas de medir e/ou comparar um determinado fenômeno. A dificuldade em definir com precisão o que é avaliação se revela através do desenvolvimento histórico do seu processo e da caracterização de suas diferentes fases. Essa dificuldade se apresenta também no modo como se processa a avaliação e sua finalidade.

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997) a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Hoje, a avaliação é também um conceito que está na moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas. As definições da avaliação são numerosas e poderíamos até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua. Patton (1981) propõe o grupamento das definições da avaliação em seis grandes famílias em razão da sua natureza. Guba & Lincoln (1990) identificam quatro estágios na história da avaliação. Chen (1990) propõe distinguir as avaliações que são baseadas nos métodos das que são orientadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos. Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Para Felisberto (2006) nas últimas décadas, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil. Desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a

subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados. Defende-se o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Aborda-se também a necessidade de se utilizar um conjunto de ferramentas tais como a decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos, adaptado às necessidades específicas decorrentes do processo de descentralização da gestão da atenção básica *vis-à-vis* as demais diretrizes e princípios do SUS. O maior desafio consiste em teorizar sobre uma estratégia e uma prática ainda em construção e o risco de não aprofundar as diversas dimensões inerentes ao debate macropolítico. Isto é, trata-se aqui de debater uma proposta que pretende extrapolar os limites da atenção básica para ser vista como uma estratégia do próprio SUS, na perspectiva suscitada por Hartz. O que está em discussão, portanto, é uma proposta de compartilhar lições preliminares vindas da nossa experiência na gestão dessa iniciativa, cujo propósito maior é contribuir para a institucionalização da Avaliação em Saúde.

Para Tanaka e Melo (2004) as principais dificuldades encontradas na operacionalização da avaliação em serviços de saúde estão relacionadas com o domínio teórico de concepções, técnicas e métodos e com a própria finalidade da avaliação. Ao realizarmos a avaliação de ações e/ou serviços de saúde devemos ter em mente um aspecto efetivamente complexo da avaliação neste campo. Os serviços e ações de saúde têm usuários que são parte do próprio processo de organização e prestação destes. Portanto, consideramos que a avaliação de ações de saúde lida com um fator complexo que é o seu produto. Este não é um objeto material, como numa fábrica, mas se constitui em algo que é parte integrante do usuário do serviço. Portanto, um grande avanço na avaliação em saúde é compartilhar o processo de avaliação com os usuários, considerando sempre que possível a sua perspectiva.

Na visão de Tanaka (2011) o marco referencial teórico mais pragmático para a avaliação é a concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian (1980, 1993), cujos componentes básicos são: Estrutura, Processo e Resultado. A adoção dessa abordagem facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação, sendo uma escolha intencional, tendo em vista o objeto da avaliação e considerando as distintas abordagens metodológicas disponíveis. Na ideia do autor, essa proposta requer que a avaliação seja sempre iniciada pelo Processo, por se constituir no componente essencial em que a interação com o usuário concretiza a ação de saúde. Ao optar por esse componente, parte-se do princípio de que a interação deverá ser o espaço em que o serviço de saúde levará em conta o contexto de vida dos usuários. A flexibilização do processo de trabalho, balizado pelas



determinantes sociais incorporadas na interação, possibilitará que a concepção sistêmica adotada nesse referencial de avaliação seja a de um sistema aberto, que levará em conta o poder de utilização do usuário para ampliar a acessibilidade.

Neste contexto, Silva e Formigli (1994) afirmam que o esforço mais bem-sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian (1980), que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, a partir do referencial teórico sistêmico. Para este autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado.

Neste sentido, Contandriopoulos et al. (1997) vem nos mostrar que os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Tanaka e Melo (2004) discutem que as distintas fases do processo evolutivo da avaliação são conhecidos como gerações e se definem sinteticamente como:

- 1) Avaliação da primeira geração, caracterizada pela exclusiva preocupação de medir os fenômenos avaliados, e cujo desenvolvimento se deu no âmbito da escola.
- 2) Avaliação de segunda geração, desenvolvida a partir das limitações identificadas na avaliação de primeira geração. Surge a necessidade de ampliar a avaliação de um simples processo de medição para uma descrição mais abrangente de outros fatores que pudessem responder aos objetivos do processo, e que interferem com o fenômeno avaliado.
- 3) Avaliação de terceira geração, que visa ir além da abordagem descritiva direcionada aos objetivos propostos na segunda geração. Inclui o julgamento como um dos elementos primordiais da avaliação, ao lado da descrição. No entanto, não fica claro de quem é o julgamento que prevalece nas avaliações realizadas.

4) Avaliação de quarta geração, que considera no seu processo os atores interessados, o que contribui para a inclusão de diferentes perspectivas no processo de avaliar. O mais importante nesta geração é que ela elimina o pressuposto de que a avaliação deve ser feita exclusivamente por especialistas. Permite uma definição não só contextual, mas também participativa na definição de parâmetros, indicadores e limites no processo de avaliar.

De modo geral, Tanaka e Melo (2004) demonstram que na avaliação dos serviços de saúde, muitos dos processos avaliativos operados possuem fortes características da avaliação de primeira geração.

Tomando por base a classificação proposta por Contandriopoulos et al. (1997) temos que a avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. **Apreciação da Estrutura:** trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Comparamos então os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes. **Apreciação do Processo:** trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados. A **Apreciação do processo** de uma intervenção visando oferecer serviços para uma clientela pode ser decomposta em três dimensões: a dimensão técnica, a dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional. **Apreciação dos resultados:** consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. A apreciação dos resultados é feita comparando-se os índices dos resultados obtidos com critérios e com normas de resultados esperados. Esta apreciação é, muitas vezes, insuficiente para se fazer um julgamento válido sobre os resultados de uma intervenção. Para avalia-los deve-se geralmente empregar uma pesquisa avaliativa.

Podemos definir a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual elas se situam, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. A pesquisa avaliativa pode se decompor em seis tipos de análise. **Análise Estratégica:** Trata-se de analisar a pertinência da intervenção, isto é, de analisar a adequação estratégica entre a

intervenção e a situação problemática que deu origem à intervenção. **Análise da intervenção:** análise da intervenção consiste em estudar a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Trata-se de interrogar sobre a capacidade dos recursos que foram mobilizados e dos serviços que foram produzidos para atingir os objetivos definidos. **Análise da produtividade:** consiste em estudar o modo como os recursos são usados para produzir serviços. Aí se colocam dois tipos de questões: poderíamos produzir mais serviços com os mesmos recursos? Poderíamos produzir a mesma quantidade de serviços com menos recursos? A produtividade pode ser medida em unidades físicas ou em unidades monetárias. No primeiro caso, relacionamos à produtividade física, no segundo, à produtividade econômica. **Análise dos efeitos:** é aquela que se baseia em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde. Ela consistirá em determinar a eficácia os serviços para modificar os estados de saúde. A medida dos efeitos, que sejam desejados ou não, depende do tipo de pesquisa adotada. O conceito de eficácia não tem um sentido absoluto, ele deve ser qualificado em virtude do contexto no qual a pesquisa é feita, do procedimento escolhido, da natureza da intervenção avaliada e da finalidade do exercício de avaliação. **A análise do rendimento:** é aquela que consiste em relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. Trata-se de uma combinação da análise da produtividade econômica e da análise dos efeitos. A avaliação do rendimento de uma intervenção se faz geralmente com ajuda de análises custo/benefício, custo/eficácia ou custo/utilidade. Nas análises custo/benefício, expressamos em termos monetários todos os custos da intervenção e todas as vantagens que ela traz. **A análise da implantação:** O último tipo de análise que podemos fazer no quadro de uma pesquisa avaliativa consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção. Este tipo de análise é pertinente quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. Devemos, então, nos perguntar se esta variabilidade pode ser explicada por diferenças existentes nos contextos. A análise da implantação é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997)

De acordo com Carvalho et al. (2012) no âmbito da gestão, fica patente que as práticas de monitoramento e avaliação constituem-se num carreador de responsabilidades, e de ações rumo a objetivos definidos previamente, onde devem ser previstas decisões em meio a

situações diversas e impostas por circunstâncias que os gestores e as equipes que os assessoram muitas vezes não escolhem, sendo necessário a instituição de mecanismos e estratégias que potencializem e consolidem a sua institucionalização.

Mas para Tanaka e Melo (2004) a predominância do rigor da ciência nos processos de avaliação tem sido uma característica herdada da pesquisa avaliativa. O rigor formal adotado através dos pressupostos do método científico levou a que se compreendesse a avaliação como uma intervenção possível de ser feita exclusivamente por especialistas. Por outro lado, esse mesmo rigor científico tem influenciado o forte conteúdo de medição quantitativa dos fenômenos avaliados, o que repercute significativamente na avaliação dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, tal influência tem determinado a predominância da abordagem quantitativa nas avaliações executadas. Tais características se complementam com a frequente exclusão, nos processos avaliativos, dos elementos que descrevem e explicam o contexto local e as influências nos resultados finais da avaliação.

Na visão de Tanaka (2011) a abordagem quantitativa propiciará conhecer a representatividade dessa utilização, enquanto a abordagem qualitativa propiciará conhecer o significado dessa condição. Com essa proposta metodológica será possível identificar os fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde e da rede de atenção que possam ser modificados pela avaliação realizada.

De modo geral, investir na adoção da avaliação como parte da gestão cotidiana em serviços de saúde nos parece um passo fundamental para ganhar maior competência, eficiência, e efetividade no trabalho em saúde. Ao compreendermos as interfaces entre avaliar e gerir, entre avaliar e produzir serviços de saúde, entre tudo isso e seu contexto, base para toda avaliação, podemos experimentar novas formas de fazê-la. Deste modo, podemos estar contribuindo para melhor compreender a razão e sentido dos serviços produzidos, para gestores, trabalhadores e usuários, mas podemos estar também produzindo uma nova geração de avaliação. (TANAKA e MELO, 2004)

## **5. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **5.1 ASPECTOS ÉTICOS**

A presente pesquisa foi realizada segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, após aceite do orientador (APÊNDICE A) e autorização da Instituição envolvida na pesquisa (ANEXO A) e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA) por meio do protocolo 1.093.037 (ANEXO B)

Todos os sujeitos participantes da pesquisa confirmaram seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE B) após serem informados a respeito dos possíveis riscos e benefícios da pesquisa e conscientes da liberdade de não aceitar participar ou mesmo se retirarem em qualquer fase sem prejuízos as suas atividades, resguardada sua identidade de modo sigiloso na pesquisa através de identificação feita por numeração (exemplo: Trabalhador 1, Trabalhador 2, e assim por diante) e cientes de que somente a pesquisadora teve acesso às informações coletadas, que serão descartadas após a realização da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, com observação participante, realizada no período de Junho à Agosto de 2015, em uma equipe da ESF e NASF do Distrito Guamá (DAGUA).

### **5.2 O LOCAL DA PESQUISA**

#### **5.2.1 O distrito DAGUA**

Segundo dados de 2011 da Secretaria Municipal de Belém (SESMA) a cidade de Belém possui uma área territorial com 1.065 Km<sup>2</sup>, sendo 65% de área insular e 35% continental. Através da Lei 7.682/94, o município foi subdividido em oito (8) Distritos Administrativos, do seguinte modo: Belém (DABEL), Bengui (DABEN), Entroncamento (DAENT), Guamá (DAGUA), Icoaraci (DAICO), Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT) e Sacramenta (DASAC). Seu sistema de saúde possui uma Rede Assistencial/SUS, composta por 195 Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), públicos e conveniados ao SUS, cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (SCNES), sendo 29 Unidades Municipais de Saúde (UMS) 46 Unidades Saúde da Família (USF), 12 Casas Especializadas, 26 Hospitais e 62 privados, dos quais (101 municipais, 22 estaduais, 04 federais, 04 filantrópicos e 62 privados). No total da Rede SUS Municipal 63% correspondem aos serviços públicos e 37% são conveniados.

O distrito DAGUA, com uma população estimada em 392.384 habitantes, apresenta cinco Unidades Municipais de Saúde, localizadas nos bairros da Condor, Cremação, Guamá, Terra Firme e Jurunas; além disso abriga as seguintes Unidades de Saúde da Família: Riacho Doce, Terra Firme, Combú, Radional-II, Parque Amazônia I e II. (SESMA,2011)

De acordo com Gusmão (2013) o DAGUA engloba 6 bairros da cidade e parte de alguns bairros do Distrito Administrativo de Belém (DABEL), onde estes estão entre os mais populosos da cidade. Uma parte significativa da população dessa área é de baixa renda, onde há diversas áreas de ocupação espontânea ou Aglomerados Subnormais, principalmente ao longo das principais avenidas, como a Bernardo Sayão, Perimetral e Cipriano Santos, sendo acompanhada com a carência de saneamento básico (Tratamento de esgoto doméstico e água canalizada potável), culminando na frequência de doenças relacionados a transmissão pela água.

Tem alguns dos bairros mais violentos da cidade (Guamá, Terra Firme e Jurunas) e possui altos índices de pobreza. A maior parte de suas ruas tem um traçado irregular, por causa da ocupação rápida e desordenada durante a década de 60 e 70. As áreas mais próximas do DABEL estão em crescente valorização imobiliária, sendo cada vez mais comuns, os edifícios de médio-alto padrão e serviços mais sofisticados. É um distrito que concentra diversos órgãos públicos: SERPRO, MUSEU EMÍLIO GOELDI (Outra unidade de pesquisa), ELETRONORTE, UFRA, entre outros). Tem sofrido intervenção municipal constante, principalmente na sua orla, através do Projeto Portal da Amazônia que pretende modificar drasticamente a ocupação nas suas margens. É importante ressaltar que o Norte da Cremação, o Oeste de Canudos, o Noroeste do Jurunas e o Extremo norte do Guamá se assemelham mais ao DABEL (Centro de Belém), por não serem áreas suscetíveis aos alagamentos constantes, assim sendo moradia de classes mais abastadas em relação ao restante do distrito. (GUSMÃO, 2013)

Este distrito foi eleito para o presente estudo, devido sua realidade ser de maior conhecimento dos pesquisadores, pois vivenciamos diariamente sua realidade, além de ser

alvo de diversos estudos, devido sua extensa dimensão territorial e também por abrigar uma ampla gama de serviços e instituições importantes.



**FIGURA 1: DISTRITO DAGUA**

**Fonte:** Autoria própria no Google Earth (2013). (GUSMÃO, 2013)

### 5.2.2 A Estratégia Parque Amazônia I

A Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia I pertence ao Distrito DAGUA, e fica localizada no bairro da Terra Firme no município de Belém-Pará, e atende a população deste bairro das proximidades da UFPA até os limites próximos da Rua da Paz. Ela iniciou sua missão há aproximadamente quatorze anos atrás (2001) e atualmente é composta por duas equipes: equipe 1 constituída pelos profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cinco ACS's; e a equipe 2 composta também por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e quatro ACS's.

O funcionamento desta estratégia acontece tanto pelo turno da manhã como pelo turno da tarde, e o cronograma de atividades de ambas as equipes organiza-se basicamente da seguinte forma: às segundas-feiras ocorre o atendimento ao público adulto em geral (ou seja, todos aqueles a partir de 13 anos de idade); as terças-feiras são destinadas à demanda das grávidas e entrega de resultados de exames; nas quartas-feiras acontece o atendimento do HIPERDIA; durante as quintas-feiras são atendidas crianças de 0 a 12 anos de idade; e às sextas-feiras

ficam reservadas para atendimento interno (reunião de equipe, discussão de casos, ações de saúde) além das visitas domiciliares.



**FIGURA 2: ESF PARQUE AMAZÔNIA 1**

**Fonte:** <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1645853115632360&set=a.1523486364535703.1073741827.100006230625488&type=3&theater>



**FIGURA 3: EQUIPE ESF PARQUE AMAZÔNIA 1 E NASF TERRA FIRME**

**FONTE:** <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1526254420925564&set=a.1523486364535703.1073741827.100006230625488&type=3&theater>





**FIGURA 4:** EQUIPE ESF PARQUE AMAZÔNIA 1 E NASF TERRA FIRME (2)

**FONTE:** <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1526254420925564&set=a.1523486364535703.1073741827.100006230625488&type=3&theater>

### 5.2.3 O NASF Terra Firme

O NASF TERRA FIRME deu início às suas atividades em Abril de 2014, formado por uma equipe constituída dos seguintes profissionais: terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e fonoaudiólogo, com o objetivo de dar suporte à seis Estratégias: equipes 1, 2, 3 e 4 da Unidade Municipal da Terra Firme e 2 na área do Parque Amazônia I, pertencentes ao Distrito DAGUA do município de Belém. (Diário Oficial do Município de Belém, 2014).

Suas ações se estruturam da seguinte forma: às segundas e quartas-feiras são realizados grupos de Terapias Multidisciplinares, atendimentos individuais ou compartilhados ou visitas domiciliares; às terças e quintas-feiras acontece o grupo de atividades físicas (HIPERDIA), atendimentos individuais ou compartilhados e visitas domiciliares; geralmente durante as sextas-feiras ocorrem reuniões de matriciamento e/ou de equipe do NASF.

Essa organização básica da rotina da equipe em certos momentos sofre alterações em virtude de atividades extras que por ventura acontecem, como realização de passeios, caminhadas, festas comemorativas, danças folclóricas, atividades culturais em geral e eventos como conferências, realizadas em espaços diversificados para além da unidade ou casa família.

A equipe do NASF TERRA FIRME se depara com uma dificuldade comum a muitas realidades semelhantes à sua, ou seja, dar suporte a um grande número de estratégias em um território consideravelmente extenso limitando assim suas ações. Apesar disso, os profissionais ainda desenvolvem múltiplas atividades dentro das mais diversas possibilidades que fazem parte da rotina desse tipo de serviço situado no contexto da atenção primária, que vai desde realização de visitas domiciliares até passeios e eventos que estimulam cultura e conscientização cidadã como parte integrante do componente da saúde, que são fundamentais no processo de promoção e prevenção.

#### ATIVIDADES NASF TERRA FIRME



**FIGURA 5:** Ciclo de oficinas e palestras sobre Alimentação Saudável. Tema: Sucoterapia. Em comemoração pelo dia da Nutrição. Palestra sobre a importância da alimentação saudável em benefício da saúde  
**Fonte:** <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>



**FIGURA 6:** Ciclo de oficinas e palestras sobre Alimentação Saudável. Tema: Sucoterapia. Em comemoração pelo dia da Nutrição. Palestra sobre a importância da alimentação saudável em benefício da saúde (2)  
Fonte: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>



**FIGURA 7:** Grupo Terapêutico em comemoração ao Dia das Mães  
Fonte: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>



**FIGURA 8:** ESF TERRA FIRME + NASF TERRA FIRME em comemoração da Festa Junina

Fonte: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>



**FIGURA 9:** ESF TERRA FIRME + NASF TERRA FIRME em comemoração da Festa Junina (2)

Fonte: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>



**FIGURA 10:** NASF participando da Conferência Municipal de Saúde

Fonte: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>



**FIGURA 11:** Ações com o Grupo Terapêutico: atividades para a saúde

Fonte: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>



**FIGURA 12:** Ações com o Grupo Terapêutico: atividades para a saúde (2)

Fonte: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100006230625488&fref=ts>

### 5.3 O PROCESSO DE COLETA DE DADOS

#### 5.3.1 O projeto piloto (testagem do protocolo da pesquisa e escolha dos sujeitos)

Segundo Bailer, Tomitch e D'ely (2011) por definição, o estudo piloto é um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa. Ou seja, é uma miniversão do estudo completo, que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia de modo a possibilitar alteração/melhora dos instrumentos na fase que antecede a investigação em si. A importância de conduzir um estudo piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa. Administra-se um estudo piloto com o objetivo de descobrir pontos fracos e problemas em potencial, para que sejam resolvidos antes da implementação da pesquisa propriamente dita. Então, o estudo piloto permite testar os instrumentos, garantir que cada um renderá resultados próprios para responder as perguntas de pesquisa; antever resultados; avaliar a viabilidade e utilidade dos métodos de coleta em cada fase de execução; revisar e aprimorar os pontos necessários. Enfim, o estudo piloto mostra-se instrumento valioso, já que permite ao pesquisador chegar ao contexto de sua pesquisa mais experiente e com escolhas metodológicas mais afinadas.

Diante disso, inicialmente, no intuito de testar e adequar o roteiro de entrevista a ser utilizado na pesquisa, realizamos um estudo piloto em uma população-alvo bastante semelhante à selecionada para realização do estudo. Tratou-se da ESF TERRA FIRME, que atua em um território geográfico muito próximo à ESF PARQUE AMAZÔNIA I e, além disso, possui características bastante semelhantes no que diz respeito aos modos de vida das populações, dificuldades encontradas em sua realidade, bem como nos processos de trabalho das equipes de saúde de um modo geral.

Acompanhei as equipes da ESF TERRA FIRME por um período de quinze dias, os quais, primeiramente, vivenciei a fase da observação participante do estudo, acompanhando as atividades dos trabalhadores e a rotina do local, registrando as observações em um diário de campo (que posteriormente também foi utilizado na pesquisa de fato) para me familiarizar com o instrumento de coleta, bem como com a própria equipe do local.

Posteriormente à essa fase, realizei oito entrevistas, assim determinadas por critério de saturação das falas, com diferentes membros da ESF estudada no momento, a fim de testar propriamente o roteiro de entrevista, percebendo as principais necessidades de mudanças do protocolo da pesquisa, e posterior execução das alterações, a fim de torna-lo mais acessível aos participantes, mas sem comprometer os objetivos da pesquisadora.

O projeto piloto foi de fundamental importância para esclarecimento de dúvidas ou indecisões que pairavam sobre a pesquisadora, e, de fato, prepara-la para iniciar o estudo com um olhar mais aguçado e direcionado para os objetivos reais da pesquisa. Posteriormente, ocorreu a imersão no campo realmente selecionado para a realização do estudo.

### **5.3.2 A observação participante**

De acordo com Fernandes e Moreira (2013) inicialmente compreendida como uma técnica possibilitadora do acesso ao conhecimento da estruturação e do funcionamento de sociedades da África, sia, Oceania e das Américas, a observação participante sistematizou-se por intermédio do polonês radicado na Inglaterra Bronislaw Kasper Malinowski. Com sua investigação realizada entre 1914 e 1918 junto aos nativos do arquipélago Trobriand, situado na Melanésia, região ocidental do Oceano Pacífico, Malinowski é reconhecido como o implementador das bases da observação participante no trabalho de campo ou etnográfico em Antropologia. Apontou, entre outras, a necessidade

de se anotarem as observações em um diário de campo, de se prestar atenção às situações esperadas e inesperadas do dia a dia, e de aprender a língua e os costumes dos sujeitos observados, os chamados “nativos”. Atualmente, pensa-se ser possível afirmar de forma sintética que a observação participante se caracteriza pela promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem. A pesquisa dita qualitativa – e dentre todas as suas técnicas, em particular, a observação participante – obriga o pesquisador a lidar com o “outro”, num verdadeiro exercício constante de respeito à alteridade. Pressupõe convívio e intercâmbio de experiências primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar.

Segundo Whyte (2005) existem alguns passos inerentes à técnica de observação participante conhecida como “dez mandamentos” da observação participante:

1) A observação participante, implica, necessariamente, um processo longo. Muitas vezes o pesquisador passa inúmeros meses para “negociar” sua entrada na área. Uma fase exploratória é, assim, essencial para o desenrolar ulterior da pesquisa. O tempo é também um pré-requisito para os estudos que envolvem o comportamento e a ação de grupos: para se compreender a evolução do comportamento de pessoas e de grupos é necessário observá-los por um longo período e não num único momento.

2) O pesquisador não sabe de antemão onde está “aterrissando”, caindo geralmente de “paraquedas” no território a ser pesquisado. Não é esperado pelo grupo, desconhecendo muitas vezes as teias de relações que marcam a hierarquia de poder e a estrutura social local. Equivoca-se ao pressupor que dispõe do controle da situação.

3) A observação participante supõe a interação pesquisador/pesquisado. As informações que obtém, as respostas que são dadas às suas indagações, dependerão, ao final das contas, do seu comportamento e das relações que desenvolve com o grupo estudado. Uma autoanálise faz-se, portanto, necessária e convém ser inserida na própria história da pesquisa. A presença do pesquisador tem que ser justificada e sua transformação em “nativo” não se verificará, ou seja, por mais que se pense inserido, sobre ele paira sempre a “curiosidade” quando não a desconfiança.

4) Por isso mesmo o pesquisador deve mostrar-se diferente do grupo pesquisado. Seu papel de pessoa de fora terá que ser afirmado e reafirmado. Não deve enganar os outros, nem a si próprio. “Aprendi que as pessoas não esperavam que eu fosse igual a elas. Na realidade estavam interessadas em mim e satisfeitas comigo porque viam que eu era diferente. Abandonei, portanto, meus esforços de imersão total”.



5) Uma observação participante não se faz sem um “Doc”, intermediário que “abre as portas” e dissipa as dúvidas junto às pessoas da localidade. Com o tempo, de informante-chave, passa a colaborador da pesquisa: é com ele que o pesquisador esclarece algumas das incertezas que permanecerão ao longo da investigação. Pode mesmo chegar a influir nas interpretações do pesquisador, desempenhando, além de mediador, a função de “assistente informal”.

6) O pesquisador quase sempre desconhece sua própria imagem junto ao grupo pesquisado. Seus passos durante o trabalho de campo são conhecidos e muitas vezes controlados por membros da população local. O pesquisador é um observador que está sendo todo o tempo observado.

7) A observação participante implica saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. É preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, assim como que perguntas fazer na hora certa. As entrevistas formais são muitas vezes desnecessárias, devendo a coleta de informações não se restringir a isso. Com o tempo os dados podem vir ao pesquisador sem que ele faça qualquer esforço para obtê-los.

8) Desenvolver uma rotina de trabalho é fundamental. O pesquisador não deve recuar em face de um cotidiano que muitas vezes se mostra repetitivo e de dedicação intensa. Mediante notas e manutenção do diário de campo (*field notes*), o pesquisador se autodisciplina a observar e anotar sistematicamente. Sua presença constante contribui, por sua vez, para gerar confiança na população estudada.

9) O pesquisador aprende com os erros que comete durante o trabalho de campo e deve tirar proveito deles, na medida em que os passos em falso fazem parte do aprendizado da pesquisa. Deve, assim, refletir sobre o porquê de uma recusa, o porquê de um desacerto, o porquê de um silêncio.

10) O pesquisador é, em geral, “cobrado”, sendo esperada uma “devolução” dos resultados do seu trabalho. “Para que serve esta pesquisa?” “Que benefícios ela trará para o grupo ou para mim?” Mas só uns poucos consultam e se servem do resultado final da observação. O que fica são as relações de amizade pessoal desenvolvidas ao longo do trabalho de campo

Para Queiroz et al. (2007) o processo de observação participante segue algumas etapas essenciais. Na *primeira* delas, há a aproximação do pesquisador ao grupo social em estudo. Esse é um trabalho longo e difícil, pois o observador precisa trabalhar com as expectativas do grupo, além de se preocupar em destruir alguns bloqueios, como a desconfiança e a reticência do grupo. Nessa fase, é necessário que o pesquisador seja

aceito em seu próprio papel, isto é, como alguém externo, interessado em realizar, juntamente com a população, um estudo. Diante disso, pode-se dizer que a verdadeira inserção implica uma tensão constante do pesquisador em razão do risco de identificação total com a problemática e o conflito de assegurar objetividade na coleta de dados. Já na *segunda* etapa, há o esforço do pesquisador em possuir uma visão de conjunto da comunidade objeto de estudo. Essa etapa pode ser operacionalizada com o auxílio de alguns elementos, como o estudo de documentos oficiais, reconstituição da história do grupo e do local, observação da vida cotidiana, identificação das instituições e formas de atividades econômicas, levantamento de pessoas-chave (conhecidas pelo grupo) e a realização de entrevistas não diretivas com as pessoas que possam ajudar na compreensão da realidade. Os dados devem ser registrados imediatamente no diário de campo, para não haver perda de informações relevantes e detalhadas sobre os dados observados. Caso não seja possível o registro imediato, sugere-se o uso do recurso de filmagens, fotos ou entrevista. Após a coleta dos dados, passa-se à *terceira* fase, na qual é preciso sistematizar e organizar os dados, o que corresponde a uma etapa difícil e delicada. A análise dos dados deve informar ao pesquisador a situação real do grupo e sobre a percepção que este possui de seu estado. Se todas essas etapas forem seguidas adequadamente, pode-se afirmar que o trabalho terá êxito, favorecendo o conhecimento da realidade social, bem como estimulando o crescimento do grupo de estudo por meio da auto-organização e consequente desenvolvimento de ações conscientes e criativas para a mudança social.

Diante disso, iniciei minha imersão no campo da pesquisa a partir da observação participante na intenção de apresentar a proposta da pesquisa e os objetivos, além de me familiarizar com o ambiente do estudo, absorvendo a rotina do local, relações interpessoais, as questões recorrentes do serviço, sejam elas facilitadoras ou impeditivas da fluidez da oferta das ações de saúde, de um modo geral, conhecer a realidade local para depois focar nas equipes de trabalho de fato.

O processo de observação aconteceu durante toda fase do estudo, no entanto, se deu de forma mais aguçada no início da pesquisa, quando a pesquisadora precisava estar mais atenta aos detalhes da rotina para se adaptar ao ambiente e aos participantes do estudo. Observei o fluxo do serviço durante três meses, cinco vezes por semana pelo período da manhã, totalizando aproximadamente 180 horas de acompanhamento, ora das atividades da ESF ora das ações do NASF, além de conversas informais entre os próprios usuários ou destes com a equipe do local.

Os registros foram feitos em um diário de campo baseado no que foi utilizado por Viegas (2010) em sua pesquisa de doutorado sobre integralidade nas ESF'S do Vale do Jequitinhona-MG (ANEXO C) contendo as principais impressões, observações, reflexões, e demais aspectos gerais da pesquisa, que me permitiram conhecer mais a realidade vivenciada pelos serviços de saúde e os diferentes atores que o compõem, fundamentais para o prosseguimento das demais etapas do estudo e avaliação das ações da perspectiva da tríade dobanedina estrutura-processo-resultados, que assim foram categorizadas para serem analisadas e discutidas.

Em seguida à fase inicial da observação participante, ocorreu a aplicação das entrevistas por meio de um protocolo elaborado pelos pesquisadores deste estudo, após ser testado e modificado na fase do projeto piloto.

### **5.3.3 A aplicação das entrevistas**

Após a fase de imersão no campo através da observação participante, ocorreu de fato a realização das entrevistas com os trabalhadores das equipes de saúde. Foram incluídos no estudo todos os sujeitos integrantes da equipe de ESF ou NASF do Parque Amazônia I, que estavam presentes no período da coleta, ou seja, não encontravam-se de férias ou algum tipo de licença, e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

Geralmente, as entrevistas aconteciam ao final do expediente quando os participantes já haviam cumprido suas atividades e encontravam-se mais livres para responder às perguntas, ou então, era combinado o melhor dia e horário para serem realizadas. As entrevistas apresentaram uma média de 20 minutos cada, sendo feitas em uma sala da própria casa família, mas separadamente de modo que mantivesse o sigilo, com a participação somente da pesquisadora e do sujeito a ser entrevistado.

Inicialmente, era feita uma abordagem breve para apresentar a pesquisa de um modo geral, em seguida, o participante realizava a leitura do TCLE, esclarecia suas dúvidas e concedia ou não sua participação assinando o termo. Posteriormente, era preenchido o roteiro sobre o perfil acadêmico e profissional dos sujeitos, e, por fim, era realizada, de fato a entrevista, conforme o roteiro previamente elaborado, testado e adaptado (APÊNDICE C) com a leitura do instrumento pela pesquisadora e gravação das respostas em um aparelho gravador de voz, para posterior transcrição e análise do material.

Todas as falas foram gravadas e transcritas, para serem lidas e categorizadas, conforme a próxima etapa do estudo. O material em áudio foi descartado e as entrevistas foram impressas para facilitar a análise do material, em que cada participante recebeu a nomenclatura “trabalhador” seguido de uma numeração, a fim de diferenciá-los, mas resguardando o sigilo da identidade de cada indivíduo.

## 5.4 ANÁLISE DE DADOS

### 5.4.1 “Quanti” ou “quali”? Os diferentes métodos de pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa

De acordo com Pereira (2001) o dualismo entre abordagens racional e experimental chega aos dias de hoje na oposição entre pesquisas qualitativas e quantitativas. No entanto, nem a primeira está isenta de quantificação nem a segunda prescinde de raciocínio lógico. São sim alternativas metodológicas para a pesquisa, e a denominação qualitativa ou quantitativa não delimita para uma e outra objetos qualitativos e quantitativos, nem tampouco paradigmas científicos distintos. Ambas podem interessar-se por qualquer objeto, a identidade de cada uma expressando-se no campo dos métodos e não dos objetos. O fulcro da suposta disputa entre a abordagem qualitativa (pesquisa qualitativa) e quantitativa (análise de dados) de eventos (objetos) qualitativos prece residir particularmente nos conceitos de mensuração e objetividade. De um lado, a análise de dados qualitativos se desqualificaria por se propor medir o imponderável e, de outro, a pesquisa qualitativa seria desautorizada por seu componente subjetivo.

Para Minayo (2004) frequentemente a discussão relativa aos métodos quantitativos e qualitativos na abordagem do social tem se desenvolvido de forma inadequada. A dicotomia que se estabelece na prática, de um lado, deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números, e de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada. Essa discussão do “quantitativo” versus “qualitativo” tem suas origens nas diferentes formas de perceber a realidade social. Hughes nos avisa que a principal influência do positivismo nas ciências sociais foi a utilização dos termos de tipo matemático para a compreensão da realidade e a linguagem de variáveis para especificar atributos e qualidades do objeto de investigação. Os fundamentos da pesquisa quantitativa nas ciências sociais são os próprios princípios positivistas clássicos segundo os quais: (a) o mundo social opera de acordo com leis

causais; (b) o alicerce da ciência é a observação sensorial; (c) a realidade consiste em estruturas e instituições identificáveis enquanto dados brutos por um lado, crenças e valores por outro. Estas duas ordens são correlacionadas para fornecer generalizações e regularidades; (d) o que é real são os dados brutos considerados dados objetivos, valores e crenças são realidades subjetivas que só podem ser compreendidas através dos dados brutos.

Neste contexto, Mercado-Martínez (2004) afirma que a pesquisa qualitativa constitui um campo no qual é possível visualizar, a cada dia mais intensamente, o interesse pela exploração dos fenômenos sanitários e dos serviços de saúde. Dos múltiplos temas inseridos nesse contexto, a análise dos dados é um dos que despertam a crescente atenção de administradores, acadêmicos e pesquisadores envolvidos na avaliação e realização de estudos qualitativos na área da saúde. Esta preocupação data de período recente, pois essa temática, quando não ignorada, tradicionalmente não recebia tratamento à altura de sua relevância, já que os métodos quantitativos dominavam e constituíam as irrefutáveis estratégias no terreno da análise dos dados.

Diante disso, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Não existe “continuum” entre “qualitativo-quantitativo”, em que o primeiro termo seria o lugar da “intuição”, da “exploração” e do “subjetivismo”; e o segundo representaria o espaço do científico, porque traduzido “objetivamente” e em “dados matemáticos”. A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado, não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. (DESLANDES, 1994).

Atualmente existe ainda a discussão por uma nova opção que se trata da triangulação de métodos, caracterizada por ser como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos

pesquisadores ou a visão de mundo dos informantes da pesquisa utilizados de modo articulado no estudo empreendido pelos autores. O uso da triangulação exige, também, a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo. (GARNELO, 2006)

No entanto, para a presente pesquisa decidimos por optar pela abordagem qualitativa, justamente por se tratar de um estudo cuja preocupação volta-se para uma dimensão mais subjetiva do universo pesquisado, no qual as concepções, opiniões, impressões e reflexões fazem-se soberanas na busca pelo conhecimento da realidade estudada, os processos de trabalho e rotina do serviço, de um modo geral, focado no discurso dos indivíduos participantes e acompanhamento das ações elaboradas, organizadas e executadas por estes.

#### **5.4.2 A análise de conteúdo: a escolha das categorias de análise das entrevistas**

No universo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados, deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (corpus), tal fato se deve, invariavelmente, à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística. Um método muito utilizado na análise de dados qualitativos é o de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. (CAMPOS, 2004)

De acordo com Bardin (2011) a análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos cronológicos:

- 1) A pré-análise: é a fase da organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível (quer dizer, que permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise), deve, no entanto, ser preciso. Geralmente, esta

primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final;

2) A exploração do material: se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas por computador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (análise fatorial) permitem estabelecer quadros de resultados, digramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos – ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

No estudo de Viegas (2010) feito com trabalhadores de equipes de ESF de Minas Gerais, houve acompanhamento por observação direta bem como aplicação de entrevistas, também utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, em que a pré-análise caracterizou-se pela organização das informações do diário de campo e das entrevistas submetido à leitura flutuante com posterior recorte do texto em suas partes para categorização e classificação com vistas à decodificação do significado e estabelecimento das unidades de registro; seguida da categorização baseada no critério semântico, ou seja, da significação com base nas inferências; e, por fim, os resultados foram processados conforme os objetivos previstos ou os referentes a novos achados na pesquisa e discussão com a literatura existente.

Diante disso, na presente pesquisa, à semelhança do estudo de Viegas (2010), após organização do material, com a transcrição e impressão das entrevistas somado às informações contidas no diário de campo; e leitura exaustiva deste, foram eleitas as categorias de análise a partir das principais ideias expressas nas falas dos participantes, ficando assim divididas: 1) “O trabalhador da equipe de saúde da Atenção Primária (ESF+NASF): Quem é este personagem no contexto do SUS?”, trazendo uma breve caracterização dos sujeitos da pesquisa, do ponto de vista da formação acadêmica e

profissional, acompanhada de algumas reflexões acerca das práticas profissionais à luz da formação acadêmica; 2) Pensando o trabalho em equipe na saúde, buscando o conhecimento dos trabalhadores da atenção primária (ESF+NASF) acerca da integralidade e trabalho em equipe multiprofissional, subdividido nas categorias “o que é integralidade?” “o que é ser multi?” e “como ocorre a relação entre esses termos?”; 3) Construindo o trabalho em equipe na saúde, abordando a experiência do que é “ser multi” no dia-a-dia das equipes de saúde da atenção primária (ESF+NASF), também subdividido nas categorias “o trabalho em equipe na estratégia”, o trabalho em equipe no NASF”; 4) Fazendo o trabalho em equipe na saúde: reflexões sobre a premissa da multiprofissionalidade, discutindo o trabalho em equipe sob a perspectiva da ética e da moral à luz da ética deontológica e dos princípios da bioética; 5) “Por que é dificultoso?”, abordando os principais conflitos, dilemas e a complexidade do trabalho em equipe; 6) “O que há de bom...”, trazendo os aspectos positivos do universo da multiprofissionalidade; 7) “Como pode ser melhor?”, com sugestões de melhoria do serviço na visão dos profissionais; e, por fim, 8) Vivenciando o trabalho em equipe na saúde: observações, impressões, reflexões e relatos da pesquisadora, a partir do acompanhamento diário da rotina e atividades diversas das equipes de saúde, à luz da perspectiva avaliativa do serviço de saúde, este último tópico elaborado a partir das informações contidas no diário de campo da pesquisadora.

As categorias acima descritas são abordadas conforme a divisão citada, ilustradas com as falas dos próprios trabalhadores e confrontadas com a literatura pertinente relativa ao tema, comparando-se os resultados aos demais estudos e opiniões dos principais especialistas do assunto, compondo assim o tópico “resultados e discussão” a seguir apresentado.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.4 “O TRABALHADOR DA EQUIPE DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ESF+NASF): QUEM É ESTE PERSONAGEM NO CONTEXTO DO SUS?”**

#### **6.4.1 Uma breve caracterização dos sujeitos da pesquisa, do ponto de vista da formação acadêmica e profissional, acompanhada de algumas reflexões acerca das práticas profissionais à luz da formação acadêmica.**



Neste tópico pretendo realizar uma breve discussão acerca do perfil acadêmico e profissional dos trabalhadores entrevistados, para que possamos, a partir disto, debater a questão da formação e capacitação dos profissionais para atuar na APS. A tabela abaixo mostra alguns resultados encontrados.

**Tabela 1:** Caracterização dos trabalhadores que compõem ESF e Parque Amazônia I e NASF TERRA FIRME do Distrito DAGUA de Belém-Pará do ano de 2015.

Variável	Número (n= 14)	%
Sexo		
Feminino	10	71,43%
Masculino	4	28,57%
Idade (faixa etária)		
20 – 30	3	21,43%
30 – 40	7	50,00%
40 – 50	4	28,57%
Formação Profissional		
Nível Médio	1	7,14%
Nível Técnico	2	14,28%
Nível Superior Incompleto	2	14,28%
Nível Superior Completo	9	64,30%
Possui pós-graduação?		
Sim	5	35,71%
Não	9	64,29%
Participa(ou) de capacitações, cursos, oficinas...		
Sim	13	92,85%
Não	1	7,15%

**FONTE:** PRÓPRIO TRABALHO

Em relação ao sexo, foi predominante o feminino (71,43%) na faixa etária entre trinta a quarenta anos (50,00%) com média de idade igual à 36,85 anos, sendo a idade mínima apresentada vinte e seis anos e a máxima cinquenta e quatro anos, tratando-se, portanto, de uma equipe basicamente composta por pessoas jovens. No que se refere à formação profissional: apenas uma pessoa possuía ensino médio completo (7,14%), duas pessoas possuíam nível técnico (14,28% técnico em Enfermagem), duas apresentaram nível superior incompleto em andamento (14,28% Serviço Social) e nove (64,30%) apontaram nível superior

completo nas categorias Medicina, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Licenciatura plena em Educação Física, Assistente Social, ou seja, conforme as categorias preconizadas pelo Ministério da Saúde para compor as equipes de ESF e NASF.

Na pesquisa de Marqui et al. (2010) observou-se com relação à caracterização das equipes de ESF, a faixa etária predominante dos profissionais de 19 a 30 anos (38,1%), o que demonstra uma representação jovem dos profissionais que atuam na ESF, assim como os achados do presente estudo. Também foi observada uma formação profissional recente, que variou de 1 a 5 anos. Essas características podem contribuir para a consolidação da Estratégia, tendo em vista as possibilidades de mudança apontadas pelas novas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde. O fato de encontrar uma formação profissional recente entre os participantes da pesquisa coloca em questão as características do ensino, as expectativas do exercício profissional dos egressos e as políticas do trabalho em saúde, sendo estas, as principais fontes que respaldam as ações dos trabalhadores em saúde.

No estudo de Roecker, Budó e Marcon (2012) dos vinte enfermeiros que integraram o estudo, identificou-se que a grande maioria era do sexo feminino (19), doze se encontravam na faixa etária de 22 a 30 anos e os demais (8) na faixa etária de 31 a 45 anos. Do total, doze eram casados, seis solteiros, um em união consensual e um divorciado. Onze dos entrevistados não possuíam filhos e os demais tinham um (4) ou dois (5) filhos. No que se refere à formação profissional, a maior parte (13) se graduou em universidades públicas. O tempo de formação variou entre 5 e 20 anos (13) de conclusão, enquanto sete deles tinham se formado mais recentemente, entre um e quatro anos. Identificou-se que a grande maioria (19) cursou pós-graduação lato sensu, em que se observaram áreas distintas, com predomínio em Saúde Pública (12). Ao questioná-los sobre a abordagem do tema educação em saúde na pós-graduação, grande parte (15) respondeu que houve abordagem, enquanto quatro disseram que o tema não foi mencionado durante o curso.

No que diz respeito ao tempo de atuação no serviço estudado, a média encontrada entre os profissionais foi de 38,85 meses, cujo tempo mínimo encontrado foi de dois meses e o máximo cento e sessenta e oito meses (ou quatorze anos). Os profissionais da ESF apresentaram variações maiores no tempo de permanência nas equipes em relação aos componentes do NASF, que apresentaram uma constância maior até mesmo pela, relativamente, recente contratação da equipe (média de quinze meses).

Na pesquisa de Roecker, Budó e Marcon (2012) o tempo de atuação na presente unidade variou de cinco meses a oito anos. Em relação às condições de trabalho, 17 eram

concurados e apenas três eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dos vinte enfermeiros, apenas dois possuíam mais de um vínculo empregatício, um atuava concomitantemente na docência e outro na assistência hospitalar. A renda familiar mensal apresentou um predomínio (11) de seis a nove salários mínimos, de três a cinco salários (5) e renda superior a 10 salários mínimos (4), ao passo que a maioria (17) possuía de dois a cinco dependentes dessa renda.

Para alguns participantes do estudo e estudiosos da área o processo de seleção dos trabalhadores que irão compor as equipes de saúde da ESF/NASF, bem como a rotatividade dos profissionais, constituem empecilhos ao processo de trabalho na APS. Primeiramente, porque sob certas circunstâncias a escolha dos componentes assume um caráter muito mais político do que de fato reflete um adequado perfil para se trabalhar neste contexto, como aponta a fala do trabalhador 13:

Eu acho que a gente deveria trabalhar com profissionais realmente capacitados, não profissionais indicados politicamente, porque muitas vezes você tá num local você é mais qualificado que o outro, mas você vai “tá” naquela vaga porque você tem um aparelhamento político, então muitas vezes o serviço, não só do SUS mas em qualquer outro lugar, ele não funciona por conta disso, eles não querem um profissional... eles tem... é porque cada um tem uma vaga específica pra completar, então o político vem “esse vai ficar aqui” nem é tão capacitado e nem vai desenvolver o trabalho como deveria ser, então creio que... se acabasse esse negócio... política, a gente trabalharia muito melhor.

Em segundo lugar, a rotatividade dos trabalhadores implica, algumas vezes, na não continuidade do projeto de ação das equipes quando, a partir do momento em que ocorre a substituição dos profissionais, as atividades anteriormente acordadas não são seguidas, demandando um período de tempo até que a nova equipe conheça e estabeleça vínculo entre si e a própria comunidade, para, de posse disto, elaborar novo plano terapêutico e ações gerais para a população.

Quando questionados a respeito da qualificação profissional por meio da pós-graduação, os participantes do presente estudo demonstraram que 64,29% não possuíam qualquer tipo de pós-graduação seja ela na qualidade de especialização, mestrado, doutorado ou qualquer outra que se enquadre nesta categoria, e apenas 35, 71% disseram possuir este tipo de formação, dentre as quais foram citadas: Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Mestrado em Doenças Tropicais, Reeducação Postural Global (RPG), Pilates, Audiologia, Área hospitalar, Perito em Saúde Mental, Justiça e Crime e Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura). Observamos aqui o fato de apenas um dos componentes da equipe possuir uma formação mais voltada para atuação na APS, considerando-se ainda uma baixa representatividade tendo em vista os demais trabalhadores, que apesar de apresentarem um

aperfeiçoamento em determinada área de conhecimento, não estão diretamente ligadas a este nível de atenção.

Em relação às capacitações, 92,85% dos participantes (treze trabalhadores) relataram que participam constantemente deste tipo de aperfeiçoamento e apenas 7,15% (um componente) ainda não participou em virtude da sua recente contratação no serviço (dois meses), o que demonstra que estes profissionais estão frequentemente se atualizando para atuar no serviço. As mais citadas foram: desenvolvimento infantil, hanseníase, elaboração de projetos, tuberculose, formação em NASF, humanização, resíduos sólidos, hipertensão, drogas, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), vacinação, leptospirose, caminhos do cuidador, Proame, dentre outras.

No que se refere à frequência de participação nestas capacitações: três participam mensalmente, três relataram uma frequência semestral, um participa três vezes ao ano, dois participam a cada três meses, um a cada quatro meses, um relatou frequência anual, e um ainda não participou em virtude da recente contratação como já foi dito anteriormente.

Os resultados relacionados à capacitação demonstra uma preocupação frequente, por parte dos profissionais em se manter atualizados e em constante estudo para oferecer um serviço de qualidade à população, bem como dos gestores em ofertar este tipo de qualificação para capacitar cada vez mais estes trabalhadores. Observamos uma frequência relativamente alta da oferta destes cursos e chamamos atenção também para as mais diversificadas áreas e fases da vida, o que condiz plenamente com a realidade da APS, que lida diariamente com as mais diversas situações de saúde em um público bastante diversificado também, como nos mostra a fala do trabalhador 9:

Bom, eu acho que também é... qualificar, cada vez mais um trabalho de qualificação profissional, porque a área da saúde é uma área que a gente tem que "tá" sempre, como a maioria dos profissionais, estar sempre estudando, sempre se aperfeiçoando, sempre buscando se aprimorar cada vez mais, eu acho que esse trabalho de qualificação, capacitação dos profissionais é importante (...)

De um modo geral, precisamos conhecer o perfil dos nossos profissionais atuantes na ESF/NASF e como eles estão preparados para atuar na atenção primária, para que possamos (re)pensar a questão da formação destes profissionais e, desta forma, trilhar caminhos úteis, coerentes e factíveis desde a graduação que desperte o interesse por esta área e qualifique os egressos para agir de acordo com as necessidades da população.

Neste sentido, Marqui et al. discute que tematizar a formação profissional é importante para entender o contexto das práticas em saúde, tendo em vista a marca histórica deixada pelo ensino centrado nos conteúdos biomédicos e a tentativa atual das instituições formadoras para

colocar em ação as indicações das novas Diretrizes Curriculares. O ensino em saúde vem adequando sua estrutura de formação na medida em que aproxima os estudantes antecipadamente ao exercício pré-profissional por intermédio das atividades realizadas extraclasse. A partir dessa oportunidade o profissional em formação pode conhecer e discutir a conjuntura atual das políticas públicas de saúde, entre elas a Política Nacional da Atenção Básica com foco na Saúde da Família. Os cursos de graduação, em sua maioria, têm uma formação generalista, o que possibilita ao estudante desenvolver competências e habilidades para intervir nas mais variadas situações dentro do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades.

Nesta perspectiva, Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) afirma que são muitos os desafios para a consolidação do SUS, desde a sua criação. Entre as principais dificuldades está a preocupação com a formação de profissionais para atuar de acordo com seus princípios ético-políticos. Nos últimos anos, o que se tem observado, na maioria dos cursos que formam esses profissionais, é uma concepção de ensino desvinculada da prática reflexiva cotidiana das diversas profissões que compõem o campo da Saúde, resultando em um perfil profissional muitas vezes incompatível com as demandas apresentadas pelos serviços e pela sociedade. As propostas de reformulação na formação de profissionais de saúde, orientadas pelas diretrizes curriculares e respaldadas por políticas públicas que estimulam esse processo, têm o intuito de superar algumas dessas questões.

Lembrando que o início deste debate se dá, de acordo com Silveira e Pinheiro (2010) a partir das tensões provocadas pelas mudanças significativas do sistema de saúde advindas da Reforma Sanitária, que tornou-se imperativa na transformação dos aparelhos formativos, sob pena de termos uma nova estrutura com a mesma forma de agir. É importante reconhecer, portanto, que o processo de mudança não decorreu somente da necessidade imposta pela estrutura, mas o modelo biomédico já dava sinais de esgotamento, ao não conseguir responder adequadamente às necessidades de saúde, sobretudo aquelas emergentes de um processo de envelhecimento populacional, industrialização e urbanização das cidades. Com isso, diversas iniciativas isoladas de mudanças nas práticas e seu reflexo no ensino emergiam desde a década de 70. Embora importantes para esta análise (e ainda são) hegemônicos os processos formativos nos moldes do modelo flexneriano, caracterizado por dicotomia entre teoria e prática, refletindo na separação dos ciclos básico e clínico. O primeiro com ênfase na biologia, na análise do corpo humano estático (morto) e em sua normalidade, e o segundo centrado no estudo das doenças, seu diagnóstico e tratamento. A pessoa e a perspectiva do cuidado ficam em segundo plano.

Dittz et al. (2010) nos mostram que o cuidado demanda um ação profissional comprometida com as repercussões na vida dos indivíduos, recompondo competências relações e implicações. Esse entendimento evoca dois aspectos que merecem ser destacados: a participação de diferentes atores no processo de cuidado e a produção do cuidado a partir de uma relação estabelecida entre os envolvidos. Para atingir tal objetivo, é preciso assumir a necessidade de romper com uma atuação circunscrita por saberes disciplinares e tomar a educação permanente em saúde como um favorecedor desse processo, um dos desafios enfrentados diz respeito à construção de uma prática na qual outras disciplinas, além daquelas específicas de cada uma das profissões, tenham significado para a ação dos profissionais. Para tal, os serviços de saúde devem se constituir em espaços formadores onde as situações concretas de cuidado sejam o substrato para a significação dos saberes e práticas, identificando aqueles que são comuns a todos e os específicos de cada uma das profissões.

Entenda-se aqui o termo “cuidado”, numa perspectiva heideggeriana, como a designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (AYRES, 2004)

Diante disso, Dittz et al (2010) afirma que as estratégias de problematização do cuidado no contexto das práticas, provoca resistência nos alunos que, tendo como referência o que experimentaram na graduação, alimentam expectativa de um aprendizado da prática, circunscrito à aquisição de habilidades técnicas, voltado para a realização de procedimentos, adequado à pedagogia da transmissão. Na tentativa de superar tais concepções, a autora destaca algumas experiências como o Curso de Especialização Multiprofissional em Neonatologia do Hospital Sofia Feldman, especializado na atenção à saúde da mulher no ciclo grávido puerperal e ao recém-nascido, como forma de superar a dicotomia entre teoria e prática e, assim, fazer com que a teorização aconteça a partir da reflexão sobre a prática que se desenvolve com base na teoria que a sustenta.

Neste contexto, Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) destacam a formação orientada pela construção do cuidado é entendida como “entre-relações” das pessoas, ou seja, ação integral como efeito e repercussão de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que é traduzida em atitudes como: tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. A produção do cuidado traduz-se também na escolha ética e política das tecnologias a serem utilizadas na resolução dos problemas, organizam-se a partir do trabalho em equipes de saúde.

Partindo desse pressuposto, estes mesmos autores ressaltam a experiência do “Aprender SUS – o SUS e os cursos de graduação da área da saúde”, como uma parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, no ano de 2004, com objetivo de fortalecer as relações entre as instituições de formação e o SUS, por meio da implementação das diretrizes curriculares nacionais e da adoção da integralidade como eixo orientador dos processos de formação. Com destaque para as ações do Pró-Saúde, estruturado no ano de 2005 no intuito de reorientar os cursos de graduação na área da saúde, de modo a oferecer à sociedade, profissionais habilitados para responder às necessidades da população e à operacionalização do SUS, o estabelecimento de mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as instituições de educação superior, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e à integração da rede à formação dos profissionais na graduação e na educação permanente. Ressalta ainda o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) como modelo de educação pelo trabalho, orientado pela lógica da integração ensino-serviço-comunidade, onde atuam grupos tutoriais formados por tutores acadêmicos, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. (OLIVEIRA, FERNANDEZ e KOIFMAN, 2010)

De acordo com Dittz et al (2010) para o desenvolvimento da formação que tenha os profissionais do serviço como potenciais docentes, tem-se a demanda de um investimento institucional na qualificação desses trabalhadores, tanto para a assistência quanto para atuarem em atividades de ensino e pesquisa. Nesse empreendimento, faz-se necessário incluir todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. Sendo assim, as estratégias de educação permanente em saúde devem persistir e serem propostas visando à qualificação do cuidado, mas em primeiro lugar com o desafio de contribuir com a mudança da formação dos profissionais da saúde, redirecionando o olhar do trabalho autônomo e isolado para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e a visão individualizada do usuário como paciente para uma abordagem de sujeito, cidadão no seu contexto familiar e social.

Fundamentalmente, o papel das capacitações, residências e cursos no geral de formação e qualificação dos profissionais assume uma dimensão especial no sentido de preparar os trabalhadores a atuar na atenção primária, voltando-se para o verdadeiro cuidado em saúde, considerando o sujeito em toda sua totalidade, a partir do somatório de olhares que se complementam na prática multiprofissional. Mais do que isso, é necessário ainda nos voltarmos para os futuros egressos que virão adentrar estes espaços, para que sua compreensão do SUS, enquanto conquista social e política de saúde, os faça “abraçar” de fato

os princípios e diretrizes, colocando-os em prática respeitando as necessidades dos cidadãos e conscientes dos desafios a serem superados.

Nesta perspectiva, Nogueira (2010) ressalta outra experiência nesta discussão sobre formação em saúde, que nos reporta a dois relatos sobre as racionalidades médicas, enquanto ferramentas de debate sobre os fundamentos epistemológicos dos saberes e práticas. O primeiro refere-se à disciplina Paradigmas em saúde na Contemporaneidade, oferecida aos alunos do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF), que viabiliza o conhecimento de novas abordagens sobre o adoecimento humano, os fundamentos de diversos paradigmas em saúde e a problematização da sua convivência na contemporaneidade. O segundo ligado à Escola Médica da UFF, que desenvolveu um processo de mudança curricular desde 1992, implementado em 1994; no qual o novo currículo ampliou a participação dos estudantes nas atividades práticas durante toda a graduação e introduziu cenários diversificados de aprendizagem. No Programa Prático-Conceitual da grade curricular, destaca-se como inovação a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado (TCS) em que durante o primeiro ano de formação, em TCS, os alunos, em grupo de 10 a 12, visitam diversos espaços e instituições supervisionados por um preceptor.

Tais exemplos demonstram que ao construir um olhar de profundidade sobre o corpo humano, a racionalidade biomédica desencadeou um desenvolvimento tecnológico sem precedentes e tornou-se hegemônica, apesar da fragmentação e redução do Sujeito. As racionalidades médicas vitalistas, por outro lado, viabilizam a ampliação do olhar do terapeuta para outras dimensões presentes no adoecimento, com a inclusão da subjetividade na prática clínica, permitindo assim que o Sujeito possa ser visto. O resgate da subjetividade pode ser um caminho para a integralidade do cuidado em saúde. (NOGUEIRA, 2010)

Outra pesquisa realizada por Silveira e Pinheiro (2010) que investigou 19 artigos que discutiam o tema da formação em saúde, demonstrou que o teor dos relatos diziam respeito a três aspectos representativos de inovações nos currículos de medicina: a integração entre disciplinas que rompe com as “caixas” disciplinares que privilegiam o especialismo, reforçando estruturas de poder e hegemonia na formação; o desenvolvimento de habilidades e atitudes, que avançam ao ensino baseado unicamente em desenvolvimento cognitivo; e novas práticas pedagógicas, que diversificam as técnicas de ensino-aprendizagem, privilegiando o desenvolvimento amplo das competências por parte dos estudantes. Além disso, a integração entre as disciplinas parte da insuficiência de um modelo fragmentado de organização curricular e aponta para a necessidade de convergência de conteúdos e práticas, tornando o aproveitamento do ensino ao mesmo tempo racional e significativo. As experiências ressaltam



a importância de se resgatar a “dimensão humanística da medicina”. Os autores colocam que as disciplinas que trabalham os conteúdos das áreas das ciências humanas, como Psicologia, Antropologia e Sociologia, geralmente não são valorizadas pelos estudantes, por serem propriamente integrantes da área da medicina.

Talvez isto esteja relacionado à ideia de Guizardi e Cavalcanti (2010) cuja essência mostra que na modernidade, as lentes míopes da ciência positivista procuraram dissecar a vida aprisionando-a em campos disciplinares, dividindo a experiência humana em âmbitos artificialmente segregados. A partir delas pensou-se ser possível esquadrihar o humano em fronteiras sociais, biológicas, psicológicas, culturais, políticas, econômicas etc. Para os homens e mulheres comuns, entretanto, a vida, a saúde, o sofrimento, permanecem sendo necessariamente experiências integrais, nas quais, dificilmente, quaisquer destes âmbitos podem ser separados. A aflição e a angústia de uma mulher que deixa seus filhos pequenos sozinhos em casa para ir ao trabalho, e que vive o drama cotidiano do conflito policial e do tráfico, das intensas condições de precariedade e de renda ínfima, podem até ser enquadrados como hipertensão quando ela recorre em determinado momento de sua vida a um pronto-socorro. Mas este “diagnóstico” apenas para o profissional de saúde pode fazer sentido nos contornos ofertados pela Classificação Internacional de Doenças (CID). Tampouco para ela fará sentido como uma estatística econômica, ou como descrição sociológica das periferias brasileiras. Para aquela mulher, trata-se das dificuldades, da dor e do sofrimento vividos cotidianamente – enfim, dor e sofrimento que falam de suas condições de vida. Justamente por isso, o tema da integralidade produz ressonância quando interpela a experiência, permitindo desfazer os enquadramentos que forjam os aparatos de compreensão disciplinares, e dos quais mesmo as perspectivas críticas da modernidade tiveram dificuldade de escapar. Tais lentes, que funcionam como estreitas molduras cognitivas, frequentemente produzem o silenciamento das experiências cotidianas, atuando como recurso de redução do outro à condição de objeto de intervenção, e não sujeito de relação.

Outra situação é apontada por Almeida e Pinheiro (2010) em seu estudo sobre câncer de mama, que é uma condição cada vez mais frequente e preocupante no público feminino. Segundo as autoras o atendimento prestado às mulheres com câncer de mama está muito distante do princípio da integralidade, que nos orienta e que elegemos como bandeira de luta, não fornecendo as respostas necessárias para um cuidado pautado na garantia de direitos e valores relacionados à defesa da vida humana. Dentre outros fatores, destaca-se que ainda na atenção básica à saúde, compreende-se como imprescindível a qualificação da equipe de saúde, no que diz respeito à abordagem das mulheres no controle de câncer de mama, com

destaque às práticas de palpação de mama realizadas pelos enfermeiros e médicos, que não são valorizadas e/ou efetuadas nesse nível de cuidado. No que concerne ainda aos serviços de saúde, constatou-se uma falta de apreensão pelo SUS de uma série de necessidades das mulheres com câncer de mama, tendo em vista a lógica da atenção organizada em torno do cuidado biomédico, ficando as demandas psicossociais sem resposta pelo sistema. Sendo assim, aponta-se como ponto essencial na organização do atendimento a incorporação de equipe multiprofissional e o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, capazes de minimizar os efeitos e repercussões físicas e psicossociais associadas ao processo de adoecimento.

Relacionada aos profissionais de saúde, foi denunciada nas falas das mulheres a falta de diversos atributos de integralidade em suas práticas. Poucos formam os encontros entre os técnicos e essas usuárias em que percebemos a presença de cuidado, afeto, diálogo e escuta, ou mesmo preocupação em querer conhecê-las ou reconhece-las como sujeitos portadores de desejos, sonhos e projetos. Se existia preocupação por parte desses, ela estava centrada na doença e no corpo. Desta forma, ética do cuidado, acolhimento, vínculo, atendimento humanizado e responsabilização são temas e valores que precisam ser perseguidos na organização dessas práticas de saúde e que devem nortear a escolha, a qualificação e a avaliação dos trabalhadores envolvidos com o respectivo cuidado. Temos claro que a formação médica ainda é fortemente marcada pela abordagem na doença e não nos sujeitos. Nesse sentido, é estratégica a adoção de processos de educação permanente no interior do SUS visando à superação dessas debilidades decorrentes dos processos formativos. (ALMEIDA e PINHEIRO, 2010)

Outro exemplo interessante neste contexto pela busca da integralidade das ações de saúde a partir da qualificação dos profissionais faz referência à Política de Saúde Indígena, que prevê a oferta de atenção diferenciada e adaptada às singularidades culturais da população a ser atendida. Neste caso, é necessário considerar certos aspectos internos dessas culturas, tais como suas cosmologias, organização social baseada no parentesco e língua mãe distinta da língua portuguesa. A essas dimensões da vida se associam uma história de exclusão social e violência que data do início da colonização. Diante disso, alguns aspectos devem ser considerados nessa discussão: o primeiro seria a necessidade de os profissionais relativizarem a visão da biomedicina sobre o processo saúde-doença, elegendo o contexto sociocultural como elemento fundamental na compreensão dessa dinâmica. Assim, os profissionais de saúde precisariam se apropriar das noções sobre doença e cura das populações indígenas, as quais são congruentes com sua visão de mundo e sistemas cognitivos, operando por padrões

lógicos muito distintos daqueles priorizados nos enfoques biomédicos. (PONTES e GARNELO, 2010)

Um outro aspecto, seria a necessidade de aproximação com o método antropológico, para melhor ouvir e compreender as narrativas dos povos indígenas. Ou seja, é necessário que os profissionais de saúde conheçam os modos de vida e as formas de autoatenção das pessoas que atendem e que valorizam as vivências e explicações dos usuários sobre seu adoecimento. Ou seja, para lidar com modos de vida distintos daqueles produzidos pela cultura hegemônica, os profissionais de saúde precisariam incorporar novos modelos explicativos, mais amplos e complexos, dos processos saúde/enfermidade/cuidado, superando a limitada abordagem monodisciplinar e etnocêntrica, que costuma orientar as práticas sanitárias no SUS. Por outro lado, de um modo geral, a construção do modelo de atenção à saúde indígena nos impulsiona rumo à superação das formas reducionistas de compreender e discutir as políticas de saúde. Assim, ao ampliar o horizonte de problemas a serem tratados pela política, nos aproximamos da imagem-objetivo da integralidade. Além disso, a atenção diferenciada é uma ferramenta que pode contribuir para a construção da integralidade no SUS, ainda que seja um tema pouco explorado na literatura, ele se reveste de importância, por evidenciar a necessidade de entendermos as articulações que se dão entre o sistema oficial de saúde e os demais sistemas terapêuticos adotados pela população (seja indígena ou não). Ela também permite demonstrar a amplitude e importância das práticas de autoatenção como via autônoma de acesso à cura e cuidados pela população. A partir desse enfoque, poderemos avançar mais no entendimento da relação entre os discursos e práticas dos usuários e dos profissionais de saúde, de modo a ampliar o escopo da noção de necessidades de saúde e aprimorar a construção da integralidade da atenção. (PONTES e GARNELO, 2010)

Observamos que muitos são os desafios, seja da ordem da formação profissional seja das próprias práticas dos profissionais no dia a dia dos serviços, em todo caso, as experiências acima relatadas demonstram que existem caminhos possíveis na busca da superação dos desafios do sistema e na consolidação de um modelo de saúde mais integral e resolutivo para os problemas e demandas em saúde pela população. A educação permanente e as mudanças na grade curricular dos cursos de graduação em saúde parecem ser um caminho coerente e factível na aquisição de uma nova mentalidade em saúde.

Nesta perspectiva, Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) afirmam que a formação o ensino em saúde é estruturado a partir de diversos saberes, incluindo aqueles produzidos no cotidiano das práticas profissionais, nas relações político-sociais e nas experiências dos sujeitos inseridos neste campo. A valorização das experiências práticas significativas, durante

a formação do profissional de saúde, pode contribuir para a criação de diferentes espaços de ensino-aprendizagem, durante o processo de formação, orientados por uma construção dialógica entre mundo do trabalho e o da formação, como parte do processo de transformação. Porém, essa valorização dos saberes da prática não se constrói de forma simples e automática. Requer diversas estratégias e planejamentos para sua mobilização pelo conjunto de docentes.

Para além disto, Silva e Barros (2010) apontam que uma sociedade cuidadora se faz na medida em que nos lançamos ao desafio de construir práticas (no dia a dia dos serviços ou durante o processo de formação) que fortalecem a vida que se faz entre os humanos, ou seja, a partir de um *ethos* (entendido aqui como o modo como o homem organiza sua vida) que toma o enlace das existências como estratégia cotidiana de luta. Luta que se efetiva habitando paradoxos e não desejando o uno, o igual. Um cuidado tecido na solidariedade gerada pelo diverso e pela indignação com relação às práticas em saúde que buscam esquadriñar as formas de existência.

## 6.2 PENSANDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ESF+NASF) ACERCA DA INTEGRALIDADE E TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

### 6.2.1 O que é integralidade?

Quando interrogados a respeito do que representa o termo “integralidade” no contexto do SUS, a maioria dos entrevistados relacionou este princípio à visão integral do ser humano, como ilustra a fala do trabalhador 1:

Atendimento universal, atendendo a pessoa na sua integridade física, mental e social. (Trabalhador 1)

Mas também mencionou-se a questão da integralidade na perspectiva da articulação dos serviços, conforme observamos na fala do trabalhador 4:

Integralidade... a integralidade do SUS é a unificação, é a parceria das ESF's com as UBS's, até chegar no nível máximo que são os hospitais, isso que acho que é agrupação que é integralidade. (Trabalhador 4)

Ambas as opiniões dos profissionais acima citadas demonstram haver um conhecimento a respeito do tema abordado, ainda que de forma reducionista, tendo em vista ser a integralidade um princípio ético-normativo bastante complexo dentro da abordagem teórica e da literatura, que permite diferentes interpretações dependendo do contexto ao qual é

aplicada, sendo também amplamente aplicada na própria legislação do SUS e nas práticas dos serviços de saúde.

De acordo com Mattos (2009) a integralidade poderia ser tida, numa primeira aproximação, como uma das diretrizes básicas do SUS, instituída pela Constituição de 1988, no qual o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Mas o termo *integralidade* tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

Para este mesmo autor alguns sentidos podem ser atribuídos ao termo. O primeiro deles estaria relacionado à integralidade como um traço da boa medicina, ou seja, não deixar de lado todo o caudal de conhecimento sobre as doenças que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos, mas sim fazer uso desse conhecimento de forma prudente, sobretudo guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que tratamos. (MATTOS, 2009)

A atitude de um médico que, diante de um paciente, busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde como as relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco, ilustra um sentido de integralidade profundamente ligado aos ideais da medicina integral. Sentido que pode ser facilmente estendido para além das técnicas de prevenção. A abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar – como a simples necessidade da conversa – também ilustra a integralidade. Podemos facilmente reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença, ou à perspectiva, de evitar tal sofrimento. Buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido da integralidade. Este sentido da integralidade apresentado por Mattos (2009) corrobora bem a opinião emitida pelo trabalhador 1, na medida em que discute o princípio sob a óptica da abordagem do “ser humano como um todo”, isto é, a necessidade de enxergar o usuário inserido no seu contexto social, com suas necessidades, dores e sofrimentos e tudo aquilo que contempla o complexo campo da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Ainda de acordo com Mattos (2009) uma outra interpretação do termo estaria relacionada à integralidade como modo de organizar as práticas, em que não é aceitável que os serviços de

saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. Esta ideia ratifica bem a fala do trabalhador 4, tomando por base o sentido de integralidade como uma forma de articulação dos serviços da rede para garantir acesso e resolutividade frente às questões de saúde dos cidadãos-usuários.

Entenda-se aqui o conceito de acesso na perspectiva da acessibilidade trazida por Donabedian, que segundo Travassos e Martins (2004) o definem como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Por outro lado, para Turrini et al. (2008) a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e sócio-econômicos da clientela, entre outros.

Um outro conjunto de sentidos do princípio de integralidade é relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas de políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Poderíamos falar que esse terceiro conjunto de sentidos da integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. (Mattos, 2009)

Essa última ideia apresentada por Mattos é mais raramente relacionada ao conceito de integralidade por parte dos profissionais. No entanto, o trabalhador 12 expressou bem esse pensamento como mostra sua fala:

Bom a integralidade pelo que eu entendo ela tem alguns níveis assim; então o primeiro que eu entendo é que quando a gente recebe uma demanda, a gente tem que entender todo todo... tudo que compõe o ser humano, é... seu contexto, seu ambiente, e também as questões relacionadas ao próprio período de desenvolvimento, tudo que envolve compõe mente, corpo, e daí entendo que por isso só uma profissão não tem como abranger toda essa necessidade de toda essa dimensão, então nesse primeiro nível eu entendo a integralidade enquanto entender esse sujeito de forma biopsicossocial; e no nível de assistência eu entendo que a integralidade o próprio SUS, o próprio sistema ele é organizado por várias linhas de cuidado, por vários programas, que incluem todo o ciclo de vida das pessoas, então eu entendo que se uma pessoa assistida pelo sistema público de saúde, ele deve ser acompanhado em todos esses níveis, desde quando ele nascer até o envelhecimento, então eu entendo também integralidade no sentido de... dessa continuidade que o usuário ele pode se inserir no nível de atenção no SUS, só que dependendo da necessidade ele vai pra outros níveis de atenção, só que é necessário um diálogo entre esses níveis pra que ocorra essa integralidade de fato.

Considero pertinente ressaltar que o trabalhador 12, cuja opinião foi acima mencionada, demonstrou uma compreensão mais completa acerca do tema da integralidade. Este

profissional, por sua vez, em seu perfil profissional e acadêmico apresentou como diferencial a vivência em residência multiprofissional na área de Estratégia Saúde da Família, demonstrando a importância da formação voltada para APS em contraponto ao currículo ainda voltado para as especialidades.

Nesta perspectiva, Nogueira (2010) afirma que o desafio de tornar as práticas de saúde mais eficazes requer um posicionamento crítico frente aos obstáculos inerentes à própria racionalidade biomédica que limitam a prática clínica. Tanto o reducionismo organicista quanto a fragmentação do conhecimento em especialidades terminaram por configurar uma medicina ocidental altamente tecnológica, muitas vezes incapaz de abordar com sucesso a complexidade do adoecimento. Para a formação de profissionais de saúde capaz de atuar de forma mais integral e humanizada, torna-se imprescindível problematizar algumas concepções, em especial as de saúde e doença. É importante também conhecer o processo de construção dos modelos terapêuticos utilizados, para que se possa historicizá-los e, conseqüentemente, desnaturalizá-los.

Neste contexto, Ceccim (2010) ressalta algumas iniciativas como o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e o PET-Saúde e ainda o Aprender SUS, enquanto mecanismos para estabelecer relações de cooperação do SUS com os diferentes atores da educação, tendo como principal objetivo fortalecer sua capacidade de ação e proposição em relação aos movimentos de mudança na formação; enfatizando uma formação mais voltada para as demandas sociais do SUS.

Vale ressaltar aqui que, dentre suas múltiplas interpretações e aplicabilidades, tomamos por base o conceito apresentado por Pinheiro, Barros e Mattos (2010) em seu projeto intitulado *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*, que tem como um dos eixos temáticos de análise o “trabalho em equipe” e cujos nexos constituintes perfilam as práticas da integralidade em saúde. Os autores se sentiram instigados a abordar o tema do trabalho em equipe multiprofissional, no sentido de colocar em análise os saberes e práticas gerados nos processos de trabalho em saúde; considerando sua dimensão ética e sua interface com a noção de integralidade; propondo um entendimento do princípio da integralidade como valor co-emergente às práticas cotidianas, as quais podem ou não apontar para integralidade, dependendo dos valores que circulam no cotidiano dos serviços e de quais são abraçados, ou melhor dizendo, corporificados pelos profissionais; evidenciando a multiprofissionalidade como uma premissa fundamental da integralidade e digna de pesquisa.

### 6.2.2 O que é “ser multi”?

Em relação ao tema da multiprofissionalidade, a maioria dos entrevistados demonstrou ter conhecimento dos aspectos que perpassam esta premissa, reconhecendo a importância da articulação dos diferentes saberes que compõem a rotina da equipe multiprofissional no intuito de estabelecer o melhor atendimento ao cliente-usuário.

O trabalho multiprofissional envolve vários... envolve vários profissionais de diferentes áreas na esfera do SUS, são dois tipos: um que é a ESF que é a família saudável, que envolve mais o enfermeiro, o médico e os ACS's; e em apoio o NASF, no caso, essa integralidade se volta com seis profissionais diferente desse; integralidade no sentido de cada um na sua área contribuindo de maneira diferente mas complementar. (Trabalhador 1)

De acordo com Gomes et al. (2010) a estruturação do trabalho em saúde em equipes multiprofissionais no Brasil remonta à década de 70, quando o serviço já era organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade. No entanto, após a criação do SUS e, principalmente, após a ampla difusão da ESF ocorrida na última década, a equipe multiprofissional deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe.

Para Viegas (2010) em sua pesquisa de doutorado na qual ela acompanhou e entrevistou diferentes equipes de ESF em Minas Gerais acerca do tema da integralidade, ficou constatado que 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. Verificou ainda 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.

Segundo Pereira (2011) em seu estudo sobre o trabalho multiprofissional da ESF no Rio de Janeiro, verificou-se que assim como, a formação de equipes de saúde é justificada como forma de atingir o cuidado integral tanto no sentido de dar conta dos aspectos curativos, preventivos e de reabilitação quanto em relação à noção de ultrapassar a intervenção biomédica focada em realização de procedimentos e incluir o sujeito e seu contexto. Sendo assim, qualquer que seja a motivação principal, cada vez mais se constata a limitação da abordagem uniprofissional sobre o processo saúde-doença. Existe o reconhecimento da interdependência e complementaridade das ações de outros profissionais para melhorar a



qualidade da assistência como no controle e tratamento da hipertensão e diabetes mellitus ou então no manejo da dor crônica, assim como no tratamento e reabilitação psicossocial, bem como na atenção aos transtornos alimentares, entre outras condições de adoecimento. 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.

No estudo de Bonaldi et al. (2010) sobre o trabalho em equipe como dispositivo de integralidade em quatro localidades brasileiras, constatou-se que orquestração do trabalho em equipe é resultante dessa composição de forças, saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais, da afirmação das diferenças e do reconhecimento do saber do outro para a realização do trabalho. A orquestração do trabalho em saúde se baseia numa espécie de “humildade epistemológica”, no reconhecimento de que os diferentes saberes profissionais possuem zonas de incultura e que a presença de trabalhadores com diferentes formações e funções permite reduzi-las. O sentimento de que os diferentes trabalhadores são fundamentais para a realização do serviço reforça a noção de pertencimento à equipe de saúde, produzindo uma outra forma de comprometimento que rompe as fronteiras de seu saber específico ou de um campo de atuação definido. O trabalhador entende que o cuidado não se restringe a sua ação e que ele é um dos responsáveis pelo serviço, tal qual o músico numa orquestra que, mesmo com o instrumento de sonoridade mais discreta, ou aquele cuja participação se limita a alguns movimentos, se sente como parte fundamental para execução e obra executada.

Percebo que esta constatação de Bonaldi et al. (2010) reflete bem a concepção do conceito de multiprofissionalidade, enquanto articulação de diferentes saberes e práticas envolvidos numa complexa lógica, que envolve não somente e meramente a justaposição de profissões, mas também preconiza diálogos, tensões, conflitos, embates, consensos e tudo aquilo que permeia o universo do trabalho em equipe na sua essência, convidando os membros dessa equipe a participar de forma ativa e contínua na construção dos caminhos e superação de desafios que contemplem a melhor assistência ao usuário agregada à satisfação dos trabalhadores nesse processo.

### 6.2.3 Como ocorre a relação entre esses termos

No ensejo da discussão anteriormente iniciada, considero relevante travar aqui novo debate sobre a relação entre os termos “integralidade” e “trabalho em equipe multiprofissional”. Quando interrogados a respeito dessa associação, a maioria dos trabalhadores concorda que ambos os termos se relacionam, na perspectiva de articular os diferentes saberes e práticas dos profissionais que compõem a equipe, para garantir um atendimento mais integral aos indivíduos, conforme ilustram as falas abaixo:

Tem que ter (a relação), por exemplo, no nosso trabalho aqui porque um se vincula ao outro, o ACS ao técnico, o técnico ao enfermeiro, o enfermeiro ao médico, e assim forma uma roda, um se... fazendo a rede, compondo a integralidade. (Trabalhador 3)

Acredito que muita relação, porque assim pra você poder dar aquela atenção integral ao paciente mesmo, não é um único profissional que vai poder abarcar toda essa... esse cuidado que o paciente precisa, é necessário para que tenha uma saúde integral, é necessário que haja uma correlação entre as diversas áreas; da medicina, não só a medicina... da saúde, não só da saúde como de humanas também para que possa ali “tá” proporcionando essa atenção, então está intimamente relacionada assim multiprofissionalidade com integralidade, acredito eu. (Trabalhador 14)

Todavia, alguns entrevistados visualizam essa relação sob um aspecto apenas, restringindo os significados de ambos os termos

Tem, total (relação). Essa integralidade vê a pessoa como um sujeito inteiro. Essa integralidade vem dizer que a pessoa não é só fisicamente adoecida, mas socialmente, emocionalmente, e essa integralidade faz com que seja um trabalho completo; e essa complementação ela tende a ser uma forma mais satisfatória de ver a pessoa como um ser humano. (Trabalhador 1)

Um dos participantes demonstrou certa confusão ao tentar fazer associação entre integralidade e trabalho em equipe multiprofissional

Eu acredito que (sinalizou negativamente com a cabeça)... porque a integralidade eu vejo assim como o sistema em si, o sistema todo integrado, pra resolver o problema daquele paciente, e a equipe multiprofissional, eu acho que ela tem muito a ver também porque ela ajuda nesse sentido, não sei se é mais ou menos isso. (Trabalhador 7)

Neste sentido, considero válido reiterar aqui a discussão sobre a complexidade do termo integralidade no contexto das políticas e programas do SUS, que nos remete a uma diversidade de interpretações fundamentalmente necessárias de serem compreendidas, a fim de garantir o bom funcionamento do sistema, bem como para por em prática aquilo que preconiza os princípios e diretrizes do próprio SUS.

Diante disso, Teixeira (2011) afirma que a problemática da integralidade tem como fundamento as distintas concepções acerca dos determinantes do processo saúde-doença, e das formas de atuação sobre os diversos momentos desse processo, em torno da qual vem se constituindo um amplo debate, marcado pela multiplicidade de concepções e propostas de vários autores com respeito à reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de

saúde. A própria autora aponta uma revisão que tem feito sobre a multiplicidade de perspectiva com que se trata a problemática do cuidado à saúde, ora privilegiando a dimensão micro política (das relações entre profissionais de saúde, trabalhadores e usuários, ora privilegiando a dimensão organizacional, quer se trate da organização do processo de trabalho dos diversos profissionais da área, quer das equipes (a exemplo das equipes de SF) quer se aborde a reorganização do processo de trabalho coletivo que atravessa diversos níveis de complexidade dos serviços (a exemplo da constituição das linhas de cuidado a problemas ou grupos específicos) ou ainda a organização de “rede de serviços”, como forma de integração dos diversos “níveis de assistência” a pessoas, ou, finalmente, a proposta de integração de práticas que extrapolam a dimensão individual do cuidado e abarcam a articulação entre promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e atenção à saúde individual e coletiva, como é o caso da Vigilância da Saúde.

A partir da fala da autora acima mencionada podemos ter uma breve noção da complexidade do termo “integralidade” nos diferentes contextos ao qual está inserida. De fato, uma única palavra ressignificada de diferentes formas pode gerar confusão de interpretações ou mesmo correr o risco de se tornar uma expressão subjetivamente vaga, ou quem sabe ainda pior se direcionar a outros sentidos desvirtuando-se do propósito inicial ao qual foi concebida.

Mas o ponto onde quero chegar, trata do termo integralidade no sentido da micro política de trabalho no SUS, conforme Teixeira (2011). Neste aspecto, direciono o sentido do “ser integral” para a abordagem multiprofissional, do fazer coletivo no universo da multiprofissionalidade, através da articulação de saberes e práticas na tentativa de garantir ao máximo ao usuário o seu direito à saúde, por meio da interação dos diferentes profissionais, cuja contribuição de cada um se constitui na soma dos múltiplos olhares do ser humano, resultando no tratamento de fato do ser como um todo, visto a partir dos diversos campos de conhecimento.

No entanto, Bonaldi et al. (2010) discute que ainda que a equipe multiprofissional seja recomendada como solução milagrosa para superar os problemas da fragmentação e da desresponsabilização decorrente da especialização excessiva dos profissionais, a simples implementação não garante que se alcance esse objetivo. Dois modelos de trabalho em equipe devem ser superados: um que se fundamenta no simples agrupamento de especialidades, a partir de uma articulação burocrática do trabalho, baseado em protocolos e programas normativos que tendem a fazer com que cada trabalhador se sinta responsável por fazer o que se restringe a sua área técnica; e outro, que se baliza numa falsa horizontalização em que

“todos fariam tudo e ninguém seria pessoalmente responsável por nada em partícula, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre coletiva”.

Em outras palavras, não basta apenas conceber o trabalho em equipe multiprofissional como uma premissa a qual é composta por um leque de profissionais, que agindo cada um dentro da “sua área” estaria contribuindo para uma abordagem integral do usuário. Muito menos pode ser resumido a um grande agrupamento de trabalhadores que ultrapassa os limites de atuação de cada um, em que todos seriam responsáveis por tudo. A questão é bem mais complexa e exige esforço diário e constante, quando se quer cumprir o que de fato propõe a prerrogativa da multiprofissionalidade

Diante disso, Peduzzi (2010) afirma que para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Em resumo, os enfrentamentos relativos às diferentes situações vivenciadas por cada equipe, com suas peculiaridades, requer diálogo e um certo nível de abertura ao que lhe é diferente, na esperança de encontrar o melhor caminho, que consiga agregar os diversos conhecimentos disponíveis nessa atmosfera de trabalho, respeitando as individualidades e fazendo uso das diferenças como algo favorável no processo que envolve a busca da resolutividade dos conflitos da população pela qual são responsáveis.

### 6.3 CONSTRUINDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO QUE É “SER MULTI” NO DIA-A-DIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ESF+NASF)

#### 6.3.1 O trabalho em equipe na estratégia

Quando me refiro à experiência do “ser multi” no dia-a-dia dos profissionais, a intenção é abordar questões mais práticas, em termos de ações da equipe que se relacionam com a premissa da multiprofissionalidade.

Sobre este propósito, a maioria dos profissionais apontou a prática das visitas domiciliares, orientações gerais na busca da prevenção e promoção da saúde, e o bom relacionamento com o médico como forma de articular os saberes e com os próprios usuários estabelecendo, assim, um bom canal de comunicação fortalecendo vínculos com a comunidade.

Olha porque o nosso trabalho de agente comunitário de saúde é de prevenção, só que a gente acaba... a gente orienta, conversa, a gente acaba como sempre eu falo, a gente acaba agindo um pouco como de psicologia, porque a gente se depara com famílias que estão assim ao extremo e nós como acabamos a vir aconselhá-los, e falar um pouco de Deus mesmo pra eles, e vir conversar, porque muitas das vezes eles não querem nem médico, eles precisam só de uma atenção, uma escuta, é você parar e dar atenção, porque as vezes eles não tem carinho, não tem amor, não tem afeto, não que a gente vai dar tudo isso mas só o fato de nós sentarmos e conversar com eles e eles olharem pra nós e ver ali uma pessoa que parou e olhou, escutou o problema deles, isso pra eles já soma muito na situação deles; então no meu dia a dia a gente acaba sendo psicólogo, amiga, companheira, entendeu? A gente sabe que não vai levar a um tratamento assim, mas só o fato dessa comunicação... (Trabalhador 4)

É assim, o que eu vejo, por exemplo, as minhas visitas, toda informação que eu levo com as minhas visitas depende do bom funcionamento da casa, porque quando eu vou pras visitas eu tenho que informar se a médica tá consultando, as datas, os horários, a enfermeira a mesma coisa, e o atendimento do técnico, a técnica tá na casa ou não tá na casa? Tá fazendo capacitação, então todas essas informações tem tudo a ver com o nosso trabalho, porque, as vezes a gente tá na área, tá informando, aí eles vem aqui e não é como eles ouviram a nossa informação aí eles acham que a gente não tá dando informação correta, reclamam, ficam com raiva, dizem que a gente tá fazendo eles perderem tempo, aí á muita confusão, então tem tudo a ver o que acontece aqui com a informação que a gente leva lá pra fora, porque se houver essa quebra, a gente acaba sendo prejudicado na nossa própria área, por exemplo, tem algumas consultas especializadas, as vezes, a gente vai: “olha já chegou?” “já chegou” vão lá no posto, aí ou então “vai chegar dia trinta e um” aí chega e não chegou dia trinta e um, aí eles acham entendeu, que estamos dando informação errada, que a gente te que se informar melhor pra levar pra eles. (Trabalhador 5)

Olha dentro daqui da casa eu me relaciono bem com o médico, enfermeiro e técnico. Agora no meu dia a dia no meu trabalho, é me relacionar com os pacientes, as vezes tem pacientes que são... é que não entende o nosso trabalho, as vezes querem uma consulta é aqui e nós trabalhamos sempre com um... agendamento, então não podemos atender essas pessoas assim todos os dias, tem que haver um agendamento pra poder essas pessoas virem e se consultar, só que eles não entendem isso e tem que estar falando o que é atenção primária, o que é secundária, o que é terciária. (Trabalhador 3)

Neste contexto, Lopes, Saube e Massaroli (2008) afirmam que a visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. Importante ressaltar também que a visita se estabelece in loco, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo.

Para Albuquerque e Bossi (2009) a ESF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da

população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

Pereira (2011) em sua dissertação sobre o trabalho multiprofissional na ESF em um município do Rio de Janeiro, detectou que o trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde é constituído por atribuições específicas delimitadas a priori pelo Ministério da Saúde. Grande parte destas atribuições é padronizada e de fácil mensuração e monitoramento. No entanto, outras podem ser consideradas polifônicas, de difícil dimensionamento, o que possibilita ao trabalho do ACS uma configuração mais maleável e, por isso, o mesmo está tanto suscetível a sofrer adaptações, quanto tem maior possibilidade de ser mais criativo e inovador. A maior parte de suas práticas é desenvolvida no seu território de atuação denominado de microárea, por meio de visitas domiciliares, as quais, a partir dos depoimentos, têm como objetivos centrais a promoção de hábitos saudáveis, acompanhamento das famílias com ênfase para grupos estratégicos - hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros - assim como grupos de maior vulnerabilidade social.

Em relação às orientações, ações de promoção e prevenção de um modo geral, Freitas e Mandú (2010) afirmam que a promoção da saúde é política e prática essencialmente intersetorial, que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. A efetivação desta prática abrange estratégias a serem projetadas nas políticas de um país, como: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde.

Um estudo de Araújo e Assunção (2004) realizado com ACS's em Divinópolis a educação para a saúde foi discutida meio de orientações individuais aos grupos de risco, à participação nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestante e mulheres, e em palestras para famílias e comunidade, nas quais, entre outros temas, são abordados a higiene, o uso de drogas e a hipertensão arterial. Além disso, destacou-se também as ações denominadas

organização da demanda são os agendamentos, de consultas, preventivo, puericultura, e visitas domiciliares com os profissionais de nível médio e superior.

Neste contexto, Pereira (2011) detectou em seu estudo que dentro da unidade os agentes comunitários são responsáveis por realizarem diversas atividades operacionais com a finalidade de otimizar o trabalho da equipe, como organizar os prontuários familiares, separar os prontuários para as consultas com profissionais de nível superior, além de colaborar na coleta de material biológico. Nestas atividades está muito presente a característica da colaboração. Apesar de não ser uma função específica do ACS, na distribuição de tarefas dentro da equipe foi uma responsabilidade delegada a eles.

De acordo com Viegas (2010) sua pesquisa demonstrou que 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 ao fortalecimento de vínculo entre profissionais e destes com a população, cultivados por meio do bom relacionamento, Pereira (2011) verificou por meio da fala dos profissionais entrevistados em sua pesquisa que o agente comunitário é visto como mediador entre a unidade de saúde e a população assistida, o que facilita o acesso da população ao serviço, pois o mesmo possui informações importantes sobre a dinâmica familiar e do território que podem influenciar no processo saúde-doença-cuidado. Desta forma, ele pode possibilitar um olhar ampliado para outras questões que não o sistema biológico, e consequentemente relacionar a queixa do indivíduo com suas condições de vida, claro se isso for uma questão pertinente para a equipe.

Diante disso, Araújo e Assunção (2004) discutem ainda ações de comunicação e as de informação, respectivamente, presentes em atividades como avisar reuniões de hipertensos, diabéticos, gestantes, mulheres, data dos agendamentos, dar informações sobre o funcionamento da unidade de Saúde da Família, além de servir como ‘mensageiro’ da equipe entregando exames e pedidos de exames, medicamentos, receita, às vezes multimistura, acompanhamento para especialista. Realizam ainda articulação com a comunidade para

estimular a participação popular, através das Associações Comunitárias e dos Conselhos Locais de Saúde.

De fato, o agente comunitário apresenta-se como um personagem importante no processo de criação e fortalecimento de laços entre profissionais e destes com a comunidade, no entanto não podemos deixar de considerar a importância de todos os profissionais nessa construção, na intenção de valorizar a equipe empenhada nesse objetivo, o que só vem aumentar confiança e união entre os trabalhadores e com a população almejada.

Nesta perspectiva, Monteiro, Figueiredo e Machado (2008) apontam que a formação do vínculo é uma proposta do Ministério da Saúde para a ESF, para a qual elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isto, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento, passando o usuário a tê-lo como referência, fazendo até confidências depois de compreender seu trabalho. Destaca-se a necessidade do desenvolvimento de um trabalho conjunto, no qual todos os profissionais se envolvam em algum momento da assistência e, agindo de acordo com seu nível de competência específico formem um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Dessa forma, o vínculo entre profissionais e destes, por sua vez, com a comunidade aparece como ponto primordial na adesão às ações de saúde por parte da população, bem como na efetividade dos serviços ofertados, considerando efetividade aqui na perspectiva de Silva e Formigli (1994) como efeito de um determinado serviço sobre um grupo populacional à curto prazo, manifestada por um efeito real em relação aos objetivos propostos, que influencia diretamente na qualidade, esta por sua vez, compreendida como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de “bom” (goodness). Portanto, o vínculo não se trata de um aspecto meramente formal dos processos de trabalho, mas constitui-se como algo fundamental na rotina da equipe quando se almeja o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Além das ações acima debatidas, destacou-se ainda como prática frequente e de extrema importância as ações educativas, sendo as palestras apontadas como principal estratégia metodológica para abordagem dos assuntos.

Na unidade tem ações educativas, pacientes do programa HIPERDIA, de vez em quando tem aqui umas palestras com relação aos cuidados com alimentação, com atividade física, tem enfermagem aqui que ajuda a fazer também a puericultura, tem os ACS's também que auxiliam



na busca ativa, às vezes, de alguns casos para estarem alertando sobre possível alteração ali naquele familiar, aqui se não precisasse de outros profissionais eu vinha pra cá sozinho pegava a chave e abria, sentava e atendia, mas não! Eu vejo que há uma necessidade, todo mundo ajuda todo mundo, então assim tanto na visita domiciliar, na visita domiciliar isso torna assim bem evidente, mas aqui mesmo na unidade também... eu jamais teria condição de vir sozinho abrir o portão e atender, sentar aqui e ficar atendendo, tem todo um apoio da equipe aí que me ajuda bastante. (Trabalhador 14)

Na verdade o nosso trabalho aqui, a gente trabalha em equipe já é bom, a nossa equipe é bastante unida, nós nos esforçamos, precisamos de apoio, na verdade a nossa equipe em si são todos esforçados, todos os profissionais vão fazer visita, o que falta pra nós é apoio, por exemplo, quando nós fazemos alguma programação pra hipertenso e diabético, nós reunimos trinta, quarenta diabéticos aí o que falta? Falta uma estrutura, um lanche, é... panfleto, essas coisas que as vezes a gente solicita da SESMA mas não chega, se a gente for esperar a gente nunca vai fazer uma programação, quer dizer se a gente for esperar por recurso financeiro, material didático, de apresentação, alguma coisa, gente não vai fazer, aí o que é a gente faz ? as vezes um profissional se prontifica a pesquisar na internet, uma traz o computador, traz o Datashow, a gente faz coleta pra fazer um lanche, quer dizer são os nossos próprios esforços, eu acho que deveria ter era o governo dar mais atenção, dar prioridade pra essas programações em equipe, essas programações em conjunto com vários pacientes tipo palestra, eu acredito muito no resultado de palestra, tem gente que acha que palestra é chato, não depende, tanto que a nossa equipe a gente procura sempre a cada palestra desenvolver pra que não seja a mesma coisa, e palestra também a gente tem que ser inteligente pra fazer uma palestra dinâmica, uma palestra inteligente que prenda o paciente, as pessoas que estão ali ouvindo, fazer uma coisa diferente e esse diferencial a gente tem, as nossas palestras são sempre... a gente sempre procura aplicar uma coisa diferente, ensina as vezes brincando pra despertar o interesse, pra que não seja aquela palestra monótona, se naquela palestra, se a gente tem trinta grávidas, vamos dar o exemplo de quando a gente faz planejamento familiar, que a gente convida as adolescentes, como é o caso que nós temos aqui muitas adolescentes grávidas, pra explicar planejamento familiar, como funciona, o que é planejamento familiar, então se a gente tem trinta adolescentes e jovens também de vinte e dois anos, vinte e três anos, que já tem muitas jovens que têm vinte e dois anos e já estão com três quatro, filhos, e conscientizar que elas tem que fazer um planejamento familiar, usar camisinha, tomar medicação correta, dessas trinta se agente conseguir que cinco saiam dali consciente daquilo, elas vão repassar pras amigas e pra nós já tá de bom tamanho. (Trabalhador 9)

Educação em Saúde refere-se a quaisquer combinações de experiências de aprendizagem que visam combinar múltiplos determinantes do comportamento humano. É uma atividade sistematicamente planejada, com vistas a facilitar, predispor, possibilitar e reforçar ações voluntárias conducentes à saúde, sem coerção, e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. A ação é voltada para a adoção de medidas comportamentais por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (OLIVEIRA, 2013).

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. (VIEGAS, 2010)

Neste contexto, segundo Oliveira (2013) considera-se que as ações de educação em saúde estão incluídas no trabalho em saúde, em caráter de complementaridade, articuladas na perspectiva do cuidado integral, podendo estar presentes nas atividades individuais, como as consultas de médicos, dentistas ou enfermeiros, ou em atividades coletivas em programas de acompanhamento ou espaços comunitários, sobretudo no âmbito da Atenção Primária.

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. A motivação nessa comunidade de usuários e profissionais está no uso das tecnologias das relações que também fazem parte da vida comum. (VIEGAS, 2010)

Um outro ponto interessante merecedor de destaque na fala dos entrevistados, refere-se ao fato de alguns profissionais da ESF mencionarem em seu discurso o apoio do NASF como de fundamental importância para a melhoria no desenvolvimento do trabalho.

Bem, como eu falei tem pouco tempo que eu trabalho na atenção primária, três meses só, mas o pouco tempo que eu estou aqui na atenção primária, tenho observado, principalmente nas visitas domiciliares, em que a gente vai, a gente não olha só o paciente, às vezes tem um diagnóstico ali situacional, a gente vai visitar um paciente, a gente vê que já tem um problema ali, familiar incipiente, que tá provocando também um mal pro paciente que não é o medicamento que vai melhorar, não é um exame que vai melhorar, e sim um apoio por trás de uma equipe, equipe do NASF ajuda muito, tá com uma labilidade emocional, às vezes tem pacientes acamados em que já foi feita consulta médica, ele tá precisando de um cuidado, de orientação por parte da enfermagem, em relação à curativos, pacientes que tem diabetes orientações com relação aos cuidados com o pé diabético, tem o pessoal da fisioterapia também que, às vezes o paciente tá acamado, vai lá ensina como é que faz a sessão; terapia ocupacional, então assim em termos práticos eu tenho observado essa ação de diversas áreas ali e que tem dado um resultado, acredito eu, satisfatório pro paciente, no sentido de atenção integral à saúde. (Trabalhador 14)

É como eu falei no início, se eu atendo um paciente, se eu sentir que ele tá precisando realmente de ajuda, vamos dizer eu sempre gosto de focar o NASF, se ele tá precisando de algum outro profissional, eu posso encaminhar, e se... agora que nós temos o grupo, antigamente era muito difícil, porque eles andavam muito, até conseguir desistiu; hoje em dia eu achei que ficou muito mais fácil, quer dizer que nós temos o grupo aqui dentro, a gente... no mesmo instante que eu atendo, eu posso ao mesmo tempo encaminhar pro grupo, que já se encontra aqui na unidade, eu acho que isso favoreceu muito o nosso trabalho. (Trabalhador 7)

Podemos observar que a multiprofissionalidade perpassa também uma conduta, uma postura profissional, ou seja, ela está para além de práticas de saúde apenas, ela encontra-se na atitude dos profissionais que buscam e reconhecem o valor que há na diversidade de conhecimentos que, ao se encontrarem, resultam em boas práticas e garantem diferentes

arranjos e combinações de ações a serem oferecidas para a população respeitando suas demandas.

Corroborando esta opinião, Figueiredo (2015) afirma que o NASF nasce com o propósito de ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de SF, norteado pelo princípio da integralidade, que deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes; e colocado como um desafio a ser superado a questão do trabalho em grupo/equipe, que deve ser realizado em espaços coletivos e com contratos bem definidos de funcionamento, com garantia de sigilo, uma vez que nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados e, as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos de forma positiva.

Em outras palavras, podemos afirmar ser extremamente positivo aceitar e visualizar a integração da equipe do NASF nesse complexo universo da APS, enquanto força de trabalho advinda para agregar conhecimentos e aumentar o leque de ações, valorizando esse encontro e fazendo uso de forma proveitosa dessa equipe, ao invés de gerar competitividade ou conflitos por espaço e por uma série de outros fatores que só tem a dificultar o processo de oferta de ações de saúde, prejudicando em última instância aquele que é o principal foco dessa atenção, ou seja, o próprio usuário-cliente.

Por outro lado, considero pertinente fazer aqui uma ressalva (cuja discussão será posteriormente aprofundada no tópico sobre desafios da equipe) a respeito de algumas ações da ESF pesquisada, que parecem restringir o olhar da equipe quando este deveria estar mais voltado para promoção e prevenção da saúde. Por exemplo, observo ainda muito forte o caráter assistencialista dessas equipes a despeito de seu conhecimento sobre a importância do trabalho multiprofissional voltado para atenção primária; além o fato de a visita domiciliar ainda ser o principal instrumento do exercício da multiprofissionalidade quando uma gama de ações podem ser usadas para efetivar o caráter “multi” da equipe. Além disso, a participação da população parece ser algo incipiente na realidade estudada; como bem reflete as próprias ações de educação em saúde, que ainda se estruturam no molde de palestras, ou seja, usuário é um mero receptor das informações quando deveria ser empoderado para avaliar suas atitudes e, dessa forma, ser capaz de tomar suas decisões de posse do conhecimento recebido, mas também exercendo um comportamento crítico-reflexivo quanto aos seus hábitos.

Reforçando essa opinião, Araújo e Assunção (2004) encontraram em seu estudo um forte enfoque na doença, pois as ações dos ACS's estavam basicamente voltadas aos grupos de risco, com poucas atitudes no sentido de orientar a população sadia a permanecer como tal,

não só no nível individual como no coletivo. Outro aspecto ressaltado foi o fato de, mesmo sendo uma Estratégia direcionada à saúde da família, o planejamento de ações e o foco das visitas domiciliares continua sendo os indivíduos e não a família. Além disso, abordou-se o envolvimento da comunidade basicamente nas resoluções sobre problemas de saúde e nas alternativas para os diversos agravos na área de abrangência, e não em outros campos como ‘construção de políticas públicas saudáveis e reorientação dos serviços de saúde’, conforme preconiza a Carta de Ottawa. Por fim, os autores dizem que mesmo sendo política do governo municipal a reorganização do modelo assistencial com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, e levando-se em consideração o conceito ampliado de saúde, ainda não ocorreu esta mudança do modelo, pois o ACS e a ESF estão sendo capacitados em função das doenças.

Todavia, Pinheiro, Barros e Mattos (2010) destacam algumas dificuldades com que os trabalhadores se deparam no dia-a-dia, como a pressão constante em de produzir resultados, muitas vezes imediatos, em meio a regras estabelecidas e muito fechadas. Percebe-se que existe um duplo movimento que o profissional de saúde deve fazer, que é ao mesmo tempo, ouvir o usuário e ter a responsabilidade de apresentar-lhes respostas com base em condutas – ou seja, ser resolutivo. Diante desse posicionamento, resta a nós refletir: como trabalhar promoção e prevenção à saúde em um sistema ainda fortemente voltado para produtividade vinculada a procedimentos assistenciais? Um sistema estruturado nos moldes do paradigma científico cartesiano, que valoriza as estatísticas como método soberano de avaliação dos serviços, em detrimento de outros aspectos componentes da qualidade destes serviços que, via de regra, fogem do domínio de apenas um campo de conhecimento e é bem mais complexo do que realmente aparenta ser.

De fato, devemos admitir que não é tarefa fácil lidar com tais dilemas que são inúmeros no percurso que leva à integralidade e abordagem multiprofissional, no contexto das ações relativas à APS, no entanto devemos reconhecer o esforço constante das incansáveis equipes da ESF tentando fazer “dar certo” estas novas premissas inauguradas pelo SUS, desafiando estes atores a repensar diariamente suas práticas, inventando, fazendo, adaptando, reinventando, e, dessa forma, buscando ofertar o melhor serviço de saúde para a população, de modo digno, justo e responsável garantir saúde como um direito do cidadão.

Neste sentido, Bonaldi et al. (2010) afirmam que os saberes produzidos nas atividades cotidianas alimentam o patrimônio, que por sua vez transforma os modos de agir dos trabalhadores que formam esse coletivo. O patrimônio estocado é formado por normas, prescrições, valores, regras formais e informais, saberes disciplinares e da experiência, podem

reforçar algumas práticas ou transformá-las, mantê-las ou questioná-las. É na produção e compartilhamento cotidiano dos saberes co-emergentes ao fazer que o trabalho em equipe pode transformar o agir dos profissionais.

### **6.3.2 O trabalho em equipe no NASF**

Considerarei conveniente tratar separadamente dos processos de trabalho entre NASF e ESF, devido ter observado certas diferenças em ambos os casos dignas de notificação, e cuja abordagem seria melhor realizada considerando tais peculiaridades.

Notadamente, o núcleo de apoio da realidade estudada trabalha mais dentro da premissa da promoção e prevenção, bem como do trabalho em equipe multiprofissional quando comparado à rotina da ESF. Isto pode estar relacionado ao fato de, como o próprio nome diz, esta equipe se constituir em apoio, utilizando de ferramentas que lhes permitam realizar ações nesse sentido, quando a Estratégia, na figura principalmente do médico, enfermeiro e ACS se depara diariamente com demandas mais emergenciais da ordem assistencialista, já que esta comunidade carece de serviços básicos de saúde e tenta suprir ao máximo suas necessidades neste nível da rede, que, para muitos, é o ponto de mais fácil acesso dentro da rede de serviços de saúde.

De acordo com o Departamento da Atenção Básica (DAB, 2012) os NASF's foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, Moreira e Castro (2009) discutem também que a proposta da Portaria que cria os NASF, tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde na medida em que prevê uma revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-

referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento dos seus atributos e papel de coordenação do cuidado no SUS.

Nesta perspectiva, Brasil (2009) afirma que na lógica do apoio matricial, ferramenta de trabalho principal do NASF, este apoio será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF’s), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família). Vale ressaltar aqui que o NASF está inserido na rede de serviços dentro da APS assim como as equipes de SF, ou seja, ele faz parte da APS.

Diante disso, podemos dizer que o NASF cumpre bem seu papel de apoio, ampliando realmente as ações da ESF ora na prevenção e promoção ora nas ações de caráter mais assistencialista mesmo, quando surgem tais necessidades, permitindo maior resolutividade e efetividade nos serviços de saúde, contribuindo de forma significativa para a visão ampliada de saúde que busca contemplar o ser humano em seus diversos aspectos e contextos, com toda complexidade que perpassa essas questões.

No que se refere às práticas desenvolvidas pela equipe do NASF, partimos de algumas falas dos entrevistados que podem oferecer uma visão geral das ações desenvolvidas no dia a dia do serviço, em diverso níveis de atenção empregadas com diferentes metodologias, apresentando semelhanças e particularidades ao trabalho desenvolvido pela ESF.

A gente faz o grupo, depois desse grupo a gente vê as... qual a necessidade do grupo, e, particularmente, a necessidade de cada pessoa. Nem toda vez os membros do grupo vão apresentar as mesmas coisas, então aí a gente vai ver a particularidade de cada um como pessoa e se direcionar à ela. Dentro do grupo a gente percebe pela convivência como eles estão se relacionando, como eles estão naquele dia, naquela semana, e aí tendo esse olhar mais observador, mais detalhado vai poder direcionar “olha ela tá assim, ela tá “assado”... o que é que a gente pode fazer?” em geral é isso. (Trabalhador 1)

Nesta perspectiva, Moreira e Castro (2009) afirmam que a Portaria que cria os NASF traz um conjunto de atribuições que os profissionais do Núcleo deverão desenvolver juntamente às Equipes de Saúde da Família. Entre essas atribuições temos: identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações, as práticas e o público prioritário de cada uma das ações a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; acolher

os usuários e humanizar a atenção; desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões e avaliação do desenvolvimento e da implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos, com a participação nos Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde; devem ainda realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional, priorizando as abordagens coletivas, identificando grupos estratégicos.

Podemos observar a valorização da abordagem em grupos que vem corroborar a opinião do trabalhador 1, o qual ressalta bem a importância dessas atividades coletivas como espaço de convivência, compartilhamento de experiências, discussão e troca de ideias, em suma, um momento rico de conhecimento e estabelecimento de trocas e vínculos, caracterizado como uma ótima oportunidade para falar de saúde, conquistando confiança dos usuários para expressar seus medos, alegrias e sentimentos em geral que compõem o universo da saúde, bem como o cultivo de bons hábitos e de uma nova mentalidade em saúde, afastando-se um pouco da visão medicalizada da vida, mas sim considerando a saúde de fato como ela realmente é, plena, complexa e cheia de desafios.

De acordo com Brasil (2009) as necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente

Ainda nesta perspectiva, o trabalhador 8 abordou em seu discurso essa questão dos grupos e dinâmicas, no entanto o foco direcionou-se à orientação e informação.

Sim, a gente segue muito o calendário do ministério da saúde, então a gente tenta através desse calendário fazer programações como palestras, como orientações, como dinâmicas, que façam que o paciente melhor entenda que... de uma forma bem dinâmica mesmo, eu acho que a orientação e a informação é o principal foco pra gente tentar diminuir mesmo esse...

Em relação à informação e orientação valorizadas como importantes ferramentas de troca de conhecimentos, a ESF também baseia-se nesta concepção, conforme apontou a fala dos trabalhadores, identificando tais atitudes como componentes fundamentais da prevenção e promoção da saúde, em concordância ao que preconiza essa nova lógica de trabalho, baseado em uma conceção ampliada da saúde e tendo o usuário como peça-chave desse processo, enquanto agente autônomo e parceiro colaborador no cuidado à saúde.

Neste sentido, considera-se que a promoção da saúde é uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade –, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade. (BRASIL, 2009)

Outro aspecto interessante, surgiu na fala do trabalhador 2 e diz respeito às ações realizadas no cotidiano do NASF, sob uma perspectiva da articulação dos saberes, que quando bem empregada, só tende a enriquecer a realidade das equipes, uma vez que o somatório dos conhecimentos se complementa em suas diferenças e se fortalece em suas semelhanças na busca de uma ação mais completa e efetiva ao usuário.

É... na minha atividade eu trabalho basicamente as questões físicas (né) é... questões articulares, questões musculares, a fim de que esse usuário tenha uma boa estrutura de saúde física e os outros colegas de trabalho, eles trabalham evidentemente outras questões importantes relacionadas é... à família, relacionadas a problemas particulares de saúde, de saúde mental, até mesmo saúde social, pois a carência é muito grande... é nós trabalhamos numa área que é bastante perceptivo a carência das pessoas, dos seus problemas familiares que, de uma forma ou de outra, interferem na saúde física e psicológica dessas pessoas. (Trabalhador 2)

Segundo Brasil (2009) o trabalho multidisciplinar é o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de



modos de relação entre sujeito e conhecimento. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço. Executado por meio de atendimento compartilhado, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc; apesar de a maioria dos profissionais não possuírem formação básica que valorizem o trabalho em equipe.

Bonaldi et al. (2010) demonstram que o trabalho em equipe na saúde, acontece na presença de diferentes atores, profissionais com distintas formações na área da saúde e delinea-se exatamente pela potencialidade, pelo desafio que a articulação desses diferentes profissionais, com diferentes saberes e práticas, têm de produzir saúde. As equipes de saúde possuem diferentes desenhos, com um número variável de profissionais e de formações e funções, de acordo com as características locais. Quando/como essas equipes começam a operar como coletivos?

O estudo de Oliveira (2013) traz experiências muito interessantes e exitosas realizadas em uma ESF de Natal, Rio Grande do Norte (RN); para além do nível assistencial de cura e reabilitação, dignas de serem aqui ressaltadas e descritas no quadro abaixo.

Atividade	Descrição	USF
“HIPERDIA” (IDOSOS)	Encontros mensais que proporcionam a atualização da medicação. Promovem-se palestras, rodas de conversas acerca do processo de adoecimento. Geralmente são realizados por equipe, com a presença da maioria dos profissionais da equipe da área, e ocorrem mensalmente.	20
A TENDA DO CONTO	Atividade que conta com narrativas dos participantes acerca dos mais variados temas relativos à suas vidas. Constitui-se em um espaço de fala e escuta aberto para todos: profissionais, usuários, estudantes. A tenda acontece numa perspectiva de tecer redes de apoio e solidariedade, fortalecer vínculos, trocar experiências e vivências. Há participação efetiva de vários profissionais. Ocorre mensalmente.	02
A TAPERA DA FALAÇÃO	Atividade inspirada na “Tenda do Conto” que se diferencia por ter o propósito de fazer as pessoas sorrirem, e evitam falar de coisas tristes. Convidam artistas locais e realizam atividades que integram saúde, cultura e lazer. É coordenada por uma técnica de enfermagem. Ocorre mensalmente.	01

OS CINCO MINUTOS PELO SUS	Atividade de sala de espera, que conta com um breve relato de um dentista acerca do SUS, acompanhado pelo som de um violão. Ocorre quase que diariamente.	01
A CALÇADA AMIGA	Atividade realizada através de debate com os usuários acerca dos agravos que estejam acometendo em uma determinada microárea. É realizada pela equipe responsável pela área em questão. Ocorre de acordo com a ocasião exigida em cada momento/situação.	01
A TERAPIA COMUNITÁRIA	Atividade realizada com os usuários que se constitui em um espaço de reflexão do sofrimento causado por situação estressante, na perspectiva da valorização das histórias de vida e o resgate das identidades. Ocorre semanalmente.	02
CURSO OU GRUPO DE GESTANTES	Atividades que em sua maioria se dão na perspectiva da preparação da mulher para o parto e para facilitar sua adesão ao planejamento familiar. Ocorre semanalmente, ou quinzenalmente.	18
AS DANÇAS FOLCLÓRICAS	O carimbó, o pastoril, a dança da peneira, e outras expressões culturais como o teatro, são realizados na perspectiva do resgate cultural e de proporcionar momentos de lazer e descontração. Periodicidade varia conforme a USF.	05
ADOLESCENTE	Discussões de assuntos pertinentes à idade. Ocorre mensalmente.	03
O LIAN GONG, TAI CHI CHUAN, YOGA CANTOS E ORAÇÕES	Atividades físicas praticadas em algumas Unidades de saúde. Em uma Unidade a yoga é realizada com os profissionais. A periodicidade varia conforme a USF Atividade realizada com os idosos com o propósito de buscar “paz e equilíbrio”. Ocorre 01 semanalmente.	02 01
A CAMINHADA	Atividade que teve início com a presença de um profissional de educação física nas 25 Unidades e que foi potencializada pela Política de Promoção da Saúde. Ocorre semanalmente (2 a 3 vezes por semana)	25
O BEBÊ SORRISO	Atividade de prevenção às doenças bucais, destinada a crianças de zero a cinco anos. Geralmente acontece integrada à atividade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (CD). A periodicidade varia conforme a USF.	03
O AUTO DE NATAL	Utiliza a ferramenta do teatro trabalhando o lúdico, propondo-se a respeitar a cultura, promover o exercício da cidadania e a reorientar práticas que incidem sobre as condições e modos de vida da população. O grupo se prepara durante o ano para se apresentar no período natalino.	01
VINDO AO MUNDO ACOLHIDO POR UMA NOVA ESTRATÉGIA	Atividade realizada pela equipe de saúde bucal com as mães internadas na maternidade de Felipe Camarão no intuito de complementar as ações de humanização ao parto, existentes na Unidade. Ocorre diariamente.	01

**Quadro 2:** Caracterização do mapeamento das atividades educativas coletivas realizadas nas USF, Natal, RN, março de 2012.

**Fonte:** OLIVEIRA, 2013

Considero de um valor inestimável destacar aqui experiências exitosas como estas, não apenas por se tratarem de novidades pertencentes ao contexto da APS, mas também por se constituírem em um importante salto na construção de um itinerário na rotina dos serviços, que busquem efetivar esse modelo de atenção, demonstrando que é possível tornar real iniciativas criativas e ousadas como esta, dinamizando o atendimento e as práticas, de um modo geral, contribuindo assim para atingir a tão esperada integralidade.

Neste sentido, Brasil (2009) afirma que a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF's, compreendida em seus três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população; cuja prática exige que os sistemas organizados a partir da APS reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las; A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos.

Gomes et al. (2010) nos mostram que as ações dos trabalhadores de cada equipe de saúde são direcionadas não apenas pelos diferentes saberes, métodos e técnicas provenientes da pluralidade de profissões e especialidades que as constituem, mas também por um imensidão de valores produzidos dentro e fora dos ambientes de trabalho. Desta forma, as práticas de saúde estão vinculadas a valores difusos em nosso meio social, valores que podem ser compartilhados pelos trabalhadores. Analisar tais valores é fundamental para entender e transformar as práticas numa direção que os autores chamam de ética, e que será a próxima categoria a ser discutida aqui.

## 6.4 FAZENDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A PREMISSE DA MULTIPROFISSIONALIDADE

### 6.4.1 A abordagem multiprofissional sob a perspectiva da ética e da moral

#### 6.4.1.1 “Todos por um... mas cada um na sua área!”: a ética deontológica e o “saber-fazer” de cada profissão

Após uma análise exploratória dos discursos dos participantes, percebi a necessidade de travar tal debate, por sentir através da fala dos profissionais alguns aspectos inerentes à questão ética e moral, que sob meu ponto de vista, em tudo está relacionado ao contexto do trabalho multiprofissional.

Sendo assim, analisaremos o tema sob duas perspectivas: a primeira relacionada à ética deontológica, ou seja, aquela ligada ao “fazer” de cada profissão de acordo com o código de ética das profissões; a segunda, diz respeito à ética em defesa da vida, isto é, cada componente da equipe trabalhando em sua dimensão para garantir o atendimento da necessidade desse usuário, conforme os princípios da bioética.

Mas para iniciarmos a discussão, não podemos falar de ética e moral sem recorrermos ao conceito dos termos e realizarmos uma breve contextualização do assunto. Por isso, resolvi fazer aqui um apanhado geral do tema inserindo-o no contexto ao qual tal ideia ganhou repercussão, partindo assim de uma breve análise histórica para entendermos melhor algumas questões mais atuais.

Segundo Gontijo (2006) a palavra ‘ética’ provém do adjetivo ‘ethike’, termo corrente na língua grega, empregado originariamente para qualificar um determinado tipo de saber. Aristóteles foi o primeiro a definir com precisão conceitual esse saber, ao empregar a expressão ‘ethike pragmatéia’ para designar seja o exercício das excelências humanas ou virtudes morais, seja o exercício da reflexão crítica e metódica (*praktike philosophia*) sobre os costumes (*ethea*). Com o passar do tempo, o adjetivo gradualmente se substantiva e passa a assinalar uma das três partes da filosofia antiga (*logike, ethike, physike*). Ao longo do tempo, o termo vai adquirindo diferentes interpretações e conotações como “ética” do ponto de vista coletivo, designa os costumes, e de um ponto de vista individual, o modo de ser — o caráter. ‘Ética’ significa, portanto, tanto a disciplina que reflete criticamente sobre o saber ético encarnado nos costumes e modos de ser, como esse próprio saber. O mesmo se verifica com a palavra ‘moral’, que servirá para designar tanto o objeto de estudo — a moral — quanto o estudo crítico do objeto — a Filosofia Moral. No que respeita a tradição filosófica, os termos ‘moral’ e ‘ética’ designam, portanto, o mesmo campo de fenômenos e o mesmo domínio de reflexão. Isto é, são sinônimos.

Entretanto, para Y. La Taille (2010) há possibilidades de estabelecer, por convenção, diferenças entre ‘moral’ e ‘ética’. Uma das possibilidades, refere-se à ética para estudos

científicos e a moral para fenômenos filosóficos, diferenciação esta bastante empregada no meio acadêmico. Por outro lado, as duas mais frequentes e consagradas mantêm os dois termos como referência a deveres. A primeira dessas possibilidades consiste em reservar a palavra ‘ética’ a deveres de ordem pública. É o caso de expressões como ‘ética da política’, ‘ética da empresa’, ‘código de ética’ (de determinadas profissões), ou ainda ‘comitê de ética para pesquisa com seres humanos’. Ética na política nos remete, entre outros conteúdos, ao preceito da honestidade (não enganar o eleitor, não apoderar-se de bens públicos, não fazer tráfico de influências etc.): tal ética, portanto, exige comportamento moral. Os diversos códigos de ética trazem normas que devem, de maneira obrigatória, reger as atividades dos profissionais, normas cujas raízes encontram-se na moral legitimada pela sociedade. Mesma coisa pode-se dizer da atualmente muito em voga ‘ética da empresa’: trata-se de normatizar condutas (respeitar o cliente, por exemplo). Finalmente, os comitês de ética na pesquisa com seres humanos visam a regulamentar as atividades de investigação para garantir o bem-estar físico e psicológico dos sujeitos que se submetem a procedimentos de investigação científica. Além de sua referência a deveres, o que há em comum nas expressões analisadas é o fato de referirem-se a ações que dizem respeito ao espaço público (não faria muito sentido em se falar em ‘ética familiar’).

Nesta perspectiva de ética como dever de ordem pública que iremos nos apropriar aqui para dar prosseguimento nesta discussão, ou seja, tomando por base a conduta de cada profissional perante a equipe, ao se deparar com questões cotidianas que exigem do trabalhador reflexão e tomada de decisão num contexto que envolve diferentes atores e interesses, impactando de diversas formas na condução dos serviços de saúde e na vida das pessoas.

Neste sentido, Habermas (1989) afirma que assim como a ética moderna, a ética clássica parte da questão que se põe ao indivíduo que precisa de orientação, quando ele, numa situação determinada, encontra-se diante de uma tarefa a ser vencida de maneira prática: como devo comportar-me, o que devo fazer? Esse “dever” guarda um sentido não específico enquanto o respectivo problema e o aspecto sob o qual deve ser solucionado não sejam determinados mais de perto. Problemas práticos impõem-se-nos em diferentes situações. Eles “têm” de ser contornados, pois do contrário surgem consequências que são importunas mesmo nos casos mais simples. Aquilo que “deve” fazer de uma maneira racional, é determinado, em parte por aquilo que se quer: trata-se de uma escolha racional dos meios a partir as metas ou de uma ponderação racional das metas a partir das preferências existentes. Nossa vontade já está

estabelecida faticamente por desejos e valores; ela só está aberta a outras determinações no que concerne a alternativas quanto à escolha dos meios ou quanto à fixação de metas.

Diante disso, Gomes et al. (2010) enfatizam que ao focarmos as experiências dos serviços de saúde, observamos a existência de inúmeras práticas de integralidade, sempre constituídas por um “saber-fazer”, por uma construção coletiva que lida com questões do cotidiano e que se atualiza na própria experiência, como conhecimento e ação da realidade. Fala-se, então, de uma postura ético-política, uma vez que essas mesmas construções e ações realizadas coletivamente, e dependem incondicionalmente do convívio social: “uma vida individual não poderia ser produtiva. A vida individual se torna produtiva – e imensamente produtiva – porque entra em comunicação com outros corpos, com ferramentas encarnadas”.

As ideias acima expostas estão em consonância com a fala dos entrevistados 1, 4 e 14 ilustradas abaixo:

O trabalho multiprofissional envolve vários... envolve vários profissionais de diferentes áreas na esfera do SUS, são dois tipos: um que é a ESF (né) que é a família saudável, que envolve mais o enfermeiro, o médico e os ACS's; e em apoio o NASF, no caso, essa integralidade se volta com seis profissionais diferente desse; integralidade no sentido de cada um na sua área contribuindo de maneira diferente mas complementar. (Trabalhador 1)

Eu acho muito interessante assim do profissional, é porque assim... eu acho importante o seguinte: como eu sou ACS eu sei aonde é minha limitação, eu vou na casa, a gente é como se fosse a ponte entre a comunidade e ESF, mas como é que eu vejo, eu sei aquilo que ele tem mas não sei aquilo que eu deva ensinar pra ele vir ser tratado ou até mesmo em busca da cura, mas os profissionais qualificados pra isso eles são aptos, então a gente tendo essa parceria, então é de suma importância, indo com o médico, esse médico ele vai abrangendo as enfermidades vai dizendo como as gente tem as visitas dos acamados, as visitas domiciliar, se esse acamado ele precisa de uma movimentação pra vir a se locomover aí já entra a situação do profissional terapeuta pra ajudar ele a se locomover, quer dizer eu acho de suma importância essa integralidade de ACS com o profissional mesmo dentro da ESF. (Trabalhador 4)

Equipe multiprofissional... cada um tem suas responsabilidades e tem suas... como a gente pode dizer assim... tem seus limites também para estar lidando com os pacientes; então a área da medicina, enfermagem, assistente social, psicologia... todos, todos, todos sem exceção tem sua participação para poder compor a saúde de maneira integral do paciente, então assim não basta apenas ter médico e não tem enfermeira, não basta ter todo um atendimento, passar medicamento, pedir exame mas o paciente tá com algum problema emocional, uma labilidade emocional, e não ter uma equipe do NASF pra poder “tá” dando o apoio ali por trás, então a equipe multiprofissional é isso, que eu entendo seria isso, é você poder “tá” cercando o paciente de todas as formas, de acordo com o perfil do paciente, com a demanda que ele esteja precisando, de atendimento, todas as áreas são importantes e devem estar ali de maneira harmônica, pode estar simultaneamente, não precisa primeiro ir um depois ir em outro resolver um problema outro não, na equipe multiprofissional é possível você estar é... simultaneamente dando esse apoio pro paciente. (Trabalhador 14)

Podemos perceber nesses depoimentos, que os trabalhadores reconhecem e valorizam a união das forças como forma de otimizar o trabalho e torná-lo cada vez mais pleno, mas com a ressalva de que existem limites de atuação, conforme a área de cada um, cujo respeito a tais limites é uma condição básica para a boa convivência dos diferentes profissionais e algo

realmente necessário para o cumprimento das obrigações e o bom funcionamento dos serviços.

De acordo com Gomes et al. (2010) no trabalho em saúde, que se funda no encontro, a abertura a alteridade condiciona a forma como o serviço é produzido e seus efeitos na vida dos trabalhadores e dos usuários. No entanto, esses encontros escancaram as mazelas sociais, as distinções de valores e condições de vida, expõem toda vulnerabilidade e precarização da existência, e neste ponto, estar aberto ao outro pode ser doloroso. Para muitos profissionais, principalmente os advindos de realidades de vida absolutamente distinta dos usuários com quem se relacionam, e que não foram preparados em sua formação para esses encontros, essa abertura é quase insuportável, já que “depende de suportarmos o caos, próprio da dimensão invisível da alteridade; de suportarmos a violência das diferenças que aí se engendram, sem associá-la ao perigo de desintegração, de modo que o caos deixe de ser tão aterrador.”

Para estes mesmos autores, ao tratar ainda da integralidade sob uma perspectiva moral, cria-se uma excessiva preocupação com a resolutividade de problemas que, muitas vezes, não são definidos a partir da realidade dos serviços; não que sejam menos “urgentes”; todavia os planejamentos e planos de ação acabam se tornando impermeáveis ao saber do trabalhador e às demandas dos usuários; reproduzindo um modelo de especialismos, que tentam desqualificar o que se produz diariamente nos serviços de saúde. A lógica descrita impõe uma certa resistência ao diálogo, pois transforma os serviços em espaço para a simples circulação de saberes “individualizantes” e “culpabilizadores”, evitando o contato e a troca de experiências e legitimam de certa maneira práticas ditas verdadeiras. (GOMES et al., 2010)

Na opinião de Caetano e Silva (2009) as questões éticas entendidas como dimensões complexas e integradoras, onde se imbrica o racional e o emocional, o afetivo e o intuitivo, o pensamento e a ação, o objetivo e o subjetivo, extravasam a reflexão sobre os valores e intersticiam-se no cotidiano dos indivíduos e das comunidades, contribuindo para que aí equacionem os seus sentimentos individuais e coletivos. A educação, como empreendimento social, mediadora entre um passado que se pretende veicular e um futuro que se visa preparar, em tensão entre a socialização e o conservadorismo, por um lado, e a transformação e o desenvolvimento por outro, ela é própria intérprete, construtora e difusora de sentidos.

Portanto, a questão que se coloca aqui refere-se justamente ao fato de que a ética presente no dia-a-dia das pessoas, a priori deve perpassar pela questão educacional, através de uma formação voltada para tais valores e práticas.

Neste contexto, Grisard (2002); Dantas e Sousa (2008) discutem o valor da formação voltada para princípios éticos, que encontra dificuldade de diversas ordens na sua

implementação e efetivação nas universidades. O estudo de Grisard (2002) realizado com estudantes de medicina de uma faculdade em 2001, demonstrou que 35,72 % não conheciam o conceito de Medicina ao iniciar o seu curso médico; 4,16% não acham importante ter aulas de Ética na graduação médica e 47,62% não conheciam o conceito de Bioética.

O estudo de Caetano e Silva (2009) realizado com professores de duas Instituições de Ensino Superior (IES) de Portugal observou que, apesar dos dados sobre regulação ética da profissão indicarem a existência de professores considerando que “a formação não dá tudo” (educadora) e que um código deontológico pode ser importante, não é normalmente feita uma relação explícita sobre como a formação pode ser associada a um código, apesar de haver quem quando questionado sobre a formação inicial, a ligar implicitamente ao código, afirmando que era importante as pessoas já iniciarem com um código de ética, e de haver quem considere que o código poderia facilitar a formação da consciência profissional e ser a base de uma formação deontológica. Assim, mais do que processos que se alimentassem entre si, surgem como modelos paralelos e complementares de regulação. Alguns de seus dados sugerem uma carência na formação inicial na disciplina de ética aos profissionais que forneça fundamentos para a prática, bem como na formação contínua, que auxilie a minimizar a distância entre teoria e prática, que ajude a gerir relações de grupo e que oriente a formação ética dos alunos.

Para Dantas e Sousa (2008) em um estudo sobre o ensino da ética e bioética nos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia em Manaus, os atributos mais citados para um bom professor de ética, pelos docentes entrevistados, foram vivência e experiência profissional, a que podem ser agregados cultura humanística, conhecimento de filosofia moral e normas regulamentadoras da profissão, além de história da Medicina. O Consenso do Reino Unido para o ensino de ética médica e direito nas escolas médicas britânicas recomendou a presença de pelo menos um docente de elevada qualificação em direito e ética, com relevante *expertise* acadêmica e profissional, em tempo integral, para prover e coordenar as atividades educacionais. Esse docente poderia contar com a colaboração eventual de convidados de outras áreas do conhecimento, como filósofos, sociólogos, historiadores e antropólogos.

Diante disso, Caetano e Silva (2009) propõem que a formação deve se comprometer com uma visão complexa, onde as esferas individuais, interpessoais, institucionais, comunitárias e mesmo planetárias se consideram de uma forma interdependente. Uma visão complexa pressupõe uma articulação entre o todo e a parte, entre o bem comum e o bem individual, sobressaindo princípios e valores como a responsabilidade, a autonomia e a solidariedade, considerados em contextos participativos e democráticos. Trata-se de uma formação que



favorece a dialógica criativa, reflexiva e auto-reguladora entre o universal e o singular, o pensamento e a ação, a razão e a afetividade, as intenções e os resultados, os conteúdos e os contextos, sendo a flexibilidade e fluidez qualidades que interpenetram o que é mais estável e que atualizam os sentidos, pelo que o instante e o movimento são patês relevantes do processo.

Segundo Dantas e Sousa (2008) a bioética é uma ponte para um futuro mais solidário e sadio, a ser construído com mudanças comportamentais advindas da reflexão e análise de crenças e valores pessoais ou institucionais. Como acentuou Paulo Freire, “somos seres *condicionados*, mas não *determinados*”, em que a necessidade da ética se instaura no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade e da ruptura, impondo a responsabilidade pela defesa e prática da ética universal do ser humano. Seria louvável se as escolas médicas brasileiras seguissem os modelos hipocráticos de ensino da Medicina, com ênfase no exemplo ético dado pelos mestres, e socrático de educação do aluno, focado na problematização crítica, democrática e desalienante.

Gomes et al. (2010) dizem que atuar no plano da ética direciona nossas escolhas, tendo como critério a capacidade criadora, aquilo que favorece nosso convívio. Estar aberto nos permite produzir novas formas de estar juntos, novos tipos de sociedade, onde tomamos “o caráter da vida como critério de valor” sem negar seu aspecto histórico.

#### 6.4.1.2 A ética em defesa da vida: os princípios da bioética e o trabalho multiprofissional.

Percebemos também a necessidade de realizar aqui uma abordagem da ética sob o prisma da bioética, que permeia as relações de trabalho e também surge como componente essencial da rotina dos profissionais, em suas relações enquanto equipe, mas também, e principalmente, na sua relação com o próprio usuário. Para isso, iniciemos de onde de fato começa o debate.

Segundo Grisard (2002) após o término da II Guerra Mundial, em 2 de setembro de 1945, grandes dificuldades no exercício ético da Medicina e da pesquisa biomédica começaram a inquietar os médicos e a sociedade em geral, bem como o comércio, as relações sociais e a política. A partir de 1957, com a instituição, por lei, dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina no país, teve início uma maior preocupação em favor da ética médica.

De acordo com Loch (2002) com o surgimento da Bioética, na década de 70, era necessário estabelecer uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que emergiam da prática da assistência à saúde. Em 1979, os norte americanos Tom L.

Beauchamp e James F. Childress publicam um livro chamado “Principles of Biomedical Ethics”, onde expõem uma teoria, fundamentada em quatro princípios básicos - não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça - que, a partir de então, tornar-se-ia fundamental para o desenvolvimento da Bioética e daria uma forma peculiar de definir e manejar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes. Estes quatro princípios, que não possuem um caráter absoluto, nem têm prioridade um sobre o outro, servem como regras gerais para orientar a tomada de decisão frente aos problemas éticos e para ordenar os argumentos nas discussões de casos.

O termo “Bioética” surgiu nas últimas décadas (meados do século passado), a partir dos grandes avanços tecnológicos na área da Biologia, e aos problemas éticos derivados das descobertas e aplicações das ciências biológicas, que trazem em si enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza. A Bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. O comportamento ético em atividades de saúde não se limita ao indivíduo, devendo ter também, um enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, uma vez que sem cidadania não há saúde. (KOERICH, MACHADO, COSTA, 2005).

Para Hossne (2006) sem dúvida, a publicação do Relatório Belmont (1995) e do Livro de Beauchamp e Childress (1994) no início da década de 70 representam marco relevante na evolução da Bioética. Foi a partir deles que, de certa forma, sistematizou-se a ética biomédica. Ambas as publicações são fruto do trabalho da Comissão Nacional para a proteção do ser humano nas Pesquisas Biomédicas (EUA), criada para “*identificar os princípios éticos que deveriam nortear as experimentações envolvendo seres humanos*”. Na realidade, portanto, os princípios foram “identificados” não para a Bioética e sim para a ética referente às pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos.

Segundo Koerich, Machado e Costa (2005) a bioética se sustenta em quatro princípios: **O princípio da beneficência** relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus interesses; **O princípio de não-maleficência** implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco; o princípio da **Autonomia** diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada; **O princípio da justiça** relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais.

Na presente pesquisa, identificamos em alguns momentos na fala dos entrevistados reflexões que nos levam para este debate. Por exemplo, no discurso abaixo dos trabalhadores 3, 7, 11 e 12:

Eu acho importante porque ninguém pode trabalhar só dentro de um sistema único de saúde, é um depende do outro como eu acabei de falar a gente não pode ser... um só, nós temos que ser um por todos e todos com gente, não só ACS como enfermeiro, o técnico e o médico então nós somos integrados, isso eu acho muito importante. (Trabalhador 3)

(...) a gente sozinho não tem como a gente resolver tudo, mesmo que a gente seja... nós somos atenção primária à saúde, mas pra existir a atenção primária à saúde, a gente precisa realmente desse... desse sistema (...). (Trabalhador 7)

Olha é importante que tenha essa integralidade das equipes entendeu? Que um possa “tá” encaminhando pro outro, porque? A gente depende do ACS pra “tá” na área fazendo a visita, é ele que vai nos informar qual paciente que precisa da nossa visita domiciliar, da nossa avaliação, da nossa consulta, bem como a enfermeira entendeu? O médico também, a gente não vai poder adivinhar, então se tudo isso não caminhar de uma forma coerente, tudo junto não funciona o trabalho. O serviço em si, ele só caminha se tiver essa junção entendeu? Se tiver esse apoio do profissional que tá do teu lado entendeu? Porque se não eu não vou poder fazer o trabalho sozinha; o NASF é um grupo, que desenvolve é... ações, e... tenta fazer o matriciamento “tudinho” entendeu? e as nossas ações são voltadas a grupos, então se eu não tiver um grupo de profissionais querendo trabalhar vai ficar difícil só eu como fisioterapeuta trabalhar ou vice-versa qualquer outro profissional da nossa equipe. (Trabalhador 11)

Então, a respeito do trabalho multiprofissional, pelo menos pelo que eu entendo na experiência de saúde da família, é que a gente... existe uma população que a gente abrange por meio do território, então a gente recebe essas demandas, e a partir dessas demandas e a necessidade naquele momento da situação daquela família, a gente consegue entender onde a gente pode atuar, então eu entendo a parte do trabalho em equipe multiprofissional justamente esse diálogo (...) (Trabalhador 12)

Percebemos estes posicionamentos coerentes ao princípio da beneficência, no que se refere ao fato de a equipe trabalhar unida, e mesmo os serviços da rede estruturados de maneira integrada como aponta a fala do trabalhador 7, em prol de um objetivo final relacionado ao bem-estar de seu público-alvo, neste caso, as famílias componentes da população adscrita.

Ligiera (2005) afirma que o princípio da beneficência (do latim *bonum facere*, i.e., fazer o bem) tem sido considerado o mais antigo da ética médica. Também é o que mais recebeu destaque durante muitos anos, fruto de uma cultura paternalista. Encontramos suas raízes no famoso Juramento de Hipócrates, em que lemos: “aplicarei os regimes para o bem dos doentes [...] na casa onde for, entrarei apenas pelo bem do doente”. As ciências médicas desenvolveram-se, portanto, tendo como objetivo primário fazer ou promover o bem. Tal desiderato tem sido entendido frequentemente como o dever de recuperar a saúde e preservar a vida. Entretanto, há que se analisar cada caso de modo cuidadoso, a fim de que a pretensão de fazer o bem não se transforme numa obsessão de atuar, mesmo quando as circunstâncias concretas demonstram a insensatez da utilização de determinado procedimento.

Para Loch (2002) beneficência quer dizer fazer o bem. De uma maneira prática, isto significa que temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro. Este conceito, quando é utilizado na área de cuidados com a saúde, que engloba todas as profissões das ciências biomédicas, significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. É usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar.

Em relação a esse cuidado, Sousa et al. (2010) discutem que o cuidar faz parte da existência humana desde o nascimento até a finitude, e se constitui uma necessidade primordial do homem no processo de viver. O ato de cuidar contempla o componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana de modo saudável e se insere no contexto da liberdade e da autonomia, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, visto que cuidar propicia condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum.

No entanto, Koerich, Machado e Costa (2004) atentam para o fato de que comum que os profissionais da saúde tenham uma atitude paternalista para com os clientes, ou seja, decidam o que é melhor para eles, sem levar em conta seus pensamentos ou sentimentos e, geralmente, justificam suas atitudes com uma frase semelhante a esta: “é para o seu próprio bem”, mesmo que o cliente discorde. Desta forma, mesmo tendo a intenção de fazer o bem, estão reduzindo adultos à condição de crianças e interferindo em sua liberdade de ação.

De acordo com Loch (2002) o princípio da Beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da Não Maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem estar dos pacientes, promovendo ações: a) para prevenir e remover o mal ou dano que, neste caso, é a doença e a incapacidade; e b) para fazer o bem, entendido aqui como a saúde física, emocional e mental. A Beneficência requer ações positivas, ou seja, é necessário que o profissional atue para beneficiar seu paciente. Além disso, é preciso avaliar a utilidade do ato, pesando benefícios versus riscos e/ou custos. Por exemplo, um pesquisador submete um protocolo de investigação ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição: se espera que o investigador esclareça quais são os riscos para os sujeitos pesquisados e quais são os benefícios esperados com o estudo, tanto para os participantes como para a sociedade em geral, e, então, argumente porque os possíveis benefícios sobrepujam os riscos, pois só neste caso a pesquisa é considerada eticamente correta ou adequada. O mesmo raciocínio pode ser utilizado para os procedimentos da prática clínica, com o intuito de definir a sua utilidade e beneficência.

O princípio da beneficência geralmente apresenta-se ligado ao conceito da não-maleficência que, segundo Loch (2002) de acordo com este princípio, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente. Considerado por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, tem suas raízes em uma máxima que preconiza: “cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos”. Este preceito, mais conhecido em sua versão para o latim (*primum non nocere*), é utilizado frequentemente como uma exigência moral da profissão médica. Trata-se, portanto, de um mínimo ético, um dever profissional, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má-prática ou prática negligente da medicina ou das demais profissões da área biomédica.

Para Koerich, Machado e Costa (2004) para atender a este princípio, não basta apenas, que o profissional de saúde tenha boas intenções de não prejudicar o cliente. É preciso evitar qualquer situação que signifique riscos para o mesmo e verificar se o modo de agir não está prejudicando o cliente individual ou coletivamente, se determinada técnica não oferece riscos e ainda, se existe outro modo de executar com menos riscos.

Neste sentido, observamos nas falas abaixo preocupações que nos remetem a essa questão:

(...) No caso do NASF eu dependo do meu colega pra gente “tá” fazendo uma visita domiciliar entendeu? Ou até mesmo no nosso grupo entendeu? As vezes é um paciente que tem um problema é... na voz e eu já passo pro meu colega que é “fôno” entendeu? Ou ele vice-versa ele já tem uma parte que é motora no paciente, então ele já traz pra mim a gente faz essa avaliação, às vezes a gente forma uma avaliação juntos entendeu? E pra traçar o melhor tratamento pra aquele paciente; então se a gente não tiver essas duas situações unidas e juntas, não tem como trabalhar. (Trabalhador 11)

(...) a partir do momento que eu sou acionado pensando de forma prática, que eu sou acionado pra escutar uma necessidade de alguma família, de algum usuário, e eu me deparo que tem coisas ali que alguns anseios vão além de mim, então eu vou saber se... eu vou identificar então que, a partir que eu não vou poder sanar toda aquela situação, então que eu preciso pensar naquele sujeito, de que de repente eu vou pra alguma demanda física só que existe uma demanda psicológica, então eu entendo que pensando de forma integral, aquela condição psicológica se ela for revertida ela vai ser muito importante na condição de saúde, então eu vou saber entender o momento de acionar, por exemplo, um profissional que possa melhor assistir. (Trabalhador 12)

Isto nos mostra que o profissional precisa ter sensibilidade de perceber até onde vai sua atuação, e até mais do que isso precisa enxergar as necessidades reais de cada pessoa e saber quando solicitar ajuda de outros profissionais, na perspectiva do trabalho multiprofissional, para de fato estar apto a cumprir seus objetivos e atingir sucesso em suas condutas.

Loch (2002) aponta que a Não Maleficência tem importância porque, muitas vezes, o risco de causar danos é inseparável de uma ação ou procedimento que está moralmente indicado. No exercício da medicina este é um fato muito comum, pois quase toda intervenção diagnóstica ou terapêutica envolve um risco de dano. Por exemplo, uma simples retirada de sangue para realizar um teste diagnóstico tem um risco de causar hemorragia no local

puncionado. Do ponto de vista ético, este dano pode estar justificado se o benefício esperado com o resultado deste exame for maior que o risco de hemorragia. A intenção do procedimento é beneficiar o paciente e não causar-lhe o sangramento. No exemplo anterior, as consequências do dano são pequenas e certamente não há risco de vida. Porém, se o paciente tiver problemas de hemostasia, este risco ficará aumentado. Quanto maior o risco de causar dano, maior e mais justificado deve ser o objetivo do procedimento para que este possa ser considerado um ato eticamente correto.

Segundo Ligiera (2005) no Relatório Belmonte, os princípios de beneficência e não maleficência foram tratados como um só. Para Beauchamp e Childress, todavia, eles têm uma caráter moral diferente, já que o dever de não fazer o mal apresenta-se como mais vinculativo do que a exigência de fazer o bem. De fato, comentam estes autores que “embora a não-maleficência e a beneficência sejam similares e frequentemente tratadas na filosofia moral como não sendo nitidamente distinguíveis, combiná-las num mesmo princípio obscurece distinções relevantes”. Diante disso, concluem: “em geral, as obrigações de não-maleficência são mais rigorosas que as obrigações de beneficência; e, em alguns casos, a não-maleficência suplanta a beneficência, mesmo que o resultado mais útil seja obtido agindo-se de forma beneficente.” Beauchamp e Childress passam então a examinar criticamente as distinções entre “matar” e “deixar morrer”, entre a “abstenção” e a “interrupção” do tratamento, bem como as relativas a diversos outros parâmetros desenvolvidos para a especificação dos requerimentos da não-maleficência na assistência à saúde, especialmente no que diz respeito a decisões por tratamentos ou à decisão pelo não-tratamento.

Outro princípio da bioética cuja discussão se torna interessante neste contexto se refere justamente o princípio da autonomia que se expressa bem nos trechos citados abaixo da fala do trabalhador 12:

(...) quando a gente recebe uma demanda e a gente precisa discutir, precisa sentar pra discutir, inclusive junto com a família que é muito importante porque não sou eu que vou ditar as metas, os desejos daquela família, daquele indivíduo inserido naquela família, então a equipe pra fazer um trabalho efetivo multiprofissional precisa ter momentos de discussão, de integração mesmo junto com a família pra saber aonde chegar.

Bom é... acho que uma das coisas que seria interessante assim que eu já vi ocorrer por exemplo em CAPS, que acaba sendo interessante, e como a gente tem essa aproximação também com a comunidade no trabalho em atenção primária no NASF, na saúde da família, seria importante também eu acho que espaços de assembleias assim, com famílias, com a comunidade no geral, pra entender essas, toda essa dimensão assim que toda essa complexidade da realidade. (Trabalhador 12)

As falas acima citadas representam dois momentos: na primeira, destaca-se a intenção do participante em respeitar e preservar a opinião dos usuários, na tentativa de criar aproximação com a comunidade para se sensibilizar com as necessidades e realmente organizar o serviço

em função dessa população; a segunda opinião expressa também o princípio da autonomia a partir da escuta das demandas da população, por meio das assembleias, reforçando o papel do sujeito nas tomadas de decisões relativas o processo de saúde realizada por pessoas conscientes de suas decisões; o que também nos remete à questão da participação popular bastante preconizada no SUS.

Na perspectiva da participação comunitária, observamos sua concretização por meio da formulação e do controle na execução da política de saúde, conquistada no movimento da Reforma Sanitária, a qual visa trazer para a arena pública os destinatários da política de saúde como estratégia para democratização da saúde e da sociedade. Possibilita, deste modo, que os usuários desenvolvam a consciência de que são integrantes dos serviços, sujeitos na forma como a assistência e o cuidado se realizam, e sua exclusão se traduz como a negação dos direitos nos níveis individual e coletivo e dos princípios do SUS. (OLIVEIRA et al. 2014)

Neste contexto, enfatizamos que a participação comunitária também é uma das formas de expressão da autonomia dos usuários-cidadãos, uma vez que conscientes de seus direitos e cientes de suas necessidades, a população se mostra verdadeiramente apta a agir de fato no SUS exercendo sua liberdade e responsabilidade na construção de políticas e ações, de um modo geral, que venham atender seus anseios nas questões de saúde.

Em relação à autonomia dos usuários, primeiramente, Loch (2002) define autonomia como a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para que ela possa exercer esta autodeterminação são necessárias duas condições fundamentais: a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas; b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição. Já o respeito à Autonomia significa ter consciência deste direito da pessoa de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções. Respeitar a autonomia é, em última análise, preservar os direitos fundamentais do homem, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade.

Para Koerich, Moreira e Costa (2005) o direito moral do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo. Assim, também os profissionais da saúde precisam estabelecer relações com os clientes em que ambas as partes se respeitem. Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estejam em divergência com aqueles

dominantes na sociedade, ou quando o cliente é uma criança, um usuário de saúde mental ou um sofredor psíquico. Cabe aos profissionais da saúde oferecer as informações técnicas necessárias para orientar as decisões do cliente, sem utilização de formas de influência ou manipulação, para que possa participar das decisões sobre o cuidado/assistência à sua saúde, isto é, ter respeito pelo ser humano e seus direitos à dignidade, à privacidade e à liberdade. Deve-se levar em conta que vivemos em sociedade, portanto, possuímos responsabilidades sociais.

Segundo Ligiera (2005) o conceito de autonomia é empregado por Beauchamp e Childress para examinar a tomada de decisão no cuidado da saúde, a fim de identificar o que é protegido pelas regras de consentimento informado e recusa informada. Conforme revelam os autores, “desde os julgamentos de Nuremberg, que apresentaram relatos horrendos de experiências médicas em campos de concentração, a questão do consentimento tem estado em primeiro plano nas discussões da ética biomédica.” O consentimento informado apresenta-se, outrossim, como extremamente relevante para o alcance do pleno respeito à autonomia do paciente. Durante muito tempo, o médico sentiu-se exonerado do dever de obter o consentimento do paciente com supedâneo no argumento, não raro falacioso, de que o doente, além de afetado em suas condições psíquicas em virtude da enfermidade, também era leigo e ignorante, não possuindo conhecimento suficiente para decidir se desejava ou não um determinado tratamento.

Na prática assistencial, é no respeito ao princípio de autonomia que se baseiam a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e o consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamentos. Este princípio obriga o profissional de saúde a dar ao paciente a mais completa informação possível, com o intuito de promover uma compreensão adequada do problema, condição essencial para que o paciente possa tomar uma decisão. Respeitar a autonomia significa, ainda, ajudar o paciente a superar seus sentimentos de dependência, equipando-o para hierarquizar seus valores e preferências legítimas para que possa discutir as opções diagnósticas e terapêuticas, ou em qualquer outro contexto do processo de saúde para além das fronteiras do ambiente hospitalar. (LOCH, 2002)

Neste sentido, podemos afirmar que esse princípio também é fundamental na construção de vínculos entre profissionais e usuários, baseados, sobretudo, numa relação de respeito à liberdade e decisões, bem como estabelecimento de confiança entre equipe e comunidade, otimizando as ações de saúde, tornando-as mais efetivas, na medida em que aumenta adesão dos usuários aos serviços e estimula cada vez mais a atuação dos trabalhadores.



Existem ainda outros debates do campo da ética e bioética, próprios ao contexto da APS, tendo em vista o diferencial desse nível de atenção marcado pela aproximação entre equipe e usuário, dignos de discussão; como é o caso das visitas domiciliares, conforme aponta uma pesquisa feita por Seoane e Fortes (2009) com usuários, cujos resultados sugerem que os serviços de saúde podem não estar devidamente organizados para preservar o direito dos usuários à privacidade e à confidencialidade das informações e, desse modo, os mesmos podem ser identificados pelas suas condições de saúde ou enfermidades, contribuindo, sobretudo, para a diminuição da qualidade do tratamento.

Esta é uma das situações, relativamente recentes características da atenção primária, que se apresentam, ora como desafio ora como oportunidade de reflexão, quando se quer fazer cumprir os preceitos do SUS, mas sem agredir ou minimizar os efeitos de uma intervenção na relação profissional-usuário ou ainda, em uma dimensão maior, equipe-comunidade; no intuito de otimizar as ações de saúde, mas levando em consideração os anseios, medos, expectativas, sofrimentos e tudo mais que permeia a atmosfera das relações entre diferentes sujeitos, que assumem diferentes papéis mas que buscam um objetivo comum: fazer saúde por caminhos mais solidários e sensíveis às necessidades de todos os envolvidos no processo.

Neste contexto, Ligiera (2005) conclui que os princípios da bioética devem funcionar como meio, não como fim. Devem servir como caminhos, suportes e supedâneos para reflexões e, se possível, entendimentos. Cada caso precisa ser analisado individualmente. Não se pode estabelecer de antemão o que constitui beneficência, e o que não. Não se deve preconceber o que significa fazer o bem. O que pode ser feito, isto sim, é a promoção do diálogo, do respeito, da compreensão, como meios de humanizar a medicina, a fim de que os maiores bens do paciente possam ser mais facilmente preservados: não apenas sua vida e sua saúde, mas também sua dignidade como pessoa humana.

## 6.5 “POR QUE É DIFÍCIL ?” CONFLITOS, DILEMAS, COMPETÊNCIAS E A COMPLEXIDADE DO TRABALHO EM EQUIPE.

Ao se discutir as dificuldades que perpassam pelo contexto do trabalho em equipe na APS percebemos uma gama de questões, que vão desde o ambiente das relações entre profissionais até o campo da organização e estrutura dos processos de trabalho. Tendo em vista essa diversidade de situações, iremos adiante discuti-las seguindo as principais ideias apontadas pelos entrevistados do presente estudo.

Iniciarei o debate a partir daquilo que foi mais encontrado na fala dos participantes, no que se refere às dificuldades do trabalho em equipe, que foi justamente aquelas de ordem estrutural e financeira. A maioria dos trabalhadores mencionou a falta de apoio da gestão como um importante obstáculo no momento de realizar ações de saúde, bem como conduzir os serviços, de um modo geral, no cotidiano das equipes de saúde; no que se refere à disponibilidade e uso de recursos materiais, condições do local de trabalho, dentre outras colocações dessa natureza.

(...) nós não temos o apoio para que nós possamos desenvolver nosso trabalho melhor ainda, entendeu? Porque se nós tivéssemos, o nosso trabalho seria muito melhor, mas não temos apoio de ninguém, trabalhamos com o nosso dinheiro e como muitas vezes “tiramos do nosso bolso” pra fazer e com o dinheiro dos participantes da equipe. (Trabalhador 13)

O aspecto negativo ele se refere à estrutura que esse grupo não tem recebido (né) e é uma estrutura física, principalmente, um local de trabalho mais adequado é... aparelhos é... que possam ser utilizados para um melhor serviço prestado desses usuários. É... além desses... dessa necessidade de material didático, material que nos auxiliem no atendimento do usuário, é... nós precisamos como equipe, de fato, oferecer ao usuário um apoio é mais efetivo, tendo uma relação mais estreita com o usuário, a fim de conhecê-lo e não é... apresentar um serviço que possa alcançá-lo de uma maneira mais efetiva. (Trabalhador 2)

o negativo é a falta de estrutura, é só isso falta de estrutura. (Trabalhador 6)

Bom vou falar primeiro do negativo que... o negativo são mesmo as questões materiais (né) a carência dos materiais que a gente precisa pra trabalhar, desenvolver o melhor trabalho com esses pacientes (...). (Trabalhador 8)

Neste sentido, Silva e Formigli (1994) afirmam que o esforço mais bem-sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian, que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, a partir do referencial teórico sistêmico. Para este autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Este autor ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo.

Dessa perspectiva avaliativa proposta por Donabedian, podemos depreender o quão fundamental é o papel da estrutura dos serviços para o bom desempenho do trabalho em saúde, na medida em que se constitui como ferramenta básica e essencial para o desenvolvimento de ações, no bom andamento das atividades, de modo satisfatório tanto para os profissionais quanto para os usuários, aumentando, assim, a efetividade de tais ações.

Mas para Viegas (2010) a porta da 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 seu estudo, portanto, não haveria 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. Por outro lado, embora o SUS tenha provocado avanços importantes e, de fato, houve considerável melhoria em relação ao acesso às ações e aos serviços, 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.

Portanto, assume-se então uma tensão ao pensarmos que a nova lógica a qual o modelo de saúde foi reorientado preconiza uma nova mentalidade baseado em ações de promoção, prevenção por meio de práticas como a educação em saúde, que prevê extrapolar os muros das unidades de saúde e adentrar mais espaços da comunidade, desviando, dessa forma, o foco de uma prática assistencialista, baseada em procedimentos, restrita ao ambiente das UBS's. Por outro lado, vivenciamos uma realidade de uma população extremamente carente, necessitada de procedimentos básicos de saúde e fortemente atrelada ainda à cultura da medicalização da vida; que buscam nos serviços de saúde “a cura de seus males”, exigindo um suporte mínimo do ponto de vista estrutural para resolver tais questões; que muitas vezes é negligenciado ou mal atendido por gestores nem sempre tão comprometidos com as causas do SUS, desafiando diariamente o trabalhador a repensar suas práticas e encontrar meios de solucionar tais conflitos, uma vez que a equipe encontra-se no “front” de enfrentamento de tais questões e lida constantemente com as frustrações, angústias e anseios decorrentes dessa situação.

Neste contexto, Oliveira (2013) discute que considerando a situação brasileira, ainda carente de necessidades básicas de sobrevivência e demandante de maiores investimentos na melhoria das condições de vida dos cidadãos, chama a atenção o caráter reducionista da Política Nacional de Promoção da Saúde, quando esta dá maior ênfase às ações direcionadas às dimensões individuais como as práticas de atividade física, alimentação saudável, o controle do tabagismo, álcool e drogas. Isso pode sugerir que o foco principal da mudança está no controle das pessoas e não nos determinantes e condições socioambientais. Na perspectiva de avançar rumo ao cuidado integral, defende-se a proposta de uma Política Nacional de Promoção da Saúde em consonância com a melhoria dos modos de vida apostando na capacidade de autorregulação dos sujeitos, sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida, ao mesmo tempo em que este se responsabilize pela formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população. Assim, a autonomia significa a construção de maiores capacidades de análise e de corresponsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente, ou seja, com a vida.

Todavia, Pinheiro (2009) aponta que existe uma diversidade de projetos políticos individuais, nos quais se observam, de um lado, os dirigentes municipais com as responsabilidades de controlar os recursos financeiros e articular a estrutura de poder decisório da organização (na definição de prioridades, política de pessoal, etc) e, de outro, os profissionais de saúde que controlam os recursos do saber, que é também poder, e a principal força de trabalho. Evidente está a condição de desigualdade dos usuários frente a esses atores, no que concerne ao grau de conhecimentos específicos que eles têm sobre os aspectos organizacionais dos serviços de saúde. A desigualdade será tanto maior quanto à insuficiência de informações e mecanismos esclarecedores capazes de prepara-los (usuários) para o exercício do direito à saúde, como um exercício de cidadania.

No estudo de Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) realizado com equipes de saúde do município de Manacapuru, no estado do Amazonas, não foi identificada qualquer política de recursos humanos, no sentido de contratação bem como de qualificação dos profissionais, tendo em vista o silêncio com relação a planejamento e execução de educação permanente, sobretudo na perspectiva dessas iniciativas construídas junto aos diversos profissionais e destes para com a gestão. Os profissionais são contratados através de indicação política, não havendo processos seletivos ou mesmo concursos públicos. Todos os contratos são temporários, gerando desconforto e constante insegurança para esses profissionais, já que existem pressões políticas que os fazem se submeterem a trabalhar em condições mínimas de

trabalho. Este tipo de trabalho pode ser caracterizado como vínculo precário, sendo eminentes os problemas ocasionados em termos das relações humanas, conforme o modelo teórico apresentado. As relações são extremamente verticalizadas, de gestores para profissionais, assim como com a comunidade. Como reflexo do contexto apresentado, a ESF apresenta-se distante do trabalho integrado, horizontalizado e consonante aos seus preceitos fundamentais, uma vez que a relação humana e as relações de poder advindas desta são sustentáculos para o bom funcionamento dos serviços.

Diante disso, um caminho possível para este embate, seria assumir de fato o que propõe o SUS, no sentido de estabelecer e consolidar uma gestão compartilhada entre profissionais, usuários e gestores para pactuar ações a partir das necessidades da população, possibilidades de atuação da equipe de saúde e disponibilidade de recursos por parte do gestor, por meio de parcerias que valorizem cada ator social nesse contexto, resgatando autonomia dos usuários, auxiliando na difusão dessa nova mentalidade em saúde que preconiza uma atenção integral ofertando cuidado quando necessário, e reforçando o caráter democrático dos serviços baseado na participação popular e controle social.

Corroborando esta ideia, Pinheiro (2009) nos apresenta a experiência de Volta Redonda com a proposta “Em defesa da vida”, que visa fortalecer o poder público no sistema de saúde local; por meio de estratégias como a criação de espaços institucionais de participação, tais como os conselhos gestores de unidades básicas de saúde, que, junto com os espaços formais determinados pelo arcabouço jurídico-institucional do SUS (os conselhos de saúde) formariam uma verdadeira rede de canais de vocalização de demandas no âmbito do sistema de saúde local, caracterizando-se como um importante avanço nessa construção de um SUS mais participativo.

No entanto, para esta mesma autora é nítida a linha divisória entre as transformações ocorridas no sistema e as mudanças que faltam acontecer nas estruturas que sustentam esses sistemas: as instituições de saúde. Para essas instituições, têm sido desenhados modelos assistenciais em saúde que mais parecem externos a elas, com pouca ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Racionalmente pensados, os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos, o que reforça a ideia de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção do SUS – e por que não? – da materialização da integralidade como direito e como serviço.

Outra dificuldade apontada pelos membros das equipes entrevistados refere-se às questões organizacionais, que interferem em maior ou menor grau nos processos de trabalho.

de negativo (...) é com relação, às vezes, a prontuário de paciente, que prontuário é um documento do paciente que a gente anota tudo lá, tudo, tudo, tudo, e que como a demanda de paciente é muito grande, não é possível a gente lembrar de todos os pacientes, ainda mais que eu “to” assumindo duas equipes aqui, que a outra médica tá de licença-maternidade aí é impossível, ainda mais pelo pouco tempo, alguns eu já conheço mas ainda tem paciente que ainda tá vindo a primeira vez comigo de tão grande que é a demanda, agenda lotada, e assim, quando a gente olha no prontuário, a nossa consulta anterior, a gente lembra do caso, lendo ali o que a gente escreveu a gente lembra, aí as vezes chega o paciente aqui, não encontraram o prontuário por algum motivo e aí tem que perguntar tudo de novo, às vezes algum detalhe que o próprio paciente não lembra, às vezes, acaba sendo batido e as vezes alguma situação acaba deixando de ser dado devida atenção pela, justamente por não ter encontrado o prontuário no dia da consulta que tá marcada; então, por enquanto, o que eu observei de negativo foi isso, tentar uma melhor organização no sentido de arquivamento pra evitar esse tipo de situação. (Trabalhador 14)

(...) tá faltando mais é... como é que eu posso colocar... é tá faltando... um empenho maior da organização de prontuários, até porque tá faltando, tá defasado a mão-de-obra (né) tá faltando ACS, eu acho que é isso que tá é fazendo com que haja essa desorganização de alguns prontuários, e fazendo com que a gente fique sobrecarregado, com a falta dessa mão-de-obra, do ACS, pra completar a equipe, que a equipe tá desfalcada. (Trabalhador 10)

Ambas as falas se relacionam a um componente fundamental dos processos de trabalho, que segundo Silva e Formigli (1994) aparece no momento em que o autor também ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo.

Isto nos mostra que, ainda que pareça menos importante ou apenas um pequeno detalhe dentro da complexa dimensão do trabalho em saúde, essas questões mais simples e pontuais são extremamente necessárias, quando se pretende garantir maior fluidez e eficiência das ações de saúde.

Tomando por base alguns dos conceitos utilizados por Costa e Castanhar (2003), estudiosos da avaliação de programas, e adaptando-os à rotina dos serviços de saúde, iniciemos pelas definições de eficiência — como um termo originado nas ciências econômicas que significa a menor relação custo/benefício possível para o alcance dos objetivos estabelecidos no programa; eficácia — enquanto medida do grau em que o programa atinge os seus objetivos e metas; e impacto (ou efetividade) — que indica se o projeto tem efeitos (positivos) no ambiente externo em que interveio, em termos técnicos, econômicos, socioculturais, institucionais e ambientais. De posse disso, os autores afirmam que a avaliação de programas, no que diz respeito aos processos, possui como objetivo detectar possíveis defeitos na elaboração dos procedimentos, identificar barreiras e obstáculos à implementação e gerar dados importantes para reprogramação, através do registro de eventos e de atividades. Assim, o uso adequado das informações produzidas durante o desenvolvimento do programa permite introduzir mudanças no seu conteúdo durante a própria

execução. Sua aplicação requer, todavia, que se possa desenhar os fluxos e processos de programa. Além disso, pressupõe a existência de um adequado sistema de informações gerenciais, que serviram de base ao trabalho dos gestores e dos avaliadores na época oportuna.

Diante disso, podemos inferir que a eficiência, eficácia e efetividade dos procedimentos e ações em geral do dia a dia das equipes depende totalmente dos dados e informações que se produzem, o que nos remete à fala dos participantes 10 e 14 acima mencionadas; cuja organização dos instrumentos, materiais e demais elementos da rotina é vista como algo essencial para a fluidez do serviço, na busca de resultados satisfatórios por meio de um processo bem estruturado que garanta qualidade e resolatividade.

Além dessa, outra dificuldade relacionada ao processo de trabalho encontra-se em alguns depoimentos de trabalhadores que mencionaram a questão da carga horária diferenciada dos profissionais da equipe como um impeditivo no momento de cumprir a integralidade, devido à impossibilidade de se pensar e fazer mais ações que agreguem os profissionais do serviço, em virtude dessa divergência de horários disponíveis.

qual é a dificuldade? É que algumas são quarenta horas e algumas são vinte horas, então algumas atividades tem que ser é... correlacionadas a disponibilidade dos dois profissionais de vinte horas que é o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta, e às vezes, o restante desse trabalho dos outros no caso como a psicóloga que são quarenta horas, fica deficiente nesse sentido, porque nós não temos a equipe de uma maneira integral mesmo, porque são leis do conselho que dividem o profissional. (Trabalhador 1)

o que eu acho um ponto negativo é que o grupo NASF só atende dois dias da semana, aí os outros dias ficam descobertos, e as vezes a gente precisa deles de segunda a sexta também, mas eles têm dois dias aqui, dois dias na outra unidade, dois dias em outra unidade... aí eu acho que isso é um ponto negativo pra nós, eu acho que... porque a equipe multiprofissional deveria atuar todos os dias dentro da unidade, porque ajudaria muito a dar continuidade ao trabalho. (Trabalhador 7)

Observamos em ambos os discursos dois impasses: o primeiro refere-se ao fato de a própria equipe do NASF apresentar horários diferenciados entre os profissionais, em virtude da legislação que rege cada profissão; em outro plano fica evidente a disparidade ainda maior quando se compara NASF e ESF, com jornadas de trabalho bastante divergentes, e isso se deve à própria lógica da organização do serviço, uma vez que um NASF deve dar suporte à várias estratégias, gerando conflitos dessa natureza.

De fato, essa logística organizacional do processo de trabalho do NASF e Estratégia perpassam questões que fogem ao domínio dos profissionais, e vão desde o campo político até o campo das necessidades dos usuários. Vivemos realidades complexas marcadas por fortes demandas de ordem básica coexistindo com casos bem específicos, desafiando gestores e trabalhadores de saúde a refletir e se reinventar o tempo todo, para lidar com problemas mais

variados possíveis, em territórios desiguais e de dimensões continentais, na tentativa de cumprir ao máximo os princípios do SUS, especialmente equidade, universalidade e integralidade; oferecendo bens em saúde do modo mais acessível possível para a população.

Mas enquanto não alcançamos a tão esperada universalidade, apostamos em um SUS com prioridades, cuja assistência se volta para atendimento dos mais necessitados, indo justamente de encontro à sua essência principalmente no que tange à integralidade da atenção, levando a outra consequência que seria o aumento pela procura por planos e seguros de saúde por parte daqueles que “podem pagar” para usufruir da saúde, esbarrando na relação público-privado que está bem representada na fala de Lígia Bahia abaixo ilustrada:

Gostaria de não estar vendo o aumento da privatização [da saúde], mas o que eu vejo [...] é uma sucessão de governantes que pensam que o SUS é para pobres. E, já que o SUS é para pobres, tem que desonerá-lo de quem pode pagar – esse discurso está sempre presente. (Lígia Bahia)

Ainda segundo esta pesquisadora, dentre os diversos desafios do SUS, sejam eles de natureza financeira ou de gestão, existem alguns básicos pra resolver tais situações que seria justamente “atrair os médicos para o SUS”, utilizando-se de diversas estratégias de valorização profissional como aumento salarial, mas principalmente, investindo na educação priorizando uma formação voltada para o SUS.

Para Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) o ensino em saúde é estruturado a partir de diversos saberes, incluindo aqueles produzidos no cotidiano das práticas profissionais, nas relações político-sociais e nas experiências dos sujeitos inseridos neste campo. A valorização das experiências práticas significativas, durante a formação do profissional de saúde, pode contribuir pra a criação de diferentes espaços de ensino-aprendizagem, durante o processo de formação orientado por uma construção dialógica entre mundo do trabalho e o da formação, como parte do processo de transformação. Porém, essa valorização dos saberes da prática não se constrói de forma simples e automática. Requer diversas estratégias e planejamentos para sua mobilização pelo conjunto de docentes.

Isto nos permite dizer que, quanto mais cedo e enfatizado for o contato com a realidade do SUS e do trabalho em equipe, otimiza-se a potência formadora de trabalho para gerar profissionais sensíveis à realidade e necessidade da população, bem como estimula a capacidade criativa destes futuros profissionais para criticar as realidades vivenciadas e, desde já, ser instigado a pensar nas questões do dia a dia impostas pelo próprio sistema e aquelas referentes ao processo de trabalho multiprofissional, buscando as melhores alternativas para lidar com essas situações.



Neste sentido, Pinheiro (2009) nos apresenta a experiência de Volta Redonda, na qual embora a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda tenha reunido esforços para garantir a multidisciplinaridade, mediante medidas para disponibilizar profissionais não-médicos, tais como psicólogos, fonoaudiólogos e enfermeiros, nas unidades básicas de saúde, a lógica do atendimento nesses serviços está centrada, em sua grande maioria, no atendimento individual realizado pelo médico. Isto reforça a tese de que, para garantir a multidisciplinaridade, não basta compor equipes com profissionais de outras áreas, mas reconhecer a realidade expressa em termos de acesso a bens de saúde, um conjunto de valores, crenças e ideias calcado na racionalidade médica contemporânea. É pautada na figura do médico, com incorporação de alta tecnologia como ferramenta de atenção e cuidado em saúde.

A partir desta colocação, e da própria fala de Lígia Bahia, depreendemos uma valorização da figura do médico em relação aos demais profissionais, o que pode ser a raiz de muitos conflitos. Um deles relaciona-se à questão da hierarquização do trabalho, que, segundo Peduzzi (2010) a hierarquia institucional expressa tanto a estrutura organizacional e o modelo de gestão, como a pirâmide de disciplinas, áreas profissionais e respectivos trabalhos especializados – o que, no conjunto, expressa relações de mando.

Neste sentido, o estudo de Pereira (2011) confirma que há valorização desigual entre os trabalhos, ideia que não esteve presente na maioria das falas, mas encontrou espaço no contexto estudado. O depoimento de um dos participantes demonstrou que existe, para além das diferenças técnicas, o trabalho do médico é considerado de maior valor quando comparado aos outros profissionais. Assim como sinaliza a complementaridade e interdependência das ações dos distintos profissionais. É notório o status social do médico na área da saúde. É uma realidade construída através de um processo histórico de inserção social deste profissional como detentor do saber técnico-científico para o controle e tratamento das doenças. Na divisão do trabalho, na maioria das vezes, as outras profissões são acessórias ao que é principal e de onde deriva o saber mais intelectual e normatizador do trabalho em saúde.

Por outro lado, a pesquisa de Bonaldi et al. (2010) demonstrou que um trabalhador em saúde entrevistado em Aracaju, chefe da frota das ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ao ser questionado sobre quem é mais importante durante os processos de atenção/assistência à saúde, respondeu também questionando quem é mais importante no corpo: o braço, a perna, a cabeça, o tronco? Reconhecendo assim, não haver “o mais e o menos importante”, mas sim diferentes componentes que devem estar guiados por um objetivo comum na busca de oferecer uma atenção mais integral.

Nesta perspectiva, Peduzzi (2010) afirma que para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração, é preciso que seus componentes, cada um deles, e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Outro aspecto relacionado à valorização de um profissional em detrimento de outros recai na situação de sobrecarga de trabalho, que será discutido adiante de maneira mais detalhada.

Mas o que se percebe, de fato, nessa logística operacional desigual, é que ela origina uma série de outras consequências que, sob certo ponto de vista, parecem reforçar a dificuldade de abrangência, acesso e resolutividade dos serviços de saúde. É inegável os avanços obtidos a partir dessa nova lógica implementada, mas não podemos deixar de pensar que muito ainda deve ser feito para se atingir um grau mínimo de satisfação de usuários e trabalhadores. É relevante ainda ressaltar as experiências que estão sendo realizadas na tentativa de se encontrar o melhor caminho para solucionar tais embates, ainda que sejam muitos os percalços, as equipes de saúde devem ser incansáveis em seus esforços de transitar pela via do conhecimento na construção do “fazer saúde” para os cidadãos-usuários.

Como já mencionei anteriormente, outra dificuldade apontada pelos membros da equipe deste estudo relaciona-se à sobrecarga de trabalho, proveniente de diversas situações, mas principalmente percebida na fala dos ACS's.

Bom da minha equipe como a gente “tá” com quatro ACS e o ministério da saúde pede dez, fica um pouco “defasado” porque acaba um ACS pegando mais é... carga de trabalho do que o outro, por exemplo, a gente cobre as áreas descobertas isso que é o ponto negativo (né) a área descoberta a gente entrega consulta, a gente entrega exame, então a gente faz o trabalho que era pro outro profissional “tá” fazendo. (Trabalhador 3)

E o lado negativo é porque a gente precisa de mais companheiros pra vir somar porque existe muitas áreas descobertas e acaba nos sufocando porque a gente precisa dar uma assistência total pra nossa área, a gente chega a dar mas não como deveria porque a gente acaba alcançando outras áreas também que é descoberta, é porque é mais ou menos assim, se a pessoa da tua área tá... tem lá o ACS que vai ficar te escutando, levando teu problema pra casa trazendo teu problema pra casa, mas ela é descoberta não tem essa ponte, aí eles ficam “pechinchando” na rua: “Ei sujeito 4! Tu podes me ajudar?” aí eu vou e já me responsabilizo, só que acaba se eu tenho uma meta entre quinhentas a seiscentas pessoas, incluindo do bebezinho ao mais velho, aí vai ultrapassar minha meta, aí eu vou acabar não dando uma assistência como deveria dar, de visitar entendeu? Mas mesmo assim do jeitinho que eu faço, eu consigo alcançar não com eficácia como deveria ser mesmo, porque se eu pudesse eu ajudaria assim, eu ajudo muita gente, mas assim se eu pudesse ajudar mais eu ajudaria, mas eu

também... “cobre um santo de um lado e descubra do outro” (risos) é complicado... (Trabalhador 4)

pontos negativos assim da equipe... é falta de pessoal, porque nossa equipe nós estamos com cinquenta por cento só trabalhando ou até quarenta por cento, era pra ser dez ACS a minha equipe só tem quatro, nós temos o médico, a enfermeira, tá faltando o “administrativo” (agente administrativo) na nossa equipe, então a gente tá com quarenta por cento só, então isso sobrecarrega, e com essa sobrecarga de trabalho, acaba tendo alguns estresses aqui, então isso é o ponto negativo e falta de estrutura de ajuda, isso também, mas eu considero nossa equipe bastante unida, somente nossa equipe que é equipe II. (Trabalhador 9)

No estudo de Pereira (2011) o papel dos ACS's esteve relacionado à muitas funções: visitas domiciliares, as quais têm como objetivos centrais a promoção de hábitos saudáveis, acompanhamento das famílias com ênfase para grupos estratégicos - hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros - assim como grupos de maior vulnerabilidade social; realizam atividades educativas, promovem mobilização comunitária e identificam parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes; dentro da unidade são responsáveis por realizarem diversas atividades operacionais com a finalidade de otimizar o trabalho da equipe, como organizar os prontuários familiares, separar os prontuários para as consultas com profissionais de nível superior, além de colaborar na coleta de material biológico; além de serem vistos como mediadores entre a unidade de saúde e a população assistida, o que facilita o acesso da população ao serviço, pois os mesmos possuem informações importantes sobre a dinâmica familiar e do território que podem influenciar no processo saúde-doença-cuidado.

No trabalho de Noronha e Lima Filho (2011) a sobrecarga no trabalho, relatada e observada durante a coleta de dados, esteve ligada à fatores como a falta quantitativa de recursos humanos no serviço e o aumento constante da demanda usuária para o serviço na unidade. Uma evidência em relação ao aumento da demanda usuária: se por um lado ela traz desgaste, estresse e correria no dia a dia do trabalho, por outro ela pode ser um indicativo de que a ESF e a atuação dos profissionais estão sendo reconhecidas e requeridas pela comunidade assistida.

Na pesquisa de Viegas (2010) a falta de recursos humanos também foi relatada por vários profissionais em campo de observação, cuja necessidade de se ter mais auxiliares ou técnicos de enfermagem na equipe mínima foi opinião unânime. Mencionaram ainda 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 de seu estudo, 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.

Mas o fato é que esse acúmulo de atividades gerador de sobrecarga pode, em alguma instância, ser prejudicial ao fluxo do serviço, na medida em que expõe o profissional à escolhas de determinadas ações em detrimento de outras, o que pode levar ao sofrimento, angústia e frustração desse profissional quando se depara com suas limitações, ou até mesmo criar tensões e conflitos entre a equipe, uma vez que isto pode ser encarado como falta de compromisso, fragilizando assim as relações interpessoais da própria equipe, o que irá afetar diretamente o relacionamento dos profissionais e indiretamente destes com os usuários.

De acordo com Peduzzi (2010) no interior do trabalho em equipe multiprofissional, pode ocorrer que os agentes passem a ser objetos da ação instrumental, perdendo a perspectiva de sujeito para serem concebidos e tratados como um recurso do trabalho alheio. Nesse sentido, a ação racional pode acabar sobrepujando a dimensão interativa, pois, como o trabalho tem uma finalidade que precisa perseguir e atingir, ele pode acabar subordinando a interatividade à instrumentalidade das intervenções técnicas, em planos nos quais a dimensão ética deve prevalecer. Entende-se que as possibilidades de construir o trabalho em equipe no contexto da relação entre trabalho e agir comunicativo, tomando o “outro” integrante da equipe como interlocutor e não como instrumento do trabalho – mesmo que consideradas as assimetrias e desigualdades expressas na divisão do trabalho – estão assentadas sobre o compartilhamento dos três planos de pretensões de validade dos enunciados proferidos pelos interlocutores, sobretudo na correção normativa, ou seja, no horizonte normativo constituído pela integralidade, o cuidado em saúde e a primazia dos interesses/necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço. Não se trata de acabar com as diferenças técnicas e dos saberes que constituem as especificidades de cada trabalho especializado, pois a integração da equipe não pressupõe a anulação dessas diferenças entre as áreas profissionais, mas de tomara a base ética da correção normativa, o compartilhamento de um conjunto de valores que expressam um horizonte normativo comum entre os integrantes da equipe.

Diante disso, a despeito do papel da gestão nesse dilema da sobrecarga, principalmente no que diz respeito à distribuição de recursos humanos e gerais; a equipe deve, a partir do fortalecimento dos laços de solidariedade e vínculo, reconhecer e valorizar o trabalho do “outro”, bem como ajudar-se mutuamente por meio de uma divisão de tarefas menos rígida e mais justa para que todos se sintam úteis no processo, mas sem causar prejuízos às atividades de cada profissional, tendo em vista a enorme demanda dos serviços de saúde, que

necessitam, acima de tudo, de uma equipe bem unida e comprometida com a causa, que saiba articular suas ações unindo os diferentes saberes e práticas na construção de um plano de atuação comum a todos.

Neste sentido, Bonaldi et al. (2010) afirma que o sentimento de que os diferentes trabalhadores são fundamentais para a realização do serviço reforça a noção de pertencimento a equipe de saúde, produzindo uma outra forma de comprometimento que rompe as fronteiras de seu saber específico ou de um campo de atuação definido. O trabalhador entende que o cuidado não se restringe a sua ação e que ele é um dos responsáveis pelo serviço, tal qual o músico numa orquestra que, mesmo com o instrumento de sonoridade mais discreta, ou aquele cuja participação se limita a alguns movimentos, se sente como parte fundamental para execução e obra executada; levando ao comprometimento e responsabilização das ações, em que o comprometimento com o outro, junto ao sentimento de pertencimento à equipe, supera a desresponsabilização, e o sucesso ou fracasso passam a ser responsabilidade da equipe e não dos profissionais individualmente. Desta forma, cada trabalhador é responsável por todas as ações da equipe. A orquestração do trabalho em saúde, ao harmonizar as diferentes práticas, ao produzir o sentimento de pertencimento à equipe e de comprometimento com o outro, ressalta essa dimensão política, a da responsabilidade por todas as ações.

Partindo dessa discussão, chegamos a mais um ponto mencionado por um dos membros da equipe como um importante conflito nesse universo da multiprofissionalidade, relacionado à dimensão das relações interpessoais dos profissionais de saúde. Na realidade, conflitos dessa natureza podem acontecer em ambientes de mais diversa ordem, mas no contexto da APS ele ganha características muito próprias dignas aqui de discussão.

Bom como ponto negativo, eu vejo assim que não é só aqui (né) é uma realidade que eu vejo em outros também, outras equipes, mas falando mais especificamente da nossa é... existe uma certa dificuldade de, por exemplo, de diálogo, de, por exemplo, superar dificuldades interpessoais, entre equipe entre gestão, e, as vezes, esses... essas adversidades ao invés delas, da gente conseguir agir em cima disso acaba muito imobilizando as vezes, a equipe pra buscar soluções, e daí, por exemplo, meio que afeta aquele ponto de integralidade que a gente tá falando, que, ou seja, com a dificuldade de se dialogar com as equipes de saúde da família, por mais que as vezes a gente possa ter a razão sobre algum aspecto, mas o que tem que pesar as vezes é... a gente não precisa “comprar” certas brigas, certas discussões, porque isso a gente tem que ter a clareza de que vai afetar o principal objetivo, que é o acompanhamento, o tratamento, a intervenção junto aos usuários e à família. (Trabalhador 12)

Percebemos nesta fala uma preocupação bastante pertinente por parte do profissional, referindo-se ao relacionamento da equipe enquanto componente crucial para o desenvolvimento de um bom trabalho, cujo prejuízo maior caso esta relação esteja fragilizada será para o usuário.

Na pesquisa de Pereira (2011) foi unânime entre os profissionais que uma das maiores dificuldades do trabalho em equipe é a relação interpessoal, a convivência que se dá quarenta

horas por semana, todos os dias, em que pesam as diferenças de personalidade, interesses conflitantes e até mesmo as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe. Revela-se aí a importância da dimensão do trabalho enquanto interação social e da comunicação como possibilidade de pactuar e renovar os valores subtendidos nas regras de trabalho. Uma das estratégias encontradas pela equipe para encarar esses conflitos foi a discussão coletiva sobre as dificuldades nas relações.

Segundo Gomes et al. (2010) a moderna biomedicina produz técnicas, tecnologias, saberes e também valores que direcionam a relação com o outro, que encontra-se fortemente marcada por uma crise de alteridade, ou seja, a crise eu-outro, que não se restringe a relação médico-paciente, ou mesmo a relação trabalhador-usuário, já que condiciona as relações entre os trabalhadores. Estar aberto à alteridade pressupõe correr riscos, sair do conforto e segurança garantida pelos pressupostos científicos e prescrições morais e perceber nossa falibilidade. A alteridade põe em xeque nossa “identidade”, aquilo que acreditamos que somos, que fazemos e vivemos, bem como os porquês de sermos, fazermos e vivermos desta ou daquela maneira. O encontro com o outro, munido de desejos, vontades, necessidades, expectativas e histórias diferentes da nossa, nos impulsiona a outros territórios existenciais, a outras formas de viver, o que nem sempre é confortável.

De acordo com Bonaldi et al. (2010) “trabalhar é gerir e exige gestão”, nesse sentido, o trabalho em equipe na saúde requer a gestão de um saber comum orientado por valores éticos que norteiam escolhas coletivas e potências formativas (não isentas de conflitos) na efetivação da integralidade da atenção e do cuidado em saúde; portanto, ao gerir o trabalho, os trabalhadores são convocados a fazer escolhas que se orientam em função de valores, cujo debate se dá na atividade de trabalho e é o que permite que a atividade se realize. Trabalhar é escolher, negociar, inventar meios, arriscar-se. É em meio a esses debates, a essa dinâmica complexa, que os trabalhadores produzem conhecimentos na situação de trabalho. Os trabalhadores lançam mão destes saberes para dar conta, justamente, da distância existente entre o trabalho realizado e as prescrições. Pode-se dizer que a construção integralidade como processo, da ordem do vivido, nos espaços das equipes de saúde, não se refere a algo tranquilo, mas ao contrário, de uma produção cotidiana que não se dá sem tensões, embates e conflitos. Esses conflitos se configuram em vários planos. Por um lado, esses conflitos se dão num plano de gestão coletiva, da relação com trabalhadores, com usuários e com instituições formadoras que ainda pensam os serviços de saúde e suas práticas a partir de outro referencial.

Observamos que o relacionamento da equipe, bem como seus conflitos interpessoais, perpassam por uma série de dificuldades aqui já discutidas: a sobrecarga de trabalho, a hierarquização ainda presente no imaginário coletivo dos profissionais, a própria formação acadêmica que pode ainda reforçar padrões já instituídos e não prepara para lidar com tais questões, enfim, uma série de situações que ora influenciam ora são influenciadas pela relação entre os profissionais. Mas o fato é que se torna imprescindível a busca por um (ou alguns) caminho(s) cujo objetivo seja superação destes entraves na prática das equipes.

Nesta perspectiva, Pereira (2011) percebeu que as ações realizadas de modo articulado funcionam, não somente como um modo de otimizar as atividades, mas também é capaz de promover aproximação da equipe, valorizando o trabalho de todos e de cada um no processo, permitindo uma atuação mais integrada em diversas situações como ações educativas, consultas agendadas, visitas domiciliares, organização de prontuários, e até mesmo no estreitamento dos laços com a própria comunidade, evitando assim conflitos por natureza de sobrecarga ou hierárquica, uma vez que todos se sentem igualmente responsáveis e parte do processo. Por outro lado, valoriza-se o espaço das reuniões, para pactuar atividades, firmar compromissos, compartilhar casos e enfrentar conflitos interpessoais da melhor maneira possível, afim de que não comprometa a efetividade do serviço e que diferenças sejam superadas.

Segundo Noronha e Lima Filho (2011) a construção, o fortalecimento e a interação do trabalho em equipes podem ser oportunizados durante as reuniões de equipe realizadas, seja nas reuniões de grande grupo, seja naquelas por microárea, por se constituírem espaço concreto para interação e troca de conhecimentos. Essas oportunidades podem ser proporcionadas por gerentes e gestores, através de uma atuação diferenciada de supervisão possibilitando que profissionais sejam capazes de interagir de forma permanente, construindo e reconstruindo dialeticamente novos conhecimentos, ante as peculiaridades locais em que trabalham.

Diante disso, Viegas (2010) constatou em seu estudo que, segundo um de seus informantes, “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. Comparando-se a um time de futebol, 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. 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. 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.

Neste contexto, Araújo e Rocha (2007) nos mostram que o processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe. Deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. A mudança nas relações de trabalho não acontecerá de maneira rápida, os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa forma, se faz necessário redefinir no cotidiano das USF's responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde, sem esquecer os pontos de interseção entre as disciplinas.

No entanto, Viegas (2010) demonstra a existência de algumas alternativas como ações compartilhadas, espaço de reuniões, discussões de casos e tomada de decisões, enquanto oportunidades de fortalecer o vínculo entre a equipe, o que auxilia na construção de relações mais sólidas e podem facilitar a resolução de conflitos. Em outras palavras, enfatiza o valor da comunicação enquanto ferramenta crucial no estabelecimento de boas relações e, por conseguinte, como meio de garantir efetividade das ações.

Neste aspecto, a fala dos trabalhadores 5 e 10 trazem para a discussão o componente da comunicação, como um aspecto primordial para a manutenção de uma boa convivência e como algo que precisa ser mais cultivado em sua equipe.

Na verdade a minha equipe o que, as vezes, acontece é a questão da informação mesmo, as vezes, a gente não informa um ao outro, de forma mesmo de trabalhar em equipe, as vezes a gente não informa a questão do médico, às vezes a informação muito em cima da hora, ou então um fala diferente do outro, quando há isso daí atrapalha totalmente, esse é o ponto negativo. (Trabalhador 5)

Eu acho que a comunicação, que as vezes a comunicação é quebrada, aí é colocada as vezes em é... como é que posso colocar... isolado! As vezes é quebrado a comunicação, é colocado isoladamente,



aí vem um sabe? Coloca uma situação, a comunicação! Comunicação tem que seguir harmonicamente, na mesma sintonia. (Trabalhador 10)

Neste sentido, Peduzzi (2010) aponta que uma pesquisa teórico-empírica sobre o trabalho em equipe multiprofissional mostrou que este se constitui por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre a articulação das ações executadas pelos distintos profissionais e a interação desses profissionais, visto que a comunicação é o veículo que possibilita a própria articulação. Ou seja, não basta os trabalhadores compartilharem a mesma situação de trabalho para se constituírem numa equipe integrada, tampouco basta estabelecerem relações pessoais cordiais para alcançarem a integração dos respectivos trabalhos especializados, tendo em vista a integralidade da saúde.

De acordo com Araújo e Rocha (2007) a importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico. A ação comunicativa é contrária a qualquer tipo de repressão dos direitos à liberdade do sujeito, e por esse motivo torna-se essencial que os profissionais se relacionem em um ambiente livre de coações, para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde.

Segundo Peduzzi (2010) no trabalho em equipe, a comunicação não está alienada do trabalho, é intrínseca à execução dos processos de trabalho, pois por meio da mediação simbólica da linguagem, ocorreria a articulação das ações, a colaboração e a integração dos saberes técnicos e a interação dos agentes. Esta dimensão nos remete à teoria do agir comunicativo, a qual Habermas parte do pressuposto de que a linguagem carrega nela mesma um *telos* comunicativo – a linguagem está orientada para a ação comunicativa, para a busca do entendimento, embora possa ocorrer comunicação com base numa racionalidade instrumental ou estratégica. Habermas argumenta que nossa capacidade de comunicação tem um núcleo universal, estruturas básicas e regras fundamentais que todos os sujeitos de uma mesma comunidade de linguagem dominam ao chegar a falar uma língua. O autor observa que a competência comunicativa não se deve apenas ao domínio de regras gramaticais, pois ao falar o sujeito se coloca em relação com o mundo objetivo que o cerca, com os demais sujeitos e com suas próprias intenções, sentimentos e desejos. Com isso introduz um

importante elemento de sua teoria, que consiste na validação intersubjetiva da comunicação, referida a três planos: a verdade proposicional, a correção normativa e a autenticidade expressiva. Assim, os interlocutores estão, de forma recíproca, constantemente estabelecendo pretensões de validade acerca do que está sendo dito. Para que o diálogo se mantenha, é preciso, em todo transcorrer da comunicação, compartilhar acordos quanto aos regimes de validação, através da argumentação e intelecção.

Mas para Araújo e Rocha (2007) é necessário distinguir o agir comunicativo (agir para o entendimento mútuo) do agir para o sucesso (agir estratégico). Segundo Habermas: *“Quando os atores estão orientados para o sucesso, eles buscam alcançar os objetivos de sua ação influenciando externamente, por meio de armas ou bens, ameaças ou seduções, sobre a definição da situação ou sobre as decisões ou motivos de seus adversários, nessa perspectiva a coordenação das ações dos sujeitos depende da maneira como se entrosam os interesses de ganho egocêntricos.[...]. No agir comunicativo, os atores harmonizam internamente seus planos de ação e perseguem suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação ou sobre a situação e as consequências esperadas”*.

A ação comunicativa mediada pela linguagem produz um movimento através do qual o sujeito que fala, ao comunicar-se com um outro que ouve, expressa aquilo que está pensando. O acordo não pode ser imposto a outra parte, não pode ser extorquido ao adversário por meio de manipulações. O que advém de manifestações externas não pode ser tido como acordo. Quando o sujeito profere verbalmente algo dentro de um contexto cotidiano, ele está se referindo a coisas inter-relacionadas nos três mundos; assim, a linguagem preenche a tríplice função de: reprodução da cultura ou preservações de tradições; integração social ou coordenação dos planos de diferentes atores na integração social - é nessa função da linguagem que se dá o desenvolvimento da teoria do agir comunicativo e a função de socialização da interpretação cultural das necessidades. (ARAÚJO E ROCHA, 2007)

No estudo de Pereira (2011) os profissionais se referem a uma prática dialógica em que se, por ventura, ocorre a contestação de algum enunciado, os sujeitos buscam o entendimento ao colocarem-se de acordo acerca do projeto de ação para determinada situação problemática. E, sendo assim, os sujeitos voltam a uma situação de acordo intersubjetivo. Isto é o que a teoria do agir comunicativo denomina de discurso em que é reivindicada a legitimidade de pretensão de validade do proferimento. E a partir daí, por meio do diálogo, através da argumentação racional, pode ser estabelecido um novo consenso.

Diante disso, Peduzzi (2010) nos mostra que o mundo da vida se refere a um horizonte comum formado por convicções mais ou menos difusas, porém não problemáticas, no qual os

sujeitos envolvidos na interação se entendem. O mundo da vida acumula o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas e, portanto, consiste em um acervo culturalmente transmitido e linguisticamente organizado de padrões de interpretação. Compõe-se de três elementos estruturais – cultura, sociedade e personalidade, que se reproduzem simbolicamente na prática comunicativa cotidiana.

Sendo assim, somente a ação comunicativa pressupõe o uso da linguagem em todas as suas dimensões, estando referida ao mesmo tempo aos três mundos, articulados pelo mundo da vida. Nessa perspectiva, aproximação ao mundo deixa de ter a marca da dominação ou o controle do sujeito sobre um objeto e passa a representar uma construção solidária, na qual os atores se entendem sobre a melhor forma de atuar. Nas relações orientadas para o entendimento mútuo, o ser humano é visto como pessoa capaz de estabelecer relações e cujo modo de agir está orientado para a comunicação, interação e participação, tendo como principal motivação a solidariedade e o sentido comunitário. Portanto, a teoria da ação comunicativa representa a possibilidade de construção de um novo e democrático agir nas práticas de saúde, buscando uma compreensão do mundo no qual a teoria e a prática estar iam interligadas, através de ações concretas numa dinâmica de interação entre os atores envolvidos. (ARAÚJO E ROCHA, 2007)

Podemos concluir então que a prática comunicativa pode-se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração da equipe e a recomposição dos trabalhos especializados. Da mesma forma, o trabalho em equipe pode ser considerado um dos princípios organizadores do trabalho em saúde junto a outras ideias reguladoras, como a integralidade da saúde, o cuidado em saúde e a centralidade do usuário e da população de referência. Isso permite aos trabalhadores e à gerência constituírem um eixo em torno do qual podem promover o trabalho em equipe integrado.

Percebemos, de um modo geral, que as dificuldades que perpassam o contexto da atuação em equipe no contexto da APS são das mais variadas ordens, com destaque para as de natureza estrutural e de gestão de recursos que foram as mais mencionadas, desafiando profissionais, usuários e gestores a reinventar suas práticas sob uma óptica de superação de desafios e não de sucumbir a estes, pois existe um longo caminho na consolidação de um SUS universal, equitativo e integral, cujo percurso se constrói dia a dia da prática destes profissionais, entre erros e acertos, na incansável busca da promoção da saúde e da qualidade de vida para os cidadãos, respeitando suas necessidades, diferenças e expectativas perante os serviços de saúde.

## 6.6 “O QUE HÁ DE BOM...” OS ASPECTOS POSITIVOS DO UNIVERSO DA MULTIPROFISSIONALIDADE

Em relação aos pontos positivos da equipe multiprofissional, a maioria das falas fez referência à questão da união dos profissionais, enquanto dispositivo utilizado para agregar os trabalhadores, juntando esforços em prol de um objetivo comum, auxiliando-se mutuamente na superação das dificuldades e desenvolvimento das ações em geral, reunindo seus saberes, vivências, experiências profissionais e de vida, e canalizando esses componentes na condução dos serviços e realização das tarefas diárias.

O positivo é que nós somos uma equipe muito integrada, muito unida (né) nós temos um convívio muito bom junto, eu com os ACS's e outros ACS's com a nossa enfermeira, e infelizmente a nossa médica tá, infelizmente não felizmente ela teve bebê, ela tá com licença maternidade, então toda sexta feira nós temos aquela reunião, onde colocamos os pontos positivos e os pontos negativos, então os pontos positivos são esses nós temos uma boa convivência, um relacionamento muito bom com as nossas enfermeiras e a nossa médica. (Trabalhador 3)

o ponto positivo é que quando a gente se une pra fazer um bom trabalho, aí há essa resposta, de todos, tanto da enfermeira, quanto do médico, como do técnico, quanto dos agentes de saúde, quando a gente se reúne realmente pra fazer um bom trabalho todo mundo se une mesmo de verdade pra fazer um bom trabalho mesmo. (Trabalhador 5)

Bom, o ponto positivo é todos são esforçados, é uma equipe muito unida, temos como toda equipe, temos as nossas divergências, mas reunimos quando tem alguma coisa que tá meio... querendo “tá” atrapalhando o desempenho da equipe, nós reunimos, vamos “lavar nossa roupa suja”, a gente conversa e tenta resolver da melhor maneira possível, pontos positivos que todos nós aqui temos aquela humildade de reconhecer, quando está errado, quando tá fazendo alguma coisa. (Trabalhador 9)

Olha na nossa equipe é muito boa pra trabalhar graças a Deus a gente conseguiu formar grupo entendeu? Um grupo muito grande de pacientes, no qual a gente nem precisa é... fazer algo pra chamar atenção, eles por si só, por gostarem do nosso trabalho se dirigem até nós entendeu? Infelizmente a gente já tentou formar outros grupos em outros lugares, mas a gente ainda não teve o mesmo êxito que a gente teve aqui entendeu? É o maior grupo... então não tenho o que me queixar do nosso grupo, a gente é parceiro mesmo, a gente trabalha junto, é... quando eu ouço por aí que fala assim “ah! O NASF fulano de tal é o melhor que tem” entendeu? Eu sempre me questiono: ele é o melhor que tem pelo educador físico ou pela equipe? Entendeu? eu sempre falo isso; porque o nosso pra mim é o melhor, porque não é só a fisioterapeuta que trabalha, não é só o educador físico que trabalha, é EQUIPE entendeu? É a junção da nossa equipe, por isso que a gente se faz tão bom. (Trabalhador 11)

E como ponto positivo, eu vejo que a gente consegue atuar bem nessa parte de grupo assim, quando a gente consegue, por exemplo, trabalhar em cima daquilo que chega pra gente, quando a necessidade ela vem até nós, a gente consegue discutir bem, a gente consegue sentar pra fazer, pra promover ações, é ter certa proatividade pra isso, então esse é o ponto positivo, ela só vai se tornando negativa a partir do momento quando a gente precisa buscar junto com outras equipes, mas enquanto ela fica... a necessidade vem a gente discute, vamos dizer assim “fechado” no grupo isso até flui assim, isso é um ponto positivo. (Trabalhador 12)

Percebemos nestes relatos como os profissionais valorizam a união da equipe, ressaltando sua importância e demonstrando ser esta um instrumento fundamental na hora de se fazer cumprir os objetivos propostos, sem a qual seria impossível trabalhar qualquer tipo de

necessidade, pois a união, cooperação e pactuação entre os membros componentes das equipes de saúde se constituem como motor principal dessa engrenagem que são os serviços de saúde.

Neste sentido, a pesquisa de Pereira (2011) demonstrou que na concepção dos profissionais a cooperação e colaboração é uma característica fortemente associada ao trabalho em equipe, em menor grau também se referem à dimensão comunicativa intrínseca deste trabalho, além de enfatizar as reuniões como elemento primordial no fortalecimento dessa união, ou seja, várias são as formas de estreitar a união e o vínculo, mas em qualquer uma delas prevalece a concepção do trabalho compartilhado, embasado nesse “fazer juntos”.

O estudo de Noronha e Lima Filho (2011) apontou que na perspectiva de um “Trabalho em equipe no grande grupo”, os depoimentos revelam uma compreensão limitada do trabalho em equipe. O grupo é caracterizado pela competição e pelo individualismo. A interação ocorre em baixo grau ou, segundo os depoimentos, não ocorre nenhuma interação, colaboração e/ou articulação técnica das ações. De modo geral, os profissionais compreendem o trabalho “em equipe” naquelas situações e especificidades de cada profissão, ou seja, equipes médicas, de enfermagem, odontológica. Por outro lado, ao se investigar “trabalho em equipe na microárea” o relacionamento “entre” os agentes do trabalho em equipe na microárea foi caracterizado como permeado de trocas, colaboração, consenso, interação.

Esses achados corroboram a fala do trabalhador 12, ao descrever o processo de trabalho na sua equipe marcado pela união, mas que perde um pouco essa característica ao entrar em contato com outras equipes, por mais que estas façam parte da rotina do lugar.

Em relação a isso, Noronha e Lima Filho (2011) se questionam por que a percepção do trabalho no grande grupo da unidade não é vista pelos profissionais como o trabalho desenvolvido na microárea, ou seja, pela pequena equipe? Por que os profissionais parecem referir que o trabalho na microárea parece ser o mundo maravilhoso da interação e produção em saúde, enquanto no grande grupo imperam a competição, a desunião e o individualismo? Pode-se levantar a hipótese, neste caso, de que o grupo interage melhor quanto mais clara a tarefa, pois o grupo seria caracterizado como um conjunto restrito de pessoas ligadas por constante de tempo e espaço, articuladas por mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita, uma tarefa que constitui sua finalidade. Outra hipótese se concentra na confiança interpessoal construída entre os agentes do trabalho em microárea, seja pela afinidade entre eles, seja pela proximidade das relações cotidianas de trabalho. Reconhecer que o trabalho envolve aspectos de extrema importância indica que a responsabilidade pelo resultado aumenta, exigindo maior dedicação por parte dos envolvidos.

De acordo com Honorato e Pinheiro (2010) o cotidiano dos serviços, configura um campo de forças no qual, longe de um dualismo estratificado, se delineiam microcosmos compostos por seres humanos afetados pelos interesses e por circunstâncias, que redirecionam a todo momento os vetores. Mas no jogo de forças do dia a dia não é raro que parcerias inusitadas possam surgir, ou que alianças tidas como sólidas sejam desfeitas, em determinados momentos do processo. O profissional de saúde está imerso nesse universo e seu trabalho é uma proposta de acolhimento e resolução. No cotidiano, deve refletir a articulação entre as diretrizes da política de saúde e seu território específico. A equipe é então um grupo que partilha os mesmos objetivos, que se move na mesma direção e cuja interação se pauta, também, nos princípios que visa a implementar. Nesta perspectiva, o trabalho se apresenta como processo de experiência e negociação, de confrontos e consensos, em que o profissional realiza mais ou menos, mas sempre na continuidade de um tempo construído, seus objetivos.

Neste complexo universo que compõe o trabalho multiprofissional, que mistura diferentes perspectivas e um interesse final comum, em diversos contextos e situações, uma equipe unida consegue caminhar melhor no território das diferenças e superar obstáculos para consolidação de seu projeto de ação. Para isso, algumas características são apontadas como fundamentais para a estruturação de um grupo mais agregado. A partir disso, temos nosso próximo ponto de discussão acerca dos aspectos positivos da equipe. Algumas falas ressaltaram a importância de qualidades como criatividade, força de vontade, entre outras, como um diferencial no momento de pensar e realizar as ações de saúde no contexto multiprofissional.

o ponto positivo é que assim apesar dessas dificuldades a gente encontra “artimanhas”, artificios pra tentar orientar de uma melhor forma o paciente, tentar atingir um público-alvo e graças a Deus a gente consegue, apesar de tanta dificuldade, mas a gente consegue. (Trabalhador 8)

o que eu tenho observado de pontos positivos, força de vontade, isso aí realmente, isso aí não posso negar, que a equipe né que eu estou, às vezes, pode não sair determinado trabalho, determinada tarefa, do jeito que a gente espera que seja, mas a gente vê que tem essa força de vontade, comprometimento, dificilmente tem agendamento de visita e que é cancelado por falta de ACS, enfermeiro, sempre que a gente tá lá com o paciente. (Trabalhador 14)

Neste contexto, para Barros e Pinheiro (2010) tais características perpassam pela noção de competência, cuja definição sugere uma modificação significativa na organização do trabalho, abrindo espaço para que se considere a capacidade criativa do profissional diante das diversas situações que se lhe apresentam, as quais comportam tanto dados objetivos, como a maneira subjetiva que o indivíduo tem de apreendê-las, enfrentando a si mesmo, inclusive. Além disso, torna-se possível problematizar e questionar a prática tradicional (moderna) de

divisão do trabalho, que coloca, de um lado, a gerência, composta pelos que pensam e são autorizados a organizar as atividades de trabalho; e do outro, os operadores, meros executores das tarefas. A lógica da competência, portanto, confere à ação de cada profissional um caráter interdependente das atividades profissionais, combatendo especialismos; isto porque não toma as potencialidades a priori, mas admite também a aprendizagem da competência, por meio da cooperação no trabalho e dos processos de entendimento recíproco.

Todavia, para além da questão da competência, existem outros elementos cruciais que devem aparecer no fazer de cada um e de todos, conforme demonstra Pereira (2011) o respeito pelo trabalho do outro profissional, tolerância, autocrítica, o diálogo, a necessidade de aprender a partir da relação com o outro, o fato de as pessoas gostarem do que fazem, ou seja, se sentirem bem no papel que ocupam, a criação de um espaço para que haja estratégias de apoio emocional onde os sentimentos de angústia e impotência frente à convivência cotidiana com problemas da população sejam compartilhados, e formação voltada para a perspectiva da interdisciplinaridade dentro da formação acadêmica e a potência formativa do trabalho em equipe apesar das dificuldades.

Nesta perspectiva, o estudo de Viegas (2010) refere que os entrevistados reconhecem que, para que a atenção seja integral a formação/educação também tem que ser integral e interdisciplinar. Os relatos mencionaram 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.

Neste sentido, é importante reconhecer que a formação de profissionais em saúde abrange distintas esferas humanas: cognitiva, atitudinal, procedimental, social e afetiva e de manifestação da vontade. Junto a mudanças no contexto da formação e da qualificação profissional, destacamos a necessidade premente de se repensar e agir sobre os processos de trabalho, sua gestão, supervisão e autoanálise aliados, pois sem isto nenhuma transformação ou mudança na formação dos profissionais se dará por concreto. É importante observar também a participação dos usuários em busca de seus direitos e de educação à saúde. Formar sujeitos, utilizando diferentes linguagens, estratégias e recursos, traduz a intenção de desenvolver espaços e cenários formativos que valorizem os sujeitos e seus saberes prévios,

assumindo a corresponsabilidade de desencadear reelaborações teórico-práticas que superem o fazer empírico e mobilizem patamares mais complexos de capacidade e atuação profissional, promovendo autonomia, responsabilidade e autoestima. (NORONHA E LIMA FILHO, 2011)

Diante disso, Oliveira (2013) afirma que o diálogo desenvolvido com os usuários através das citadas expressões culturais evidenciou um movimento ao encontro de um novo fazer em saúde respeitando os desejos, interesses e tradições presentes no território, numa demonstração de respeito ao que é significativo para os usuários em seus processos de enfrentamento às adversidades da vida. As interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado são evidenciadas no desenvolvimento do trabalho em equipe a partir da construção de vínculos afetivos com os usuários, com uma presença significativa do uso de tecnologias relacionais. No entanto, percebe-se ainda a necessidade de mais investimentos no campo do saber/fazer dos profissionais no propósito de transformar a escuta tradicional normativa em uma escuta como ferramenta de diálogo relacional, na perspectiva da construção subjetiva.

Segundo Viegas (2010) 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.

De acordo com Barros e Pinheiro (2010) sob a lógica da competência, podemos considerar que os fazeres produtivos em saúde, ao envolverem a mobilização de conhecimentos e experiências, com vistas a um objetivo de produção – neste caso, o cuidado humanizado - acabam por desafiar a capacidade humana de criação, gerando saberes e fazeres outros, que escapam e ampliam o escopo de procedimentos e tecnologias de atenção e cuidado. Num contexto de valorização de inovações tecnológicas desvitalizantes, é importante que se ressalte a relevância dessa dimensão humana do trabalho, a fim de que o cuidado assuma lugar privilegiado nas práticas de saúde.

Em outras palavras, competências, habilidades, experiências, e outras características mais dialogam e se complementam nessa lógica de trabalho, a qual preconiza também (e principalmente) a participação dos usuários na busca por uma atenção integral dos serviços de saúde. Neste aspecto chegamos ao terceiro ponto considerado positivo no campo da abordagem multiprofissional, e está presente na fala dos trabalhadores 2 e 10.



Nós temos atuado numa unidade básica de saúde “NASF TERRA FIRME” e temos de certo modo acesso à muitas pessoas que se consultam nesse posto, que são de alguma maneira é... direcionadas para o grupo do NASF e isso é o aspecto positivo. (Trabalhador 2)

Positivo é... a rotina que não tá sendo quebrada (né) todo dia a gente tá aqui, tá tentando ajudar o paciente na melhor maneira possível, da melhor maneira possível. (Trabalhador 10)

Nestes discursos, notamos que os profissionais avaliam o trabalho tanto da ESF quanto do NASF como uma oportunidade de otimizar o acesso da população aos serviços de saúde. Ou seja, a nova lógica de trabalho da APS, ainda que longe de atingir a total e completa efetividade de suas ações, se constitui sim como uma tentativa de corresponder às expectativas dos cidadãos em relação às suas necessidades de saúde, aproximando usuário e serviço em uma nova proposta de atuação, que tem conseguido, em certo grau, suprir algumas das principais reivindicações da população na questão saúde.

Contudo, na pesquisa de Noronha e Lima Filho (2011) verificou-se que a implantação do ESF investigado deu-se dissociada de uma discussão coletiva com os profissionais diretamente implicados, fato que justifica discursos que manifestam inseguranças e incertezas quanto à implantação da proposta. Conscientes desse distanciamento, os profissionais, quando falam sobre seu trabalho no ESF, se referem às questões concretas do trabalho, porém muitas vezes falam da idealidade do ESF, ou seja, falam de um trabalho ideal no ESF para o real. A concepção de trabalho em equipe que esse trabalhador traz consigo foi construída tendo por referência o ESF ideal que traz a ele expectativas. No entanto, dado que essa idealização traz expectativas difíceis de serem atendidas, o profissional muitas vezes é levado a situações de frustração e sofrimento, tornando-se um trabalhador insatisfeito.

Isto implica dizer que a gestão participativa ainda é a melhor saída para superar tais problemáticas, pautada no controle social e uma ação mais ativa também por parte dos profissionais, a fim de contrapor os diferentes projetos, na tentativa de reunir, à revelia das diferenças e interesses particulares de cada um, as ambições, expectativas, anseios de cada ator do processo, de forma que, o menos na maior parte, seja satisfatório a todos os envolvidos.

Nesta perspectiva, Pinheiro (2009) afirma que a ESF assume uma dimensão política e assistencial de promoção de práticas em saúde que interfere na lógica da oferta e da demanda, pelas quais a humanização do atendimento, a satisfação da clientela e a democratização e politização de conhecimentos relacionados ao processo saúde e doença atuam de maneira concreta na organização e produção de serviços em saúde. Pode-se dizer que a construção da relação entre a oferta de serviços de saúde não se coloca como uma tarefa trivial, mas é resultante de embates, conflitos e contradições que permeiam o cotidiano de técnicos,

profissionais e usuários no dia a dia das instituições. São estabelecidas interações com mediações complexas que muitas vezes não são somente explicitadas por palavras, mas em intenções e gestos dos atores envolvidos no funcionamento do sistema de saúde local. É justamente nesses aspectos que residem as questões mais prementes sobre os limites e as possibilidades de garantir o princípio da integralidade. Até mesmo porque existe um nexo recíproco entre a oferta e demanda, no que diz respeito às práticas exercidas pelos atores nas instituições de saúde, que desnuda, por um lado, a situação e o contexto que vivem e, de outro, põe em relevo os problemas estruturais que envolvem as instituições de ação social.

Neste contexto, Acioli (2009) aponta que não existem profissionais de saúde integrais ou serviços de saúde integrais; no entanto, a forma como as pessoas vivem seus problemas é integral. A concretização de ações de saúde integrais implica manter canais de interação entre serviços, profissionais e população. Mas como manter esses canais se os serviços são organizados sem destinar tempo para a conversa, para a convivência? Outro aspecto que se apresenta é a não-valorização das experiências e práticas da população.

Ainda para esta autora, se por um lado deve-se estudar práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais, deve-se também estudar práticas desenvolvidas pela população. Parece que esse movimento de mão dupla se faz necessário, para que as trajetórias dos sujeitos, suas estratégias e táticas de cuidado e cura possam ganhar sentido junto à lógica das práticas de saúde dominantes. Para desenvolver práticas de atenção integral à saúde faz-se necessário falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados. Essa aproximação passa pelo reconhecimento de um saber prático e de uma possibilidade de articulação entre esse saber prático e o saber dos profissionais e planejadores do campo da saúde.

De fato, tais colocações apresentam-se como críticas pertinentes e construtivas ao processo de trabalho na APS, todavia não se pode negar os avanços e conquistas advindos com essa nova proposta inaugurada pela ESF/NASF no Brasil, principalmente em termos de acesso aos serviços e resolutividade de muitos problemas de saúde da população, demonstrando ser esta uma iniciativa até certo ponto bem-sucedida, tendo em vista os inúmeros ganhos já obtidos com esta política, que precisa ser constantemente revisitada e adaptada às transformações da sociedade, mas que, de um modo geral, tem garantido melhorias em saúde, principalmente quando se leva em consideração a perspectiva histórica.

## 6.10 “COMO PODE SER MELHOR?” SUGESTÕES DE MELHORIA DO SERVIÇO NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA PERSPECTIVA DA GESTÃO DO CUIDADO PELOS COMPONENTES DA VISÃO DE SAÚDE

Ao questionar os participantes a respeito de sugestões de melhoria nos serviços a partir das dificuldades por eles expostas, intencionalmente, provooco-os a se posicionar, de modo crítico-reflexivo, como gestores, seja da micropolítica do trabalho seja a nível de governo em uma das três esferas, a fim de que apontem alternativas factíveis de serem aplicadas, a partir de suas vivências do serviço, bem como as diferentes experiências ao longo de sua vida profissional; estimulados pela vontade de “dar um passo a mais” nesse percurso que leva à melhoria da atenção à saúde.

As falas direcionam a caminhos bem interessantes e ao mesmo tempo “simples” se considerarmos o ponto de vista tecnológico e da complexidade do sistema, que ora convergem para uma mesma ideia ora apresentam-se de modo isolado, mas todas buscam um objetivo comum. Alguns depoimentos nos remetem às dificuldades já mencionadas anteriormente pelos sujeitos, como é o caso dos discursos abaixo representados.

Uma sugestão: eu daria um espaço físico melhor, mais instrumentos de trabalho, por exemplo, a gente não tem bola, a gente não tem liga, a gente não tem uma sala de escuta, a gente não tem uma parte física, não tem quadra, a gente se vira, e essa “se vira” a gente acaba incomodando porque o grupo fala alto, tem que ter música, então tem vários “adventos” que a gente precisa pra entreter esse grupo e que é música, é que tem barulho e incomoda os outros profissionais do posto que estão nas suas salas fechadas... “ó tá ouvindo né?” então isso a gente já foi chamado “várias atenções” mas como calar sessenta bocas? Né? Aí tu vai tá tirando a naturalidade de uma pessoa, mas ao mesmo tempo aonde a gente vai? Então é nesse sentido falando faltaria assim uma estrutura física melhor, mais adequada talvez protegida do som, coisa que a gente não tem, a gente só tem um pátio, e muitas vezes ele tá todo sujo, aí a gente tem que limpar pra dar o jeito. (Trabalhador 1)

Neste relato percebemos um incômodo por parte do trabalhador 1 devido ausência de equipamentos gerais para execução das atividades, mas principalmente, pela falta de uma estrutura física mais adequada, neste caso, uma sala de escuta e para realização das ações, o que pode gerar certos conflitos no espaço da unidade ou mesmo inibir os profissionais a continuar suas tarefas sem criar tensões em seu ambiente de trabalho, levando-nos a pensar na necessidade de maiores investimentos na estrutura dos serviços como sugestão de melhoria para o desenvolvimento deste trabalho em equipe.

Em relação ao fator da estrutura, dados da pesquisa de Marqui et al (2010) discutem que quanto às dificuldades referidas pelos pesquisados, foi observada com maior expressividade à falta de infra-estrutura das unidades básicas de saúde. Foi destacada a ausência de transporte para as visitas domiciliares, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias, principalmente na zona rural. Também há escassez de materiais e equipamentos para a

realização do trabalho, especialmente medicamentos, materiais para curativos e de limpeza. Acredita ainda que a melhoria nas condições de trabalho fomenta a motivação para o trabalho em saúde, pois a valorização dos trabalhadores pode possibilitar o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva, enfatizando a importância de conhecer o processo de trabalho das equipes de ESF para (re)pensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde.

Todavia, reitero aqui uma discussão já realizada anteriormente, que diz respeito à essa questão estrutural, pois, de acordo com Brasil (2009) a atuação do NASF deve ser sempre baseada na promoção da saúde, na participação social e intersetorialidade, com foco de atuação justamente no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. Ou seja, as equipes precisam se apropriar de outros espaços e dinâmicas de trabalho que não estejam submissas às antigas concepções de processos de trabalho, que muitas vezes reforçam o modelo vigente voltado para práticas assistenciais curativas.

Por outro lado, no estudo de Roecker, Budó e Marcon (2011) verificou-se que a falta, ou má distribuição dos recursos, sejam eles físicos, materiais, sejam financeiros, dificultavam as próprias ações de educação em saúde; ressaltando que para a ESF ser efetiva é necessário ter um espaço adequado ao desenvolvimento do trabalho, especialmente a educação em saúde, além da contratação de um quadro de pessoal adequado para cada área, aliado ao aumento do tempo de permanência desses na mesma equipe, como sendo imprescindíveis para o desenvolvimento de um bom trabalho.

Diante disso, podemos dizer que mesmo em se tratando de ações de educação em saúde, ou de promoção e prevenção de modo geral, uma estrutura mínima é o básico para o bom desempenho das atividades e funcionamento dos serviços, aliado ao fato da existência de uma demanda bastante considerável que necessita de recursos para cura e reabilitação.

Neste contexto, a fala do trabalhador 6 também indica ainda a questão da estrutura física como algo fundamental quando se quer atingir um trabalho mais efetivo, reforçando também a falta de recursos humanos na área, enquanto desafio a ser superado ao se tentar otimizar as ações da equipe multiprofissional.

Como eu lhe falei (né) a gente não tem assim esse problema de trabalho em equipe, a gente tenta se ajudar... a questão da estrutura, a estrutura falta, não tenho como fazer, o que eu posso fazer eu faço (né) a gente procura fazer formações, nas nossas áreas descobertas não tem como a gente fazer nada, porque é muita gente, a gente já tenta cobrir onde não tem a equipe, mas o principal que falta é o assistente administrativo, que eu acabo fazendo desempenhando essa função também, aí as vezes a

gente deixa de prestar um outro serviço, eu deixo de ir numa visita porque eu fico presa na casa por falta do agente administrativo, então a gente, particularmente, a gente não tem o que fazer a gente fica de “mãos atadas” mesmo porque não tem estrutura. (Trabalhador 6)

Nesta perspectiva, Roecker, Budó e Marcon (2011) mostram que os enfermeiros relatam que não conseguem se dedicar à educação em saúde devido à grande demanda curativa da população nas unidades, à insuficiência de pessoal na equipe e principalmente ao trabalho burocrático, de coordenação e de gerência da unidade, além de reuniões na Secretaria Municipal de Saúde que acabam tomando grande parte do tempo e sobrecarregando o trabalho diário. Salientam que um dos grandes empecilhos para a efetiva consolidação da ESF é a falta quantitativa e qualitativa de profissionais preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo modelo assistencial. Em relação às funções burocráticas, afirma-se que há a possibilidade de estas serem desempenhadas por outros profissionais. Por outro lado, quando as ações são educativas e assistenciais, elas não podem ser atribuídas a qualquer membro da equipe que não possua domínio de tal ação, sendo o maior agravante nessa situação a sobrecarga dos membros da equipe para a realização das tarefas burocráticas e o desfalque de profissionais para a assistência à população.

Mas além dessas, outras sugestões nessa questão de estrutura, refere-se ao suporte de recursos materiais e humanos como demonstram os discursos abaixo:

Olha eu vou falar assim em relação aos ACS's, porque eu vejo eles assim muito... com muita cobrança em cima dos ACS's mas não dão como eu to te falando esse suporte é assim, o nosso sindicato a gente tem um sindicato mas eu digo que é um sindicato defasado, por conta que diz que luta por nós, mas não é acessível ainda por muito pouco, e o que tá faltando mesmo é a união de todos os ACS's em massa, unir mesmo e cobrar algo que a gente já foi prejudicado desde o nosso edital quando era pra ser totalmente efetivado e nós não fomos efetivados, tá lá como contratados, por aí já tem um...já começa o erro desde aí; mas assim o que eu posso fazer? Mas não é por causa disso, de uma falta de papel, disso que eles não dão que eu não vou fazer, tentar fazer meu trabalho não... eu olho o outro lado, eu vou e sempre faço meu trabalho independente de papel ou não, eu acho que tá faltando mais é isso mesmo, é condições pra gente vir trabalhar. Eles me deram um kit, falaram que deram kit pros ACS's mas no primeiro dia que eu peguei a minha sombrinha o cabo dela caiu, eles deram um protetor solar, o protetor solar não presta e já botaram lá, fizeram uma “gambiarrazinha”; a blusa são essas, duas blusas que eles deram e querem que a gente devolva quando a gente for demitido, ainda diz isso ainda, não existe isso; mas é assim é um descaso muito grande quando eles não deveriam ter esse descaso e dizem que em certos lugares por aí, como no Ceará mesmo, a realidade lá... lá os ACS's tem até tablet, andam na rua registrando tudo e a gente aqui não tem nada, sendo uma capital, por incrível que pareça, os interiores dentro mesmo aqui do Pará, são muito mais avançados do que os ACS's da capital, então o que eu acho aqui pra nós, pros ACS's que tá faltando, inclusive, a gente ir mesmo pra frente e lutar pelo que é nosso por direito mesmo. (Trabalhador 4)

Assim é porque a... o melhor não tá quase em nossas mãos, todas essas coisas a gente depende da gestão maior, pra que eles enviem essa situação melhor, como consultas, porque como eles falham eles acabam prejudicando o nosso trabalho, porque assim as consultas, a questão da medicação que as vezes não vem, as vezes tem só um técnico, tá faltando agente de saúde pras áreas descobertas, então tudo isso dependemos deles lá, porque se tivesse tudo completo, isso facilitaria o nosso trabalho com a comunidade, porque a comunidade ela não entende que as vezes não somos nós que não gostamos de marcar consulta, medicação, todas essas coisas não somos nós que fazemos, mas a gente depende de lá e eles culpam a nós (né) por toda essa situação, essa precariedade, então a única coisa que nós geralmente procuramos fazer pra melhorar é tentar atender bem, tentar resolver o máximo de problemas possíveis deles (né) o que a gente pode fazer pra resolver a gente resolve, pra eles não

estarem aqui (né) o que a gente pode fazer pra resolver a gente faz, é a única coisa que a gente tenta (né) pra amenizar o sofrimento deles. (Trabalhador 5)

Interessante observar em ambos os depoimentos um componente que nos leva à discussão do papel das instituições representantes: primeiramente no depoimento do trabalhador 4, quando ele faz referência à figura do sindicato como símbolo da união e força de trabalho, apesar dele aparecer como “defasado” nas palavras do próprio participante, mas cuja existência é importante na função de lutar também por melhores condições de trabalho, remetendo novamente à questão da gestão participativa e controle social no SUS. Por outro lado, no relato do trabalhador 5, notamos a presença do “gestor”, ou seja, aquele responsável em administrar os recursos disponíveis e necessários para as práticas de saúde, também desacreditado em seu papel, em que a sua falha se reflete na rotina dos serviços, conforme o discurso do sujeito acima.

Em relação a isso, Pinheiro (2009) diz que as práticas de saúde a partir da inclusão de diferentes conhecimentos, frutos de uma mesma interação, construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor, são nada menos que estratégias concretas de um fazer coletivo realizado por indivíduos em defesa da vida. Na verdade, é construir um “SUS legal”, equitativo com integralidade nos diferentes planos de sua atuação, visando a uma “cidadania do cuidado”, cuja cidadania não seja apenas uma forma de ofertar cuidado em saúde a uma população que constantemente se vê violentada nos seus direitos. Mas uma cidadania que busca, na ampla participação e controle social da sociedade civil, incorporar a solidariedade como princípio, meio e fim de uma política social – neste caso, a saúde.

Na pesquisa de Roecker, Budó e Marcon (2011) em relação ao gestor percebe-se a partir dos relatos que, quando este não possui uma visão ampla e adequada da ESF, ele não disponibiliza recursos, nem emprega forças para a realização da educação em saúde, visto que muitas vezes esta, aparentemente, não apresenta resultados iminentes à comunidade e pode até ameaçar a sua permanência no cargo. Portanto, para exercer a função de gestor de saúde, seria necessário conhecer o perfil da população atendida; as necessidades por ela apresentadas; as normas e leis que regem a ESF; as necessidades de recursos humanos, físicos e materiais para o atendimento da população adscrita, dentre outros, conforme as particularidades de cada região na qual a estratégia está implantada. Para atuar em um determinado cargo, sabe-se que é necessário conhecer as suas atribuições e a realidade do seu trabalho. Nesse caso, os enfermeiros acreditam que, se ocorrer a mudança na visão dos gestores, se estes passarem a compreender os propósitos e a realidade da ESF em cada localidade, haverá uma transformação na destinação dos recursos, melhorando,

consequentemente, as condições de trabalho de toda a equipe, principalmente no tocante ao desenvolvimento da educação em saúde.

Segundo Pinheiro (2009) o contexto da ESF revela a diversidade de projetos políticos individuais, nos quais se observam, de uma lado, os dirigentes municipais com as responsabilidades de controlar os recursos financeiros e articular a estrutura de poder decisório da organização (na definição de prioridades, políticas de pessoal, etc.) e, de outro, os profissionais de saúde que controlam os recursos do saber, que é também poder, e a principal força de trabalho. Evidente está a condição de desigualdade dos usuários frente a esses atores, no que concerne ao grau de conhecimentos específicos que eles têm sobre os aspectos organizacionais dos serviços de saúde. A desigualdade será tanto maior quanto a insuficiência de informações e mecanismos esclarecedores capazes de prepara-los (usuários) para o exercício do direito à saúde, como um exercício de cidadania.

Segundo Marqui et al. (2010) o entendimento equivocado dos gestores em relação à ESF foi outra dificuldade relatada pelos pesquisados. É possível, em algumas situações, perceber uma divergência quanto ao processo de trabalho da equipe de saúde da família e o modelo de gestão. Pesquisa evidenciou a presença de práticas gerenciais centralizadoras, autoritárias pautadas em teorias administrativas que buscam a excessiva normatização e controle burocrático das práticas em saúde, privando assim a autonomia dos trabalhadores.

De acordo Roecker, Budó e Marcon (2011) a atividade de gestão, como parte do processo de trabalho na ESF, é considerada uma ação interdisciplinar, na qual se fazem presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política, sendo necessária, dentro dessa perspectiva, uma compreensão, por parte do gestor, sobre a dinâmica das relações sociopolítico-econômicas presentes na organização do serviço de saúde dentro do processo de trabalho. Para desempenhar de forma satisfatória a sua função, o gestor precisa conhecer as particularidades do setor da saúde e dos modelos de atenção à saúde, sendo capacitado para tal cargo, não devendo voltar suas ações para a satisfação dos interesses políticos; caso contrário, a assistência em saúde pode sofrer prejuízos.

O trabalhador 7 faz menção à essas questões estruturais e de gestão, acrescentando também as dimensões política e financeira, como componentes fundamentais para otimizar o trabalho em saúde, conforme seu discurso abaixo:

Porque tudo parte da política de saúde, tudo parte da política, porque é pedem relatório a gente realmente faz, faz o relatório, manda tudo adequadamente, eu acho que verbas tem que deveriam vir mesmo pra melhorar a situação das casas família, principalmente casa família, eu acho que tinha que ter uma gestão melhor mesmo, uma política nacional de saúde que fosse atuante, sem isso é difícil pra nós. (Trabalhador 7)

Nessa perspectiva Paim et al. (2011) o sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores. O financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais tem sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado. Em 2006, a receita advinda das contribuições sociais (17,7%) foi maior que a proveniente dos impostos (16,7%). No âmbito federal, as contribuições sociais representam cerca de 60% da receita, enquanto os impostos representam menos de 30%. Além disso, o governo federal retém 58% das receitas de impostos, ao passo que os governos estaduais recebem 24,7% e os municípios, 17,3%.

De acordo com Guedes (2009) a ESF é uma estratégia organizada a partir de uma Unidade (Pública) de Saúde da Família que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, através de uma equipe multiprofissional, responsável por uma determinada população. Formada por (no mínimo) um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS (de acordo com a população coberta) cada equipe engloba de 2.400 a 4.500 pessoas. Outros profissionais, como odontólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta ou psicólogo, poderão ser incorporados às equipes de saúde da família ou formar equipes de suporte, de acordo com as necessidades e possibilidades dos municípios. O financiamento dessas estratégias envolve, além de recursos federais, as contrapartidas estaduais e municipais. Durante os anos 1994 e 1995, os recursos foram repassados através de convênios firmados entre o Ministério da Saúde e os municípios. Porém, a partir de 1996 e até 1998, passou a ter os seus serviços remunerados pela tabela de procedimentos ambulatoriais do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), que inclui: visita domiciliar por técnico de nível superior, consulta e atividade de enfermagem, visita domiciliar por técnico de nível médio e por ACS, bem como atividade de educação em saúde (e até de promoção à saúde).

Diante disso, Mendes e Marques (2014) afirmam que sob o ponto de vista dos recursos próprios municipais, pode-se dizer que o financiamento da ESF é problemático e instável, principalmente, sob dois aspectos: em primeiro lugar, sabe-se que os anos, principalmente, a partir da segunda metade da década de 1990, foram marcados pela contenção das finanças



públicas atingindo todos os níveis de governo, inclusive os municípios. Ainda neste contexto, e nem sempre lembrado, está o fato de que os anos de implantação da ESF correspondem justamente àqueles onde a restrição do gasto público foi buscada como principal diretriz política na determinação e/ou diminuição do déficit público, uma das metas prioritárias da política do governo federal, por ele monitorada nos níveis das demais instâncias de governo. Não é de se estranhar, portanto, que o volume relativo de recursos de origem municipal, passível de ser destinado a ESF, tenha ficado mais escasso. Para se ter uma ideia dessa situação, entre 1996 e 2011, a participação dos municípios no gasto público total com saúde praticamente se manteve, passando de 27,8% para 28,8%.

Para estes autores ainda, qualquer mudança com relação ao incentivo financeiro federal da ESF deve levar em conta, entre outras, duas dimensões importantes: a despesa com a equipe do programa, ou melhor, o custo da equipe; e o porte populacional dos municípios. Para uma apuração do custo total da ESF deve-se considerar, além da despesa com pessoal e encargos (as referentes), outros gastos, tais como: material de consumo; remuneração de serviços pessoais; outros serviços; valor de depreciação dos bens; cálculo médio dos gastos com exames e diagnóstico; custos indiretos (energia elétrica, água, telefone, veículos locados, obras e instalações, aquisição de equipamentos e material permanente); e despesas administrativas. No entanto, a maior parte dos municípios não dispõe sequer de registros organizados para que se apurem os gastos mencionados. (MENDES E MARQUES, 2014)

Por fim, considera-se importante rever o conceito de Atenção Primária no tocante à dimensão do financiamento. Isso porque seria fundamental rediscutir a inclusão de outros itens que já constam do orçamento do MS, mas não fazem parte do Bloco de Atenção Primária. Sabe-se que tal conceito tem sido utilizado de forma restrita às ações e serviços financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB), excluindo, por exemplo, aquelas não hospitalares de controle de doenças. Isto significa não restringir as ações e serviços ao nível de complexidade da atenção à saúde, mas colocá-las no campo amplo da saúde pública. Por sua vez, é importante considerar, também, que o fato de serem acrescidos outros itens a serem financiados para efeito de composição do conceito de Atenção Primária ‘ampliado’, isto somente pode acontecer com a inclusão de mais recursos financeiros para os atuais alocados na Atenção Básica, e que necessariamente, deve passar pelo fortalecimento do financiamento do SUS, pleito histórico das entidades que defendem a saúde universal. (MENDES E MARQUES, 2014)

Percebemos a complexidade da pauta “financiamento no SUS e APS”, suscitando discussões para se repensar os papéis de cada esfera de governo, à luz da participação de

todos os seus dos componentes, conforme a capacidade de contribuição dos gestores, com foco na garantia dos recursos; munidos pelo desejo de se fazer cumprir os preceitos do sistema, baseado na descentralização, mas sempre voltando-se para a questão central desse debate: a atenção prestada ao usuário nos serviços de saúde.

No campo ainda das sugestões de melhorias, algumas soluções foram apontadas nas questões operacionais e organizacionais dos processos de trabalho, principalmente no que diz respeito à situação dos encaminhamentos, à comunicação enquanto canal de troca de informações e conhecimentos, além de profissionais capacitados que entendam de fato a proposta dessa nova lógica em saúde e se insiram efetivamente na mesma.

É... eu acho que o encaminhamento ele deveria ser mais específico (né) o encaminhamento da unidade de saúde, muitas vezes ele é muito genérico, e nós só vamos conhecer a realidade do usuário quando há uma relação de intimidade; não essa indicação ou essa é... transparência nas questões mais é serias do usuário deveriam ser já encaminhadas pra que o grupo pudesse dar maior apoio. (Trabalhador 2)

Nesta perspectiva do encaminhamento, Brasil (2009) nos mostra que isto perpassa justamente pela gestão das equipes, na qual observa-se que pela complexidade do trabalho em saúde e o compromisso da APS com a melhoria crescente da resolutividade dos respectivos serviços, a criação do NASF insere outros profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado. No entanto, somente implantar o NASF não é suficiente para que ele funcione no apoio à gestão integrada do cuidado, uma vez que não se trata simplesmente de aumentar o “time”. A equipe população, desenvolve no plano da gestão vínculo específico entre um grupo de profissionais e determinado número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins (coprodução de saúde e de autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários. Essa equipe de saúde terá, no NASF, o apoio matricial, seja pela modalidade de atendimento compartilhado, pela discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos, seja pelos projetos de saúde no território. O atendimento compartilhado consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. A discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. A ideia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde

da rede, de acordo com as necessidades levantadas. Implantar o NASF implica, portanto, a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussão de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de compartilhamento (encaminhamento), critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Nada disso acontece automaticamente e torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção, do trabalho transdisciplinar.

Neste contexto, Barros e Barros (2010) a gestão não é mais identificada apenas a um cargo ou a um lugar (o lugar do gestor/diretor/coordenador) mas o processo mesmo de pensar/decidir/executar/avaliar o trabalho, que é prerrogativa de qualquer trabalhador. O trabalho toma a dimensão de atividade e o que passa a ser importante é a atividade de gestão da atividade. A gestão é conhecimento técnico, mas também inter(ação) de regimes do conhecer, em que o *inter*, o entre, vem paradoxalmente, primeiro indicando um plano do coletivo, um trabalhar-coletivo que antecede os trabalhadores. Se a gestão é função de gerir, melhor seria então dizer co-gerir, pois se trata de co-engendramento do processo de trabalhar (no nosso caso, produzir saúde) e de subjetivar (produção de trabalhadores).

Todavia, podemos ampliar ainda mais o debate ao colocarmos os encaminhamentos como parte do processo de fluxo de informações e pessoas, centrado agora no aspecto da referência e contra-referência, discutido por muitos autores como uma importante problemática. Em relação à isso, Pinheiro (2009) analisando especificamente o caso de Volta Redonda porém com algumas generalizações, considera que, ao se criar um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado, apontando ainda pela fala de um dos participantes de seu estudo uma contradição, que reside na relação entre serviços e profissionais no funcionamento do sistema, o que em certa medida limita o alcance efetivo das reformas do sistema, ou de qualquer outro projeto ou proposta que se destine a mudar as práticas sanitárias no interior das instituições de saúde; cujo desafio a ser superado está em iniciativas como a humanização do atendimento, e a reflexão sobre os níveis de complexidade e níveis de atenção, que nas práticas de saúde precisam ser revistas.

Mas o fato é que, seja pelo recorte da gestão das equipes ou pela abordagem da referência e contra-referência das redes de atenção, a fluidez dos serviços pressupõe comunicação, quer

seja entre os elementos constituintes das redes ou entre os profissionais da equipe, um bom canal de interação é essencial para que se cumpra acordos estabelecidos, discuta propostas, divida ou compartilhe tarefas, enfim, para todo tipo de articulação de ações.

Neste sentido, Barros e Barros (2010) afirmam que o diálogo crítico é o motor do processo de formação. Crítico em seu duplo sentido. Crítico porque produz crise no que cada um destes regimes de conhecimento porta de modos de ver, de dizer e de estabelecer relações entre o ver e o dizer, e crítico porque faz a crítica do que nesses regimes de conhecimentos está por demais instituído. Essa relação dialógica está pautada, portanto, numa postura de “desconforto intelectual”, que diz de uma disposição de conviver com o outro aprendendo sobre o que ele faz, como faz, por que faz, conhecendo seus valores e suas possíveis reformatizações.

Em relação a isso, a fala do trabalhador 10 reflete bem a importância da comunicação, enquanto dispositivo na otimização do serviço.

Eu acho que comunicando-se, se comunicando mesmo de alguma forma, perguntando, e passando adiante, não... não... deixando aquela comunicação perdida, dá um final na situação, acho que início, meio e fim precisa; que às vezes começa do meio, aí volta pro início, do início vai pro fim, e fica um negócio meio “rebuscando”(né) meio confuso... é acho que a comunicação! Comunicação sempre, por exemplo, é se mudou algum “detalhezinho” é, por exemplo, a nossa produção, mudou, agora temos que fazer E SUS então a comunicação foi meio falha, meio quebrada, aí depois que nós conseguimos um... “puxar” de alguém que foi colocado com mais detalhes, eu acho que é importante a comunicação sempre, acho que é só isso. (Trabalhador 10)

Diante disso, na pesquisa de Marqui et al (2010) observou-se no que se refere ao trabalho em equipe, que foram relatadas dificuldades por aproximadamente 17% dos pesquisados, dentre elas falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, mas destaque aqui falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização do trabalho, caracterizando uma compartimentalização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, entre outras. O conceito de trabalho em equipe pode ser entendido como uma modalidade de trabalho coletivo, em que configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A interação é uma prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos e com o objetivo de construir um projeto comum de trabalho. Essas dificuldades apontadas pelos pesquisados no que se refere ao trabalho em equipe contrapõem o entendimento do trabalho em saúde como algo coletivo. A ausência de um planejamento coletivo das ações proporciona a prestação parcelar da assistência por parte do profissional, não contemplando as múltiplas facetas das necessidades de saúde dos usuários, descaracterizando a proposta preconizada pela ESF.

Segundo Araújo e Rocha (2007) o trabalho em equipe no contexto da ESF ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da

equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado, enfatizando a ideia de que a importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação.

Neste contexto, uma das falas ressaltou a importância de profissionais qualificados que compreendam a organização da APS, bem como a estruturação dos serviços e a burocracia da gestão, para que dessa forma, as ações aconteçam com maior fluidez e efetividade.

Olha... na verdade precisa assim de profissionais dentro de uma rede entendeu? Profissionais que realmente entendam do sistema e que ponham o serviço pra funcionar, as vezes a gente pensa que é... “Ah! Eu quero um ônibus pra fazer um passeio”, mas a gente sabe que nada é fácil dentro de uma secretaria de saúde, requer toda uma burocracia, se passa por vários setores, não é assim; eu quero! Aí como a gente já recebeu notificações que os pedidos que nós fizemos desde o início das nossas atividades como NASF já estão sendo... já estão tramitando dentro da secretaria, tudo tem e requer licitação; então a gente sabe que não é tão simples assim, as vezes as pessoas falam aqui de fora mas não sabem como realmente acontece lá dentro, mas como gestora eu faria isso, daria funções para quem realmente entende, pra facilitar e melhorar o sistema. (Trabalhador 11)

Os achados de Marqui et al. (2010) corroboram esse depoimento, na medida em que relata como dificuldade a falta de perfil dos trabalhadores para atuar nas equipes de ESF, expressa sob a forma de falta de comprometimento dos mesmos e conseqüentemente, não resolutividade das ações em saúde. O trabalho desses profissionais na ESF exige que estes sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade. A falta de perfil influencia negativamente na mudança do modelo assistencial de saúde proposto pela ESF. Os elementos constituintes do processo de trabalho incluem objeto, instrumentos e finalidades. A partir do conhecimento do objeto no processo de trabalho, define-se a prática e os instrumentos a serem utilizados visando atingir a finalidade do trabalho. Quando o objeto de trabalho é a família no seu contexto de vida, os profissionais das equipes de ESF devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais, econômicas utilizando como instrumentos a escuta, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização, tendo como finalidade atingir a resolutividade das necessidades em saúde individuais e coletivas. O processo de trabalho na ESF exige tais habilidades e sua ausência pode ser um fator que contribua para a presença de profissionais com dificuldades de utilizar esses referenciais em sua atividade profissional.

Nessa perspectiva, o relato do trabalhador 3 destaca bem a importância de habilidades, competências e valores morais e éticos inerentes ao trabalhador da APS, que precisa exercitá-los diariamente na sua prática para um bom desempenho com a sua equipe e trabalho e a comunidade.

Eu acho que deveria ter um comprometimento do profissional junto com o trabalho que ele exerce aqui, porque ninguém é melhor do que ninguém aqui, então cada um tem que saber das suas atribuições, dos seus horários, e fazer o que é pra ser feito: ir na área, fazer as suas visitas e retornar e conversar o que tiver que conversar com a enfermeira, e conversar o que tem que conversar com o médico, as suas necessidades e as suas atribuições em geral. (Trabalhador 3)

Neste contexto, Roecker, Budó e Marcon (2011) em seu estudo sobre ações educativas constatou que para trabalhar a educação em saúde na ESF é fundamental que os profissionais conheçam a realidade da população da sua área de abrangência, suas limitações e possibilidades, e que diante disso desempenhem seu trabalho de forma ética, criativa, inovadora e acolhedora, sabendo lidar com as adversidades. Contudo, muitos dos entraves à realização das ações educativas referidos, provavelmente, fogem do controle contíguo dos profissionais de saúde, tendo em vista o caráter macroideológico que abarca tal questão. O trabalho educativo, muitas vezes, não é realizado pelos membros da equipe por não possuírem um perfil fundamentado nas premissas da ESF, fazendo com que os profissionais venham a apresentar falta de interesse e de comprometimento com o trabalho e com as condições de saúde da comunidade. Para que ocorra o desenvolvimento da atividade educativa de forma ampliada e qualificada, ela deve ser realizada por todos os integrantes da equipe multiprofissional, em que cada um, baseado no seu corpus de conhecimento, poderá colaborar.

De acordo com Araújo e Rocha (2007) a abordagem integral dos indivíduos/ famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais na ESF, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde. Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se. Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade. Faz-se necessário,

portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos.

Nessa lógica, Roecker, Budó e Marcon (2011) ressaltam, por meio de seus achados, que a existência de educação permanente e de cursos que estimulem os trabalhadores é uma alternativa para reduzir as dificuldades no desenvolvimento da ação educativa e que, por meio deles, se pode despertar o interesse nos profissionais em trabalhar a prevenção e a promoção da saúde dos usuários e suas famílias. Do mesmo modo, que uma formação profissional mais voltada à APS e ao trabalho educativo também influenciaria de forma positiva tal comportamento. Nesse sentido, a educação permanente em saúde pressupõe as necessidades de conhecimento e a estruturação de demandas educacionais geradas no cotidiano do trabalho, indicando os caminhos e pistas para o processo de formação, sendo uma modalidade educativa que tem como alvo a equipe multiprofissional, com ênfase nos problemas reais de saúde, cujo objetivo é transformar as práticas técnicas e sociais.

Em outras palavras, os autores destacam mais uma vez a questão da formação como solução para melhora dessas situações ligadas aos aspectos operacionais dos processos de trabalho e do perfil do profissional, no entanto trazem um componente interessante relativo à capacitação dos profissionais e educação permanente no serviço, como se expressa nas falas dos sujeitos abaixo:

Uma delas (sugestões) seria mensalmente ter capacitações tanto pra nós multiprofissionais como pros ACS's os agentes de saúde, que eu acho que também é bem precária essa questão. (Trabalhador 8)

Bom, eu acho que também é... qualificar, cada vez mais um trabalho de qualificação profissional, porque a área da saúde é um área que a gente tem que "tá" sempre, como a maioria dos profissionais, estar sempre estudando, sempre se aperfeiçoando, sempre buscando se aprimorar cada vez mais, eu acho que esse trabalho de qualificação, capacitação dos profissionais é importante, uma estrutura melhor, nós não temos... as vezes nós entramos em casa e não temos uma proteção, não temos as vezes luva, máscara, uma coisa que nos proteja, nós trabalhamos (né) diretamente com doenças de alto risco, quer dizer a gente trabalha mesmo com a graça de Deus a gente costuma falar, mas acho que se eu fosse um gestor eu investiria na qualificação dos profissionais, o estímulo dando condições de trabalho, materiais didáticos, materiais que possam elaborar como Datashow, coisas que pudessem melhorar ainda mais o trabalho, qualificando o profissional, e pra que o público tenha um atendimento de qualidade, ampliando também a quantidade de pessoas, porque é pouquíssima, são poucos ACS's pra quantidade enorme de gente, falta mais profissionais, pra poder alcançar um número maior, porque nós fazemos um trabalho, mas não alcançamos a todos, porque nós somos um equipe pequena pra uma quantidade muito grande de pacientes, acho que a ampliação do programa seria uma boa sugestão. (Trabalhador 9)

acho que uma das questões fundamentais de um gestor é uma crença assim acho que tem que ter com todos os gestores, é de que independente de qualquer situação, se eu sou gestor eu tenho que assumir sempre, se por alguma questão, "ah! uma equipe não deu um resultado..." eu tenho que entender que eu tinha que comunicar, por mais que eu ache que eu comuniquei, mas o resultado não foi aquilo que eu queria então eu tenho que entender que a minha comunicação foi falha, então como gestor acho que tem que ter essa crença de sempre assumir a responsabilidade; e uma das coisas, das soluções que eu pensaria, seriam cursos de capacitação

mesmo, voltados pra justamente isso, começar a trabalhar esses novos conceitos de liderança que, pelo menos, como eu já, eu tenho feito cursos em relação a isso eu vejo que, por exemplo, principalmente empresas privadas, talvez como uma empresa privada ela tem que ser acho mais proativa assim, ela tem um resultado muito mais rápido assim, isso afeta diretamente, por exemplo, o rendimento de uma empresa privada, elas tem que se eu tratar, por exemplo, um cliente ou um usuário de forma inadequada e o usuário não utiliza mais esse serviço, pra mim é complicado então eu tenho que me reposicionar, rever meus conceitos, rapidamente, e é isso que eu não vejo assim no sistema de saúde público, parece que não consegue, não há essa necessidade de se rever porque a verba vai vir mesmo então... aí fica meio que, fica tudo acomodado assim na situação, então eu vejo dessa forma assim como uma das possibilidades é cursos de capacitação pra novos conceitos de liderança, pra que possa melhorar essa harmonia entre o funcionalismo público de forma geral. (Trabalhador 12)

Neste aspecto, Marqui et al. (2010) discutem em seu estudo que uma dificuldade referida pelos trabalhadores foi a falta de qualificação profissional, pois esta é fundamental para o aprendizado dos profissionais e aperfeiçoamento dos serviços de saúde e também para as relações sociais estabelecidas inter e intra-equipes e com os usuários, o que proporcionaria uma melhora na qualidade da assistência prestada. A implementação de uma estratégia de valorização da qualificação do profissional das equipes da ESF deve promover a autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico e capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, trabalho em equipe, interação com os usuários dos serviços, consciência da qualidade e das implicações éticas e maior humanização das atividades de atenção primária.

Na pesquisa de Roecker, Budó, Marcon (2012) os profissionais afirmaram que precisam constantemente estar se atualizando, por meio de estudos, leituras, cursos, os quais poderiam ser disponibilizados pelos órgãos responsáveis pela Estratégia Saúde da Família, como a Secretaria Municipal de Saúde, a Regional de Saúde e o Ministério da Saúde. Nesse sentido, observa-se que os enfermeiros entrevistados reconheceram a importância da atualização estável e durável, pois acreditam que a formação e a capacitação levam ao comprometimento profissional.

Neste sentido, Brasil (2009) afirma que a educação permanente, enquanto princípio e diretriz geral não somente do NASF assim também como de todo processo de trabalho, ressalta As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os



aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente.

Destaco aqui na fala do trabalhador 12 o papel da liderança nas equipes, colocado como um ponto de extrema importância no momento de organizar e estruturar o funcionamento das equipes, especialmente seja nas ações mais internas como discussão de casos ou resolução de conflitos interpessoais, em que a postura deste “líder” fará toda diferença no relacionamento entre os profissionais e na forma como os trabalhadores conduzirão suas atividades; necessitando, portanto, de cursos e capacitações que trabalhem bem os conceitos de liderança, poder e autoridade.

Nesta discussão, Ferreirinha e Raitz (2010) consideram que é preciso, antes de qualquer coisa, conhecer a etimologia da palavra poder, que vem do latim vulgar *potere*, substituído ao latim clássico *posse*, que vem a ser a contração de *potis esse*, “ser capaz”; “autoridade”. Dessa forma, na prática, a etimologia da palavra poder torna sempre uma palavra ou ação que exprime força, persuasão, controle, regulação etc. De acordo com o dicionário de filosofia, a palavra poder, na esfera social, seja pelo indivíduo ou instituição, se define como “a capacidade de este conseguir algo, quer seja por direito, por controle ou por influência”. O poder é a capacidade de se mobilizar forças econômicas, sociais ou políticas para obter certo resultado. No dicionário de política, encontramos a definição de poder mais elástica. Ainda que exista a preocupação de colocá-lo em esferas distintas: poder social, poder político, poder constituinte, poder moderador, poder potencial, poder coordenador, entre outros. Ainda assim, o que se vê é a palavra poder associada ao cerne da autoridade. Podem-se encontrar definições do tipo: “É poder social a capacidade que um pai tem para dar ordens a seus filhos ou a capacidade de um governo de dar ordens aos cidadãos”. E ainda, “o poder evoca a ideia de força, capacidade de governar e de se fazer obedecer, império”.

Ainda para estes autores, no que se refere ao poder, direito e verdade, sob a análise de Foucault, existe um triângulo em que cada item mencionado (poder, direito e verdade) se encontra nos seus vértices. Nesse triângulo, o filósofo vem demonstrar o poder como direito, pelas formas que a sociedade se coloca e se movimenta, ou seja, se há o rei, há também os súditos, se há leis que operam, há também os que a determinam e os que devem obediência. O poder como verdade vem se instituir, ora pelos discursos a que lhe é obrigada a produzir, ora pelos movimentos dos quais se tornam vitimados pela própria organização que a acomete e, por vezes, sem a devida consciência e reflexão. (FERREIRINHA E RAITZ 2010)

Neste contexto, Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) demonstram que as características do trabalho de Saúde em equipe fundamentam-se nas relações interpessoais e, como tal, geram relações de poder. Acrescida a estas características, a organização coletiva do trabalho institucionalizada promove relações de desejos, interesses e conflitos decorrentes. Em ambas as perspectivas, existem pessoas que “podem mais” e as que “podem menos”. Particularmente nas equipes de Saúde, há um terceiro elemento que trata das competências, poderes e status de cada corporação de trabalho. “Trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho: no caso da ESF, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos”. Hannah Arendt defende que o poder só se torna legítimo na utilidade coletiva efetiva, de forma que o poder genuíno se caracteriza pelas intenções explícitas coerentes com as práticas em si, de maneira indissociável. O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para violar ou destruir, mas para criar relações e novas realidades.

No estudo de Pereira (2011) percebe-se que esse papel de liderança dentro da equipe se manifesta por serem pessoas de referência que se colocam na função “de guia”, de facilitador na tomada de decisão coletiva, ou na resolução de situações problemáticas. Na verdade, o exercício da liderança dentro da equipe é rotativo, ou seja, dependendo da situação a liderança se desloca. Sendo assim, ora a liderança é ocupada pelo dentista, ora pela enfermeira, ora pelo ACS; no entanto observa-se de um modo geral, que a supervisão e gerenciamento na maior parte do tempo fica centrada na figura da enfermeira da equipe por sua postura mais enérgica, de cobrança e prestação de contas. No entanto, o mesmo tempo a enfermeira dá indícios de que não está confortável neste papel de supervisão com o objetivo de assegurar o cumprimento das ordens e dos regulamentos impostos, e propõe sempre uma nova forma de relação baseada na negociação e compartilhamento de responsabilidades. Ela possui outra concepção de liderança, que não é muito bem aceita ou entendida por alguns profissionais. Além disso, fala sobre a dificuldade que tem em conciliar atendimento às famílias e o acompanhamento aos agentes comunitários. Parece que a aposta da enfermeira é de uma liderança que é conquistada e não imposta apenas por ocupar um cargo entendido como de supervisão. Na verdade, o grande desafio é construir junto à equipe valores compartilhados que estimulem práticas colaborativas e de cooperação, e que supere os modelos tradicionais focada em papéis, tarefas, regras de controle, hierarquia e recompensa.

Na pesquisa de Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) os resultados encontrados trazem a percepção de ausência de trabalho em equipe genuíno, reflexo de um contexto em que cada profissional exerce sua função de forma isolada, não compartilhada, o que contribui para o estabelecimento de conflitos de poder entre os diversos atores. O poder exercido pela gestão imobiliza as ações de trabalho coletivo, com fragmentação na organização do processo de trabalho, manutenção de antigas disputas corporativas refletidas nas relações de poder entre os profissionais, assim como entre a equipe e a população. Como consequência, há descrença na ESF como idealizada. Em termos arendtianos, há divergência entre o discurso idealizado para o SUS – operacionalizado no campo empírico investigado pela ESF – e a ação. O modelo teórico com base nos pressupostos arendtianos pode orientar a avaliação da relação de poder na equipe multiprofissional da ESF, contribuindo para a construção de estratégias que venham gerar subsídios para identificar aquilo que está sendo alcançado e o que interfere nas relações humanas que permeiam o trabalho em equipe neste modelo assistencial.

De acordo com Honorato e Pinheiro (2010) assim como Arendt postula que no fazer político fala e ação transformadora se equivalem, também Castoriadis transpõe a ação política a uma ética da vida. Uma vez que entendemos a tarefa do profissional de saúde como uma atividade cotidiana, é claro que não estamos falando de espaços deliberativos, mas de ações que só fazem sentido numa sociedade democrática, na qual seja possível apostar que o somatório do trabalho cotidiano sobre as mentalidades possa encadear processos de transformação mais gerais. As ações de saúde em um sistema público com valores universais implicam diretamente a produção de cidadania. Isso significa dizer que são ações pautadas por valores democráticos, como o direito e a responsabilidade, e que se dão pela via dos diálogos e das negociações. Desta forma, o trabalho em saúde, que se dá num espaço público, é produção de atores políticos.

Diante disso, observamos que a superação de modelos centralizadores e lideranças autoritárias só pode ser conseguida por meio da democratização das relações entre os diferentes atores sociais envolvidos no processo, assim como dos espaços de discussão, através de uma gestão participativa e controle social, portanto, reitero aqui a opinião do trabalhador 12 acerca da necessidade de cursos e capacitações que esclareçam na mentalidade dos profissionais esses conceitos que envolvem liderança e poder, para que, dessa forma, tanto o relacionamento entre os profissionais como destes com a comunidade seja permeado por vínculo baseados na compreensão, diálogo e efetividade.

Corroborando esta opinião, a fala do trabalhador 14 aposta na promoção de encontros, enquanto espaço e momento de discussão, e troca de ideias que favoreçam a melhoria do serviço por meio da qualificação do profissional.

É... o que poderia ser feito, eu não sei se existe isso na verdade porque eu sou novo na área da atenção primária, mas seria interessante partir de repente da própria secretaria municipal, promover alguns encontros, palestras, simpósios, de atenção integral, multidisciplinariedade, é... quem sabe até desenvolver projetos pilotos pra ver como é que tá sendo desenvolvido nas unidades, nos distritos, pra poder 'tá' identificando possíveis situações que podem estar deixando a desejar pra poder corrigir e a partir daí vai ganhar todo mundo, ganha o paciente, ganha os profissionais, ganha a própria secretaria de saúde, seria isso, seria treinamentos, palestras, e estudos nas unidades, ter pessoas ali capacitadas pra estar fazendo uns levantamentos estatísticos, trabalhos tanto quantitativos quanto qualitativos seriam interessantes, porque através desses trabalhos que você identifica as vezes alguma mazela, então alguma deficiência pra, a partir daí, você poder "tá" fazendo ações, planejamento pra melhorar essa situação. (Trabalhador 14)

Chamo atenção para um componente fundamental que se expressa nesse relato, referente à necessidade de pesquisas e estudos no serviço, sejam eles de natureza epidemiológica ou socioantropológica, no intuito de compreender os diferentes processos que ocorrem nesse contexto, por meio da inserção nas comunidades estudadas, a fim de conhecer seus modos de vida, expresso em seu cotidiano através de seus hábitos, as principais necessidades em saúde, o processo de adoecimento, suas demandas sociais ligadas a outros setores da vida, conflitos e dilemas individuais e coletivos, assim como buscar entender os processos de trabalho da equipe de saúde com suas dificuldades e possibilidades, contribuindo, assim, para um melhor planejamento das ações e reorientação das práticas, pactuando com o usuário iniciativas que garantam saúde e qualidade de vida à essas pessoas.

Nesta perspectiva Rodrigues Filho (1989) garante que dado o caráter multidisciplinar deste campo de estudo, não existe um consenso quanto à sua definição, mas pode-se dizer que a pesquisa em serviços de saúde não é uma disciplina, mas um campo de estudo que se destina a investigar as inter-relações entre consumidores e produtores, à medida em que eles afetam e são afetados pela organização dos serviços, tecnologia, financiamento e sistema de pagamento. Ao contrário da medicina clínica, pesquisa em serviços de saúde se preocupa com a população e os sistemas de cuidados médicos e não com o tratamento individual. Enquanto os médicos cuidam de seus pacientes individualmente, a pesquisa em serviços de saúde se preocupa com grupos de pessoas ou populações. Esta é a distinção principal entre medicina clínica e pesquisa em serviços de saúde.

Diante disso, a aceitação destas definições significa que pesquisa em serviços de saúde é considerada como um campo de pesquisa aplicada no sentido de que seu objetivo principal é o de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e da saúde propriamente dita, através da ampliação do conhecimento destes serviços. Pesquisa em serviços de saúde é, portanto,

essencialmente multidisciplinar, sendo sua base teórica e metodológica adquirida principalmente das ciências sociais tais como sociologia, economia e ciências da administração e não das ciências médica e biomédica, embora o conhecimento destas últimas seja essencial. Emprega-se, também, conceitos e métodos de outras áreas, como enfermagem, serviço social, engenharia, direito, bioestatística, demografia, geografia, ciência política e epidemiologia. Embora a maioria das pesquisas contemporâneas na disciplina de epidemiologia esteja fora das fronteiras de pesquisa em serviços de saúde, as técnicas epidemiológicas podem ser adaptadas aos estudos da distribuição e características de recursos humanos e outros recursos de saúde. (RODRIGUES FILHO, 1989)

Para Malik (2004) a pesquisa em serviços de saúde é usada como instrumento para permitir a estudantes de diferentes cursos, aprender sobre a realidade administrativa direcionada a modelos de assistência ou clínica, a fim de tentar complementar a visão teórica da maioria dos programas. Contudo, para alunos de pós-graduação, publicações resultantes de pesquisas, preferencialmente, são obrigatórias.

Mas segundo Rodrigues Filho (1989) a pesquisa nos serviços de saúde também deve servir de base para elaboração e planejamento de políticas públicas em saúde e orientar ações nos serviços de saúde, sendo esta uma prática já bastante consolidada levando-se em conta o cenário internacional, mas que passou também a ter grande relevância no país.

De acordo com Novaes (2004) nos últimos anos tem havido indiscutivelmente um investimento em "epidemiologia em serviços de saúde" por parte dos gestores e profissionais envolvidos na organização e prestação da atenção à saúde e da vigilância epidemiológica e sanitária; ficando evidente a importância, necessidade, utilidade e pertinência da realização e disseminação dos resultados destas pesquisas.

Neste aspecto, lanço aqui uma crítica ao modelo de ciência e pesquisa vigente em nosso sistema, que valoriza mais os "números" em detrimento dos discursos e opinião dos atores sociais dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, Mercado- Martínez e Bosi (2004) afirma que a Pesquisa Qualitativa (PQ) constitui uma modalidade de investigação cada vez mais empregada e aceita na área da saúde e das ciências humanas e sociais, tratando-se de um modelo que tem sido alvo de críticas e de desconfiança por parte de uma parcela expressiva da comunidade científica quer pelos termos que trata, pelo desenho empregado, pelo fato de trabalhar com amostras não probabilísticas e/ou por efetuar análises não estatísticas dos dados. Como os argumentos e as críticas têm sido de índole diversa, abarcando todo tipo de argumentos, situemos o assunto em um contexto mais amplo.

Contudo, tomando por base o universo da pesquisa em geral, Novaes (2004) discute que um dos principais desafios da nova geração de pesquisas voltadas para a produção de impactos positivos sobre os resultados da atenção e da saúde populacional será ter capacidade de ultrapassar as descrições e o aprimoramento metodológico e contribuir para a solução de problemas e melhoria da qualidade da assistência e da implementação efetiva de políticas intersetoriais, apontando como questões importantes de pesquisa e atuação o investimento em: desenvolvimento de indicadores de avaliação de desempenho e impacto em saúde, revisões de literatura sobre programas para a saúde da população e intervenções efetivas sobre esta, estudos de caso de intervenções intersetoriais, desenvolvimento de bancos de dados populacionais longitudinais e de acesso e utilização de serviços de saúde.

De acordo com Mercado- Martínez e Bosí (2004) o setor saúde é um dos espaços sociais onde a opinião dos especialistas e profissionais continua sendo decisiva no planejamento, organização e avaliação dos serviços. Ante tal situação, as propostas derivadas da PQ pressupõem existência de diversos pontos de vista e também a inexistência de verdades únicas, universais e eternas. Neste sentido, a visão dos profissionais de saúde, ou dos especialistas, passa a ser considerada uma dentre tantas interpretações possíveis ou existentes. Neste marco, os interesses se diversificavam porque para entender um serviço ou programa de saúde pode-se ter como meta conhecer a perspectiva dos profissionais que ali trabalham, mas pode-se dar igual ou maior importância à opinião dos usuários, dos cuidadores ou dos administradores encarregados dos recursos materiais. O assunto de fundo é, portanto, o reconhecimento da existência de diversos pontos de vista e, sobretudo, de que o outro pode ter um posto de vista diferente, e igualmente válido, sobre o tema em questão.

Sem dúvida, a identificação das potencialidades e das limitações da pesquisa em sistemas e serviços de saúde, além do desenvolvimento de fluxos de comunicação oportunos e compartilhados entre os interessados, poderá contribuir para uma otimização dos esforços, e, neste texto, foi possível identificar uma progressiva maior visibilidade dessa temática. Portanto, parece indiscutível que o desenvolvimento de pesquisas em sistemas e serviços de saúde poderá contribuir para o aprimoramento e fortalecimento do SUS e para a qualidade na atenção nos serviços de saúde, integrando-se aos processos sociais, econômicos e políticos que constroem a saúde atual e futura da população brasileira, fortalecendo da melhor forma possível o papel que a ciência e a tecnologia podem e devem ter nas sociedades contemporâneas. (NOVAES, 2004)

Reiterando a fala do trabalhador 14, é inegável a importância da pesquisa, sejam elas de natureza quanti ou qualitativa, e avaliação em saúde para a elaboração, planejamento e

condução dos serviços, de forma a conhecer melhor a rotina destes lugares e saber como otimizar os recursos a serem empregados, utilizando os resultados de maneira efetiva no momento de guiar as decisões dos gestores, para que assim se tenha um serviço de qualidade e resolutivo frente as necessidades de saúde da população.

As sugestões de melhoria nos serviços por meio das falas dos entrevistados nos remetem à uma diversidade de questões, evidenciando a complexidade do universo dos serviços de saúde e do trabalho em equipe, com destaque para aquelas relacionadas à estrutura física, recursos humanos, materiais e financeiros consideradas de responsabilidade do gestor; além das capacitações e ações de educação permanente, de um modo geral, como alternativa para constante atualização e qualificação do profissional, a fim de saber como direcionar sua prática profissional norteada a partir dos princípios e diretrizes do SUS (deixando de ser apenas teoria para se tornar realidade) e, com isso, garantir maior qualidade e efetividade de suas ações.

#### 6.11 VIVENCIANDO O TRABALHO EM EQUIPE NA SAÚDE: OBSERVAÇÕES, IMPRESSÕES, REFLEXÕES E RELATOS DA PESQUISADORA, A PARTIR DO ACOMPANHAMENTO DIÁRIO DA ROTINA E ATIVIDADES DIVERSAS DAS EQUIPES DE SAÚDE, À LUZ DA PERSPECTIVA AVALIATIVA DO SERVIÇO DE SAÚDE.

Neste tópico, farei uma discussão a respeito das observações e impressões que obtive em três meses de acompanhamento da rotina e das atividades das equipes de ESF e NASF da Estratégia Parque Amazônia I, que me permitiram lançar um olhar avaliativo sobre as ações de tal serviço, e em diversos outros aspectos que compõem o campo da avaliação de serviços.

Segundo Brasil (2007) a avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. A abordagem para a avaliação desta qualidade deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões:

- Avaliação da estrutura: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais, etc.) adequados;
- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;

- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc;
- Avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.

Diante disso, Silva e Formigli (1994) afirmam que sob o rótulo de “avaliação” reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo “fomos bem?”, “deu resultados?”, “estamos satisfeitos?”, até a chamada pesquisa avaliativa, que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo a métodos e técnicas possuidoras de maior objetividade. Além disso, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas.

De acordo com Reis et al. (1990) o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian que diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. Além disso, a avaliação qualitativa do cuidado médico poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado.

Tomando por base a classificação proposta por Donabedian, irei discorrer sobre alguns aspectos inerentes à avaliação do serviço. Ressaltando que meu componente principal de abordagem será aquele relacionado ao processo de trabalho, no entanto tentarei aqui pontuar algumas questões ligadas ainda à estrutura e resultados, já que eles também aparecem como importantes aspectos na construção de um olhar mais amplo sobre o serviço.

Em relação à **ESTRUTURA**, Reis et al. (1990) nos mostram que o estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos



profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência. Os estudos que se baseiam somente na estrutura têm sido pouco considerados por este autor.

No que se refere à estrutura, o local de trabalho das equipes da ESF/NASF Parque Amazônia I configura-se no espaço de uma casa próxima à uma unidade de saúde. Observo ser este um espaço de certo modo improvisado, que possui algumas dificuldades de acesso, como a presença de uma escada sem a opção de um elevador que facilite o livre deslocamento de pessoas com limitações de locomoção, à saber cadeirantes, idosos, gestantes, entre outros; sendo que as consultas de enfermagem geralmente acontecem-no segundo andar. Além disso, percebo ainda outra questão dessa natureza, com relação a um espaço destinado à organização dos prontuários que até se fez presente na fala de um dos entrevistados:

de negativo (...) aqui é com relação, às vezes, à prontuário de paciente, que prontuário é um documento do paciente que a gente anota tudo lá, tudo, tudo, tudo, e que como a demanda de paciente é muito grande, não é possível a gente lembrar de todos os pacientes (...) aí as vezes chega o paciente aqui, não encontraram o prontuário por algum motivo e aí tem que perguntar tudo de novo, às vezes algum detalhe que o próprio paciente não lembra, às vezes, acaba sendo batido e as vezes alguma situação acaba deixando de ser dado devida atenção pela, justamente por não ter encontrado o prontuário no dia da consulta que tá marcada; então, por enquanto, o que eu observei de negativo foi isso, tentar uma melhor organização no sentido de arquivamento pra evitar esse tipo de situação. (Trabalhador 14)

Fica evidente neste depoimento que a falta de organização pode comprometer as atividades do serviço, no sentido de garantir fluidez e efetividade das ações.

Segundo Silva e Formigli (1994) efetivo é o “que se manifesta por um efeito real”. Ou ainda o efeito de determinado serviço sobre um grupo populacional corresponderia à efetividade.

Portanto tal efetividade perpassa também pela questão estrutural, na medida em que depende desta para assegurar uma oferta de serviços para a população de maneira satisfatória e que facilite sua adesão à tais serviços. Entenda-se adesão aqui na proposta da OMS, caracterizada pelo conjunto de ações que podem incluir: tomar medicamentos, obter imunização, comparecer às consultas agendadas e adotar hábitos saudáveis de vida; a OMS destaca que a adesão envolve, necessariamente, a participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora e mantenedora de acordos com o paciente para realização do tratamento. (MORAES, ROLIM e COSTA JUNIOR, 2009)

Ou seja, para que se cumpra o que foi proposto pela APS na tentativa de provocar reflexões e modificar hábitos de vida por parte da população, o mínimo deve ser garantido para o trabalho das equipes, a fim de se conseguir estes objetivos.

No entanto, ainda observamos dificuldades básicas para o cumprimento de tal premissa, como se expressa na fala dos trabalhadores abaixo:

eu daria um espaço físico melhor, mais instrumentos de trabalho, por exemplo, a gente não tem bola, a gente não tem liga, a gente não tem uma sala de escuta, a gente não tem uma parte física, não tem quadra, a gente se vira, e essa “se vira” a gente acaba incomodando porque o grupo fala alto, tem que ter música (...)Então é nesse sentido falando faltaria assim uma estrutura física melhor, mais adequada talvez protegida do som, coisa que a gente não tem, a gente só tem um pátio, e muitas vezes ele tá todo sujo, aí a gente tem que limpar pra dar o jeito. (Trabalhador 1)

(...) a gente precisa de mais companheiros pra vir somar porque existe muitas áreas descobertas e acaba nos sufocando porque a gente precisa dar uma assistência total pra nossa área, a gente chega a dar mas não como deveria porque a gente acaba alcançando outras áreas também que é descoberta, é porque é mais ou menos assim, se a pessoa da tua área tá... tem lá o ACS que vai ficar te escutando, levando teu problema pra casa trazendo teu problema pra casa, mas ela é descoberta não tem essa ponte, aí eles ficam “pechinchando” na rua: “Ei sujeito 4! Tu podes me ajudar?” aí eu vou e já me responsabilizo, só que acaba se eu tenho uma meta entre quinhentas a seiscentas pessoas, incluindo do bebezinho ao mais velho, aí vai ultrapassar minha meta, aí eu vou acabar não dando uma assistência como deveria dar, de visitar entendeu? Mas mesmo assim do jeitinho que eu faço, eu consigo alcançar não com eficácia como deveria ser mesmo, porque se eu pudesse eu ajudaria assim, eu ajudo muita gente, mas assim se eu pudesse ajudar mais eu ajudaria, mas eu também... “cobre um santo de um lado e descobre do outro” (risos) é complicado... (Trabalhador 4)

Notamos em ambas as falas, a falta de suporte estrutural para a realização das tarefas, desde questão material de recursos físicos e espaço no local de trabalho, até a carência de recursos humanos, que geram sobrecarga de trabalho, comprometem a qualidade dos serviços e criam um sentimento de insatisfação por parte do usuário, em não ter sua necessidade solucionada, e angústia por parte do profissional, em não poder muitas vezes ajudar o usuário a encontrar resposta às suas demandas.

Ainda na perspectiva da estrutura, farei agora algumas colocações mais específicas conforme o acompanhamento das atividades registradas no diário de campo, destacando os principais pontos observados e impressões obtidas a partir desta vivência.

No dia 2, tive oportunidade de acompanhar uma atividade da equipe com o grupo de HIPERDIA. A atividade corporal foi mediada pelo educador físico e a fisioterapeuta presentes, com a participação de cinco pessoas (quatro mulheres e um homem) realizada em um espaço da própria Universidade, bastante ventilado e agradável, próximo à Estratégia onde os usuários são cadastrados.

Este espaço físico mostra-se bastante apropriado para tal prática, pois ao ser realizado ao ar livre e nas dependências da universidade, apresenta-se como local seguro, de fácil acesso para os praticantes, bastante ventilado, esteticamente agradável, contribuindo assim para uma prática mais prazerosa e agradável, aumentando a adesão e satisfação do grupo como um todo.

No dia 4, acompanhei as atividades da equipe do NASF realizada em outro grupo, bastante numeroso com trinta participantes, predominantemente composto de mulheres, formado há aproximadamente um ano. Foram realizadas diversas atividades corporais com

auxílio de vários equipamentos: de Membros Superiores (MMSS), Membros Inferiores (MMII), exercícios globais, dinâmicas variadas, divisão em grupos e equipes para realização de circuitos para treino de equilíbrio, força, coordenação, dentre outros, que aconteciam em um dos espaços de uma unidade de saúde.

Observo que o NASF utiliza bem mais os espaços da comunidade para realização de suas atividades se compararmos à ESF, que sob meu ponto de vista, ainda se encontra bastante restrita ao ambiente da casa família, centrando suas ações no atendimento de procedimentos como consultas, prescrição de medicamentos, enfim, ações relacionadas o modelo curativista e reabilitador.

No dia 15, acompanhei um pouco da rotina enquanto aguardava para fazer o contato com a enfermeira da equipe da estratégia. Neste dia estava acontecendo o atendimento do exame de Preventivo do Câncer de Colo do Útero (PCCU), foram atendidas cinco mulheres, não pude acompanhar o procedimento, mas fiquei no aguardo da sala de espera. Pude observar um pouco da rotina do local, percebi que os procedimentos burocráticos são em importante quantidade o que de certa forma sobrecarrega os trabalhadores para além de suas funções “práticas” digamos assim, além disso, observei alguns usuários insatisfeitos com a demora de consultas, reclamando ainda da falta de organização de alguns setores, ou mesmo da falta de efetividade na resolução de problemas ao procurar a estratégia para conseguir soluções nas questões básicas de saúde.

No dia 18, tive oportunidade de acompanhar as atividades do grupo de atividade física do NASF em outro local (já que eles cobrem mais de uma única Estratégia), que realizava exercícios sob a coordenação do educador físico e do terapeuta ocupacional, que usavam a música como recurso para realização dos movimentos. Fiquei observando a atividade ao lado do Trabalhador 11 que também acompanhava, ela comentou sobre a dificuldade de realizar essas dinâmicas devido à falta de recurso e, acima de tudo, da falta muitas vezes de apoio da direção da unidade, bem como por parte de alguns profissionais que se mostram pouco receptivos a esse tipo de abordagem.

No dia 23, após ter confirmado com o Trabalhador 12, tentei realizar visita domiciliar, mas sem sucesso. A ACS que havia confirmado não apareceu na casa família. Mas passei algum tempo conversando com terapeuta ocupacional questionando alguns aspectos do serviço, inclusive, essa dificuldade em realizar as visitas decorrência desses diversos fatores. Ele me relatou ainda o funcionamento do serviço, como costuma organizar suas ações e atividades, alguns êxitos e frustrações em formar grupos de educação em saúde, por exemplo, adesão dos usuários a este tipo de dinâmica; a cobrança dos serviços, que muitas

vezes não entendem o papel do NASF e acabam gerando uma demanda mais assistencial mesmo de reabilitação ou atendimento, dentro do modelo de saúde mais focado na cura e reabilitação. Além disso, há questão também do território de abrangência do NASF, que abarca diversas estratégias com isso a sobrecarga é intensa bem como a cobrança. Mas ele falou a respeito de algumas ideias que estão surgindo em virtude também da parceria com a universidade, que possibilitará espaço, recursos e a disponibilidade dos graduandos em fisioterapia e terapia ocupacional para lançar novos projetos para os usuários desta população.

Em relação à avaliação do **PROCESSO**, Reis et al. (1990) afirmam que avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde. Geralmente os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas médicas rotineiras. Segundo Donabedian, a metodologia dos estudos de processo pode ser dividida de duas maneiras: observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos.

Apesar de ter identificado na fala dos profissionais que as maiores queixas estão relacionadas a questões estruturais, a presente pesquisa volta-se mais para os aspectos ligados aos processos de trabalho, portanto será este o assunto mais detalhadamente discutido a seguir.

Na perspectiva dos processos de trabalho, observo que existe um esforço por parte dos trabalhadores da ESF em se encaixar na premissa da promoção e prevenção da saúde, no entanto é perceptível a dificuldade em se trabalhar essa proposta quando existem demandas básicas e emergenciais, que demandam um cuidado mais dentro do processo de cura com ações mais isoladas dos profissionais, o que os coloca e constante impasse entre o que “o que podem fazer” e o “que devem fazer”. Por outro lado, o processo de trabalho do NASF se encontram bem situados mais situados no contexto da APS, com ações de educação em saúde, orientações, atividades de promoção, utilização de espaços dentro da comunidade, e um trabalho mais articulado a nível da abordagem multiprofissional.

Isto pode estar relacionado ao que nos diz Nascimento e Oliveira (2010), isto é, no dia-a-dia do trabalho das equipes da ESF, observa-se que muitas vezes o processo de trabalho limita-se a alcançar de metas numéricas e procedimentos pré-determinados, sem a devida reflexão acerca da qualidade do serviço prestado. O NASF busca romper esta lógica e colaborar para a implementação de ações qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva

das equipes e problematizando com as equipes e os usuários dos serviços os determinantes do processo saúde-doença e as possibilidades de enfrentamento das condições que levam ao adoecimento e à morte. O NASF propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF. Traz como ferramentas instituídas a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território para a realização do cuidado ao usuário e qualificação das ações das equipes. Sabe-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços. Somente assim será possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade.

Destaco ainda a necessidade de uma maior articulação entre equipe de ESF e equipe de NASF, pois observo que esta relação ainda não está fortemente consolidada, exceto o fato de que, isoladamente, um ou outro profissional conseguem melhor essa articulação como demonstra a fala abaixo:

(...) o psicólogo tem sido assim o nosso apoio principal, porque muitos pacientes que nós temos, eles tem problemas sociais dentro de casa e, partir do momento que você consegue dominar essa parte, eles se sentem muito mais aliviados, então assim a equipe multiprofissional, ela é muito importante (...) (Trabalhador 7)

De qualquer forma, é importante que se mantenha esse movimento de configuração dos processos de trabalho em direção à prevenção e promoção, apesar dos desafios, para que se busque no dia a dia das equipes, através das diferentes experiências sejam elas positivas outras nem tanto, encontrar estratégias para consolidar esse modelo de atenção à saúde.

Discutirei agora a questão dos processos de trabalho, à luz dos registros em diário de campo.

No dia 2, acompanhei as atividades do grupo de atividade física da UFPA, que é realizado semanalmente com frequência de dois dias por semana (terças e quintas feiras) pela manhã sob supervisão do NASF, os participantes do grupo executaram uma sequência de atividades: exercícios de membros superiores e inferiores, alongamentos globais, exercícios de fortalecimento, coordenação e equilíbrio, breve caminhada, alguns exercícios funcionais e ao final cinesioflexibilidade. A dinâmica adotada foi bem interessante, os profissionais realizavam os comandos e demonstrações dos exercícios para, em seguida, os participantes executarem os movimentos sob supervisão dos profissionais.

No dia 5, acompanhei novamente este grupo com realização de sequência de exercícios semelhante às outras dinâmicas, mas com progressão do grau de dificuldade das atividades. Além disso, visita à estratégia para contactar com a equipe: enfermeira, ACS's.

No dia 6, acompanhamento do grupo de atividade física de idosos da Unidade de Saúde também de responsabilidade do NASF, com realização de sequência de exercícios e posterior ensaio de dança regional para uma posterior apresentação conforme comunicado pela equipe do NASF.

No dia 7, acompanhamento das atividades do grupo de atividade física da UFPA com realização de sequência de exercícios dinâmicos. Fomos até a estratégia para acompanhamento da visita domiciliar, no entanto a ACS não pôde comparecer.

No dia 12, a dinâmica do grupo da UFPA, neste dia foi conduzida pelo educador físico e pelo terapeuta ocupacional, que a propósito estava retornando do período de férias, com a participação de seis pessoas. Os exercícios realizados neste dia foram: corrida, corrida com obstáculos, corrida com movimentos de MMII, exercícios de MMSS e cabeça e pescoço (alongamento, cinesio ativa...) alongamento de MMII (sentados e utilizando recursos) abdominais (reto e oblíquos) ao final uma leve corrida usando a técnica de “trotar”.

No dia 13, acompanhei as atividades do NASF realizadas no grupo de atividade física da unidade da Terra Firme. A dinâmica estava sendo conduzida pelo educador físico, uma espécie de jogo de vôlei adaptado com uma peteca realizada pelos idosos. Bastante interessante a atividade, eles pareciam se divertir com o exercício e ao mesmo tempo praticavam atividade física. Posteriormente, a assistente social, fisioterapeuta e psicóloga discutiram com os participantes sobre o dia do homem que estava sendo comemorado neste dia; falaram um pouco sobre a importância de cuidar da saúde e outros aspectos gerais. Depois deram a palavra ao educador físico para que falasse representando os homens, no qual ele falou sobre o papel do homem na sociedade, na família, e acabou suscitando também a participação dos demais integrantes. Ao final acertaram os detalhes do possível passeio a ser realizado na semana seguinte que seria num local turístico ou praia; fizeram a oração como de costume e se despediram. Depois a equipe se reuniu na sala de reunião do NASF, para discutir algumas situações envolvendo um dos membros da equipe que foi abordado de forma agressiva por um usuário, pois queria receber atendimento tradicional e falou de forma constrangedora com a profissional exigindo tal atendimento, situação esta que não seria a primeira ocorrência mas “estava virando moda” nas palavras de um dos componentes da equipe. Os profissionais discutiram sobre o assunto, enfatizando que o papel do NASF não é esse, evidenciando ainda a confusão que se tem a respeito da real função de um NASF,

desconhecido por usuários e muitos profissionais ainda; dificultando o desenvolvimento do trabalho da equipe e mesmo desgastando as relações de trabalho em decorrência dessas situações; gerando descontentamentos e tensões nas relações da equipe como um todo.

No dia 16, estavam acontecendo atendimentos das gestantes, tive oportunidade de acompanhar o final de um dos atendimentos, no qual a enfermeira realizava orientações gerais para a gestante, como administração de vitaminas e medicamentos, cuidados com alimentação, informações de exames e pré-natal em geral, depois disso realizei a entrevista. O fluxo foi bastante intenso neste dia e observei a rotina de trabalho bastante atribulada da equipe no geral, apesar de ser um dia de julho a movimentação era bastante intensa, até mesmo para resolver as questões burocráticas, em que os ACS's preenchem algum tipo de cadastro. Ao final pude acompanhar uma técnica na saída da casa família, ela foi abordada por um usuário que queria explicações acerca de uma ferida operatória mal cicatrizada, ela o orientou dizendo que este precisava procurar atendimento no posto com o médico, pois o procedimento ml realizado poderia lhe trazer complicações. Conversamos ainda um pouco sobre algumas questões do bairro e da equipe de saúde a qual ela faz parte. Ela também quis saber um pouco sobre minha formação profissional. Esta profissional me despertou atenção, pois sempre se mostra muito proativa desde meu primeiro contato com aquele local, muito educada, delicada no tratamento com as pessoas de um modo geral, parece realizar bem seu trabalho com disposição e boa vontade e os usuários bem como alguns profissionais parecem confiar bastante em seu serviço e tê-la como uma referência naquele local de atendimento.

Dia 17, primeiramente acompanhei as atividades do grupo de atividade física da UFPA, que realizaram como de costume os exercícios de MMSS, MMII, alongamentos, fortalecimentos e exercícios em geral. Em seguida fui à casa família, acompanhar um pouco da rotina do lugar e também realizar algumas entrevistas. Neste dia, o terapeuta ocupacional, a psicóloga e o educador físico estavam saindo junto com uma ACS para realizar visita domiciliar na área. Tive oportunidade ainda de conversar com a fonoaudióloga e fazer minha entrevista, em seguida ela saiu com a fisioterapeuta do NASF para resolver diversas questões burocráticas no conselho e em outros locais para resolver algumas situações, segundo a fisioterapeuta um posto de saúde havia sido assaltado e ela iria resolver essas situações. Fiquei no aguardo para entrevistar um ACS e uma das técnicas de enfermagem. Percebo que esses profissionais sempre estão bastante atribulados com questões burocráticas, de organização do serviço, atendimento mesmo da população em diversas questões, não sei até que ponto isso gera sobrecarga de trabalho, pois vejo-os desenvolvendo algumas funções que ao meu ver não são de sua competência mas que acabam tendo que assumir por carência de profissionais

específicos para resolver tais questões, e para não comprometer o trabalho e dar andamento às atividades da estratégia eles acabam improvisando uma série de situações e acumulando funções para garantir a melhor oferta de serviços para a comunidade, mas ainda assim vejo muitos usuários insatisfeitos, que saem fazendo reclamações sobre o atendimento e as condições do posto, gerando tensão nessa relação com profissional, desconfiança e certa falta de esperança por parte dos usuários na resolutividade de seus problemas, e frustração na equipe que se vê de “mãos atadas” diante da falta de recursos, estrutura e assim por diante... para garantir um atendimento efetivo para essa população.

No dia 18, os profissionais do NASF saíram para uma visita domiciliar que se tratava de um caso do ministério público, no qual a usuária recorreu o aparelho judicial para garantir seu direito sob risco de multa da secretaria de saúde, mas a equipe se mostrou bastante insatisfeita com essa situação de obrigatoriedade e por se tratar de uma área que não é de sua abrangência bem como sua responsabilidade.

No dia 19, acompanhei o grupo de atividade física do NASF TERRA FIRME. Estavam apenas o educador físico e a assistente social. Como de costume, realizavam seus exercícios de forma criativa e dinâmica, com muita animação e empolgação e empenho. Depois da execução das tarefas, o grupo fez uma breve reunião para discussão sobre a questão do passeio que estavam prestes a realizar. Eles conversaram a respeito do local, dia, horário, dentre outros aspectos. Em determinado momento gerou-se um certo clima de insatisfação porque alguns participantes demonstraram insatisfação pelo local escolhido. Então fizeram uma votação para decidir sobre o assunto, no qual a maioria ganhou e o clima de satisfação foi restaurado. Interessante observar como eles decidiram de forma democrática sobre este pequeno conflito, isso reflete o caráter democrático, participativo e organizado do grupo, pois eles decidiram conjuntamente sobre as questões pendentes. Ao final a maioria ficou satisfeita e empolgada com a novidade do passeio. Neste mesmo dia, entrevistei a assistente social e ela comentou comigo também sobre a questão das visitas obrigatórias de um caso que foi parar no ministério público; ela se sentiu bem incomodada pelo fato do caso em questão não pertencer à área de cobertura deste NASF, mas sim de outro; percebo que essa questão incomoda bastante a equipe do NASF como um todo por diversos aspectos, dentre eles o fato de pertencer a outro território ou mesmo pela questão do desvio de função, já que esse “não seria o papel do NASF” como disse certa vez um dos componentes da equipe.

No dia 20, fui à unidade contactar com o médico para fazermos nossa entrevista. Percebi alguns pacientes reclamando da demora nos atendimentos e na dificuldade de acesso aos serviços.



No dia 21, não estava acontecendo atendimentos, pois seria a visita domiciliar. Pude perceber um pouco a interação da equipe, que parecia descontraída e bem a vontade, com boa interatividade, antes da visita, enquanto aguardavam a chegada do médico, conversavam de forma amigável e faziam brincadeiras, demonstrando certa intimidade e um bom relacionamento interpessoal entre a equipe.

No dia 22, fui à casa família na tentativa de realizar visita domiciliar, no entanto não obtive sucesso pois a ACS que nos acompanharia estava bastante ocupada com alguma atividade burocrática de preenchimento de documentos. Sempre percebo-os (ACS's) muito ocupados com diversas funções o que inevitavelmente me leva a pensar em sobrecarga de trabalho.

No dia 23, tive oportunidade ainda de presenciar o diálogo entre duas senhoras que aguardavam atendimento, elas comentavam a respeito da preferência por alguns profissionais daquele local (médicos e enfermeiros) os que lhe agradam e os que não lhe agradam, comentando ainda que “a dra. X é ótima, porque ela escuta, ela tem muita paciência, ela ouve tudo com calma” não tenho certeza se a referida dra, X pertence ao serviço em questão, mas essa fala chamou minha atenção por mostrar que tipo de profissional esses usuários realmente precisam, que características são importantes no momento da consulta, como os profissionais de saúde devem se portar para garantir o melhor atendimento ao usuário para garantir com satisfação o seu direito à saúde.

Abaixo algumas imagens que ilustram esses processos de trabalho:



**FIGURA 13:** GRUPO DE SAÚDE NASF TERRA FRIME EM ENSAIO COREOGRÁFICO PARA UMA APRESENTAÇÃO  
FONTE: PRÓPRIO TRABALHO



**FIGURA 14:** GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA DA UFPA EM TRABALHO ATIVO DE MMSS COM AUXÍLIO DE EQUIPAMENTO  
FONTE: PRÓPRIO TRABALHO



**FIGURA 15:** GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA DA UFPA EM ALONGAMENTO DE MMII  
**FONTE:** PRÓPRIO TRABALHO



**FIGURA 16:** GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA DO NASF TERRA FIRME EM ALONGAMENTO DE MMI  
**FONTE:** PRÓPRIO TRABALHO

Em relação aos **RESULTADOS**, este estudo apresenta algumas limitações, na medida em que se voltou na maior parte a estudar os processos de trabalho das equipes. No entanto, algumas observações a este respeito puderam ser obtidas e serão aqui apresentadas.

Segundo Reis et al (1990) a avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como, em termos de saúde, os resultados se devem a muitos fatores, a sua medida e avaliação

constituem o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total. Considerando-se a natureza multifacetada do estado de saúde, existem muitas metodologias que utilizam medidas de resultado seguras e válidas. Entre elas, incluem-se medidas de capacidade física e estado funcional, inventários de saúde mental, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos e medida de percepção pessoal da saúde geral.

No dia 2, após a atividade os usuários do grupo de saúde da UFPA se mostraram, de um modo geral, participativos e satisfeitos com a atividade, reconhecendo a importância desta em sua vida com alguns relatos de melhora física e bem estar geral após a adesão destes exercícios. Os profissionais relataram que o grupo era bem mais numeroso, apesar de neste momento encontrar-se em quantidade bem reduzida, no entanto eles reforçam a importância e necessidade de se manter este tipo de atividade para a população, ainda que a adesão seja relativamente pequena, pois, além deste tipo de abordagem ainda ser um processo em construção na mentalidade das pessoas, ela deve continuar em respeito aos usuários ativos que continuam participando das dinâmicas, demonstrando o empenho e preocupação da equipe em ofertar saúde à população pela qual é responsável.

No dia 3, o mesmo grupo demonstrou boa interatividade e bastante interesse principalmente na última atividade, sinalizando que as diferentes ideias e formas de trabalhar a atividade corporal despertam maior interesse e adesão por parte dos usuários, que buscam o combate ao sedentarismo mas também de forma criativa e inovadora.

No dia 4, o grupo interagia bastante entre si e com os facilitadores da atividade, demonstrando um bom relacionamento com a equipe e participando de forma ativa das dinâmicas. A equipe relatou que o comportamento receptivo e participativo deste grupo, particularmente, os incentiva a desenvolver diferentes trabalhos e ideias, ressaltando o caráter motivador que desperta um grupo empolgado e ativo. Ao final da atividade um grupo de estudantes realizou uma atividade extra, através de uma palestra sobre incontinência urinária.

No dia 12, percebo cada vez mais pessoas agregando-se ao grupo aumentando em quantidade o número de participantes, demonstrando boa interatividade entre si e para com os facilitadores da dinâmica, não apresentando uma relação de hierarquia, mas sim um sentimento mesmo de amizade entre todos no grupo, colaborando para um ambiente agradável que facilita prática das atividades.

No dia 17, observo que o grupo possui alta rotatividade e uma certa inconstância, ou seja, as pessoas mudam a toda hora, apesar de o quantitativo permanecer basicamente o mesmo, mas sempre mudam os participantes da atividade, isso me leva a pensar na questão da

adesão e efetividade dessas práticas, que apesar de ser uma iniciativa louvável e sem dúvida de boas repercussões pra essas pessoas da comunidade, pode ter comprometida a sua eficácia real e resultados mais concretos, tanto para o usuário em si, que deixa de participar e não apresenta uma regularidade nessas atividades, como para o próprio sistema de saúde, pois o alcance e efetividade dessa dinâmica fica comprometida em sua efetividade.

No dia 19, ao final da entrevista da pesquisa, uma senhora veio nos questionar sobre como proceder para participar do grupo de idosos, no que a assistente social informou-lhe sobre os devidos procedimentos. Isso demonstra como o grupo ganha repercussão a cada dia, agregando mais participantes e oferecendo maior qualidade de vida pra essas pessoas, o que me leva a pensar que são pessoas privilegiadas por terem oportunidade de acesso a este tipo de serviço, e como seria bom se essa iniciativa fosse mais difundida por toda população.

## 6.12 IMPRESSÕES FINAIS

Após três meses de acompanhamento desta realidade e destes profissionais, percebi que ela se assemelha em muitos aspectos à outras realidades vivenciadas no país, na qual evidencia-se uma população carente de necessidades básicas de saúde e de vários outros aspectos da vida, como suporte de infra-estrutura básica de saneamento, entre outros, o que dificulta bastante o trabalho das equipes de saúde que, praticamente, devem dar conta das demandas de saúde mas que provêm diretamente dessas questões.

Por outro lado, tive o privilégio de acompanhar o trabalho incansável dos trabalhadores da saúde, que tentam diariamente fazer o (im)possível na tentativa de oferecer o máximo de qualidade de vida para sua população, lidando com as limitações do próprio ambiente de trabalho, necessidades da comunidade e as questões inerentes à sua rotina profissional.

Percebo a dificuldade de se trabalhar promoção e prevenção em um contexto marcado por adversidades e complexidades, cuja população tem um longo caminho a percorrer até se apropriar dessa nova mentalidade, bem como do empoderamento que lhe diz respeito, ficando ainda a cargo das autoridades e equipes de saúde “oferecer” saúde aos usuários.

Observo também os dilemas dos profissionais, agindo como “bombeiros” no contexto da saúde, tendo que lidar com questões básicas e emergenciais do serviço, e, ao mesmo tempo, se adequar às novas demandas “impostas” pela APS, ou seja, trabalhar priorizando ações de promoção e prevenção da saúde, o que nem sempre gera satisfação por parte dos cidadãos, devido à essa mentalidade amplamente difundida de que saúde está ligada à medicação,

consulta, cirurgias, enfim, procedimentos de média e alta complexidade ligados a outros níveis de atenção.

Penso que um caminho possível para superar tais conflitos esteja na direção da gestão participativa, na qual cada ator social é valorizado em seu contexto, por meio de um debate mais democrático, no qual as necessidades da população, trabalhadores e gestores sejam colocadas em discussão, para que se chegue a um consenso e alternativas que respondam em algum grau tais necessidades, e, que dessa forma, sejam apontadas soluções, de modo geral, satisfatórias para todos os envolvidos no processo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou elucidar questões relativas ao universo do trabalho multiprofissional de uma equipe de ESF e NASF no contexto da APS, a fim de discutir aspectos gerais, como dificuldades e possibilidades, do complexo universo do trabalho em equipe, na intenção de conhecer a realidade vivenciada por esses profissionais no cotidiano dos serviços de saúde, desde a oferta de ações em saúde até os enfrentamentos diários dos desafios que se colocam frente a esses trabalhadores, quando se busca garantir o melhor atendimento das necessidades da população.

Inicialmente, adentrei o ambiente dos serviços e tive o privilégio de acompanhar a rotina dos profissionais de saúde, bem como a organização e o fluxo de funcionamento do serviço, para conhecer melhor a realidade do local, daqueles usuários, e da equipe de trabalho. Nesta primeira etapa, além de estabelecer um contato maior com o campo a ser estudado, por meio do vínculo com os trabalhadores, procurei esclarecer melhor de quem se tratava a população-alvo do estudo, ou seja, cada componente da ESF ou NASF, elaborando um perfil destes sujeitos, do ponto de vista da formação e atuação profissional, para saber de fato quem é este agente social no universo da APS, qual seu percurso e histórico profissional até sua chegada no atual contexto de atuação. Percebo, de um modo geral, que os trabalhadores atuam dentro do que é preconizado, no entanto aqueles que possuem alguma formação mais específica para atuar nesta área encontram-se mais conscientes de seu papel neste nível de atenção, portanto, sabem realmente seus direitos e deveres e lidam melhor com os desafios diários que surgem na complexidade dos serviços.

Além disso, busquei ainda, por meio da realização de entrevistas, conhecer os diferentes saberes dos trabalhadores acerca de alguns conceitos como integralidade, abordagem multiprofissional, e a relação desses termos, bem como sua aplicação no dia-a-dia, no intuito de compreender de que forma estes sujeitos concebem tais terminologias que permeiam o contexto da APS e como eles observam e aplicam os conceitos em sua prática. A maior parte dos entrevistados consegue ter uma noção em relação à integralidade e trabalho multiprofissional, no entanto por se tratar de um termo complexo que envolve diferentes interpretações, muitos relacionaram somente à questão da visão integral do ser humano, demonstrando ser esta ideia predominante sobre a integralidade, sendo também a mais aplicada no cotidiano das ações ofertadas.

Após essa etapa, através da observação participante, acompanhei por um período de tempo a rotina do serviço e os serviços ofertados, e constatei que os profissionais do NASF

encontram-se mais situados dentro da premissa da abordagem multiprofissional, com ações bem compartilhadas por todos os membros da equipe, desde a concepção e organização das ações até sua execução, em relação aos profissionais da ESF, que parecem estar mais ligados ainda aos moldes tradicionais de atendimento na perspectiva do modelo biomédico, isto é, pautado em consultas agendadas, com ações compartimentalizadas ou mesmo atuação isolada de alguns profissionais, à revelia dos relatos destes profissionais que disseram desenvolver ações conjuntas, no entanto no período em que estive no serviço não observei ações dessa natureza. Algumas questões relativas à isso foram elucidadas ao longo do trabalho, como as demandas emergenciais da população, mas que precisam ser repensadas e (re)discutidas se o objetivo for realmente mudar a forma de visualizar, pensar e fazer saúde em uma nova concepção.

A partir disso, os próprios profissionais apontaram alguns caminhos possíveis para se trabalhar a melhoria dos serviços, como uma disposição maior de recursos materiais e infra-estruturais que dê, minimamente, a capacidade de garantir resolutividade aos problemas de saúde da população. Além disso, ressaltaram o valor e importância das capacitações, enquanto forma de investimento na melhoria da mão-de-obra disponível, para que possam estar sempre se atualizando e renovando seus conhecimentos, o que é de suma importância, tendo em vista as constantes mudanças e transformações sociais e da própria gestão e organização do sistema de saúde, o que demanda recorrentes estudos e atualizações no momento de primar pela qualidade das atividades nos serviços de saúde.

Durante o período que convivi com as equipes e com os usuários no contexto em que tive oportunidade de realizar meu estudo, pude perceber um pouco mais de perto a carência de necessidades básicas da população em questão, nos mais diversos campos da vida, que perpassam por situações de extrema pobreza e miséria, drogas, violência, carência de suporte básico como saneamento, água, transporte, alimentação, segurança, enfim, uma realidade que me muito se assemelha a outras de diferentes localidades do país. E não posso deixar de aqui mencioná-las porque fazem todo sentido no contexto da saúde, se tomarmos por base o conceito ampliado de saúde preconizado pela OMS, que nos diz que todos esses fatores influenciam, em maior ou menor grau, na questão da saúde. Diante disso, observamos a tamanha complexidade e o enorme desafio que é colocado aos profissionais de saúde, que tentam atender demandas básicas e emergenciais da população pela qual são responsáveis, mas ao mesmo tempo, devem se adequar ao novo modelo de atenção.

Não posso deixar de observar a angústia, o medo e, muitas vezes, a frustração que acompanha os incansáveis profissionais de saúde nas questões diárias dos sistemas de saúde,



que se constituem de fato e verdadeiramente, um desafio constante à inteligência, persistência e criatividade das equipes. Por outro lado, visualizo ainda mais forte o sentimento de solidariedade, afetividade e boa vontade de tais profissionais para com seus usuários, na busca de amenizar os sofrimentos destes, por meio daquilo que lhes é factível (e algumas vezes tenta-se mesmo atingir o inalcançável) na difícil tarefa de ofertar saúde, de alguma maneira, a estes cidadãos, tendo ainda que lidar com as questões próprias das equipes, levando em consideração não ser nada fácil trabalhar com pessoas diferentes de perspectivas, expectativas e históricos de vida diversos em ambientes geralmente desfavoráveis do ponto de vista físico; mas que, acima de tudo, devem superar tais questões e se unir em prol do objetivo comum: garantir resolutividade e qualidade nas ações dos serviços de saúde prestadas à população.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**/Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 184 p. 2006.
- ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**, 2011. In: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- ALMEIDA, S.; PINHEIRO, R. A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 455-464, 2007.
- ARAÚJO, M.R.N.; ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças, **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) jan/fev;57(1):19-25, 2004.
- AVEIRO, M.C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciênc. Saúde coletiva**. Vol. 16 supl.1 Rio de Janeiro, 2011.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.
- BAILER, C.; TOMITCH, L.M.B.; D'ELY, R.C.S. Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**, v. XXIV: 129-146, São Paulo: LAEL/PUCSP. ISSN 2237-759x, 2011.
- BARROS, F.S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade** 11(1): 67-84, 2002.
- BARROS, M.E.B.; BARROS, R.B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.

BARROS, M.E.B.; MORI, M.E.; BASTOS, S.S. O desafio da política nacional de humanização nos processos de trabalho o instrumento “programa de formação em saúde e trabalho”. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1): 31-48, 2006.

BEDIN, D.M.; SCARPARO, H.B.K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: Teoria e Prática** – 13(2):195-208 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios./Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 146 p. 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de saúde**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica\_ Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il- (Série A: Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27), 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.\_ Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 14 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) 2014.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores**. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.

BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria prática**. In: ORTIZ, R. Pierre Bourdieu. Rio de Janeiro: Ática, (Coleção Pensadores das Ciências Sociais) 1982.

CAETANO, A.P.; SILVA, M.L. Ética profissional e formação de professores. **Revista de Ciências da Educação**, 08, pp 49-66, jan/abr 2009.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) ;57(5):611-4, set/out 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**/Fritjof Capra; [tradução Álvaro Cabral], - São Paulo: Cultrix, 2012.

CARVALHO, A.L.B. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e saúde coletiva** 17 (4): 901-911, 2012.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**/Gastão Wagner de Sousa Campos ... [et al.]. 2ª. Ed. rev. Aum. – São Paulo: Hucitec, 968 p.: il. – (Saúde em debate; v. 170) 2012.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: **Tratado de saúde coletiva**/Gastão Wagner de Sousa Campos... [et al.] . 2ª ed. Rev. Aum. – São Paulo: Hucitec, 968 p.: il. – (Saúde em debate; v. 170) 2012.

CECCIM, R.B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

COELHO, J.S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol 9(2): 315-33, maio-ago, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 132 p. 1997. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>.

COSTA, F.L.; CASTANHAR, J.C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 37(5): 969-92, Set./Out. 2003.

COTTA, R.M.M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 15(3):7-18 2006.

DANTAS, F.; SOUSA, E.V. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(4): 507-517, 2008.

DEMÉTRIO, F. et al. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. **Rev. Nutr.** Campinas, 24(5): 743-763, set/out, 2011.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégia Saúde da Família**. [www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php). Acesso em: 07/10/2015 às 20:39 hrs.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. 2012. Disponível em: [www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape-nasf-php](http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape-nasf-php).

DESLANDES, S.F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**/Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes: Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DITZ, E.S. et al. Formação multiprofissional: estratégia de educação permanente na construção da integralidade na atenção à saúde. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, núm. 3, pp. 553-563 julho-setembro 2006. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

FERNANDES, F.M.B.; MOREIRA, M.R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [ 2 ]: 511-529, 2013.

FERREIRINHA, I.M.N.; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **RAP** — Rio de Janeiro 44(2): 367-83, Mar./Abr. 2010.

FERRO, L.F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo; 38(2): 129-138, 2014.

FIGUEIREDO, E.N. de. **Estratégia Saúde da Família Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. 2015. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf).

FLEURY, S.M. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev. Adm. Empres.** Vol. 49 n. 4. São Paulo oct/dec 2009.

FLEURY, S. **Reforma dos serviços de saúde no Brasil**: movimentos sociais e sociedade civil. Disponível em: In: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Março, 2011.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan./abr. 2009.

FRACOLLI, L.A., ZOBOLI, E.L.P., GRANJA G.F., ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP** 45(5):1135-4, 2011.

FREITAS, M.L.A.; MANDÚ, E.N.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paul Enferm**, 23(2): 200-5, 2010.

GARNELO, L. Resenhas books review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):1115-1118, mai, 2006. In: Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 244 pp. ISBN: 85-89697-06-1, 2005.

GÓIS, P.S. et al. Integralidade e capital social: Reflexões no cenário do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica Inter-Legere**. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/07/pdf/07es06.pdf>.

GOMES, R.O. et al. Atenção primária à saúde “a menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & saúde coletiva**. 16 (supl 1) 881-892, 2011.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.

GONTIJO, E.D. Os termos ‘Ética’ e ‘Moral’. **Mental** - ano IV - n. 7 - Barbacena - nov.- p. 127-135, 2006. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n7/v4n7a08.pdf>>.

GRISARD, N. Ética Médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica. **Bioética**, 10(1), 2002.

GUEDES, A.E.L. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**/Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 184 p. 2006.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O.L. Integralidade, política e produção de conhecimento: em busca de uma sociedade cuidadora. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

GUSMÃO, L.H.A. **Geografia e Cartografia digital de Belém**. Maio, 2013. Disponível em: <http://geocartografiadigital.blogspot.com.br/2013/05/cartografia-dos-distritos.html>.

HABERMAS, J. Para o uso pragmático, ético e moral da razão prática. **Texto apresentado na Conferência do Mês (IEA/USP):** “Zum pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft”, realizada em outubro de 1989.

HECKERT, A.L.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 208 p. 2010.

HENNINGTON, I.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saúde Pública** 42(3):555-61 2008.

HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.

HOSSNE, W.S. Bioética – princípios ou referenciais? **O mundo da Saúde São Paulo:** 30(4): 673-67, out/dez 2006.

KOERICH, M.S.; MACHADO, R.R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto Contexto Enferm** Jan-Mar; 14(1):106-10, 2005.

KOIFMAN, L. ‘O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense’. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde pública.** São Paulo, Vol. 47, n. 5, Out. 2013.

LAURENCE, B. **Análise de conteúdo**/Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: Edições 70, 2011.

LIGIERA, W.R. Os princípios da bioética e os limites da atuação médica. **Revista Ibero-Americana de Direito Público.** (Coord. Ives Gandra da Silva Martins) Rio de Janeiro, ano 5, n. 20, p. 410-427, 4.º trim. 2005.

LOCH, J.A. Princípios da bioética. **Uma Introdução à Bioética.** Temas de Pediatria Nestlé, n.73, p. 12-19, 2002. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>>.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saude**, 7(2):241-247, Abr/Jun 2008.

LOUZADA, A. P. F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**. 12(2): 335-342, 2007.

MALIK, A.M. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: comentários em relação à pesquisa sobre serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 5147-5173, 2004.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, 44(4):956-61, 2010.

MATTOS, G.C.M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. 19, n. 2, Fev. 2014.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**/Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 184 p. 2006.

MELO, S.C.C. et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, Vol. 66 n. 6, Nov/dez. 2013.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, N. 103, P. 900-916, out-dez 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. & saúde coletiva** vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**/Maria Lúcia Magalhães Bosi, Francisco Mercado-Martínez (orgs.) – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MERHY, G.E. FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves e no campo relacional. In **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez 2003.

MERLO, I.R.C.; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**; 19 (1): 61-68; jan/abr. 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**./Maria Cecília de Souza Minayo. – 8 ed. – São Paulo: Hucitec, 269 p.; 21 cm. – (Saúde em debate; 46), 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e evolução dos hospitais**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf).

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do



Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. 18, n. 7, jul. 2013.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 43(2): 358-64, 2009.

MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S.; COSTA JR., A.L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Campinas-SP, Vol. XI, nº 2, 329-345, 2009.

MOREIRA, D.J.; CASTRO, M.G. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. **Transform. Psicol.** (online) São Paulo, vol. 2 n. 2, 2009.

MORSCHER, A.; BARROS, M.E.B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências para o processo de trabalho dos núcleos de apoio à saúde da família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 34(1): 92-96, 2010.

NASI, C., CARDOSO, A.S.F., SCHNEIDER, J.F., OLSCHOWSKY, A., WETZE, C. **A integralidade na atenção em saúde mental**. 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17129/000691088.pdf?sequence=1>.

NÓBREGA, C.B.C. et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Ciênc. Saúde coletiva** Rio de Janeiro, vol. 15 supl. 1, Jun 2010.

NOGUEIRA, M.I. Racionalidades médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

NORONHA, M.G.R.C.S.; LIMA FILHO, D.L. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciência & Saúde coletiva**. 16(3): 1745-1754, 2011.

NOVAES, H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: 5147-5173, 2004.

OLIVEIRA, G.S.; FERNANDEZ, V.S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

OLIVEIRA, F.A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, **Interface \_ Comunic, Saúde, Educ** v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, L.C. et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. Popular participation in health education initiatives: challenges for primary healthcare professionals. **Interface** (Botucatu); 18 Supl 2:1389-1400, 2014.

OLIVEIRA, N. L. de. **Práticas educativas e integralidade na saúde da família**: um estudo etnográfico /Natal, RN, 2013. 148 f. : il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, RN, 2013.

OMS. **Relatório Mundial da saúde: Atenção primária em saúde-Agora mais do que nunca**. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil, maio de 2011. Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).

PARÁ. Lei Municipal n. 7.453/89, de 12 de Maio de 2014. Dispõe sobre o contrato temporário dos NASF's no município de Belém, Pará. **Diário Oficial do Município de Belém** (DOM-BELEM) de 12 de Maio de 2014. Pag. 17. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/87079691/dom-belem-12-05-2014-pg-17>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100016&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 24 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos**: Estratégias metodológicas para as ciências da Saúde, Humanas e Sociais/Júlio César R. Pereira. – 3 ed. – São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2001.

PEREIRA, R.C.A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**: estudo sobre modalidades de equipes. / Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: s.n., 2011.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**/Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 184 p. 2006.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde**. 2009. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.

PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**/Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos, Maria Elizabeth Barros de Barros, organizadores. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 208p. 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade**. 1999. Disponível em: [https://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/outros/artigo\\_madel\\_roseni.pdf](https://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/outros/artigo_madel_roseni.pdf).

PINHO, L.B, KANTORSKI, L.P, SAEKI, T, DUARTE, M.L.C., SOUSA, J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 9(3):835-846 Set-Dez 2007. Available from: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>.

PONTES, A.L.M.; GARNELO, L. A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

QUEIROZ, D.T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 15 (2): 276-83, Abr./Jun 2007.

QUETO, M. et al. Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.93-107, jan – mar 2014.

REIS et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cad. de Saúde Públ.**, RJ, 6(1): 50-61, jan/mar, 1990.

RODRIGUES FILHO, J. Pesquisa em serviços de saúde: uma necessidade urgente. **Cadernos de saúde pública**, RJ, 5(1): 7-16, jan/mar, 1989.

ROECKER, B.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, B.B. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP**, 46(3):641-9, 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Características do município de Belém**. Maio, 2011. Disponível em: [www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12&conteudo=4674](http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12&conteudo=4674).

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. 3 ed. Revista e ampliada – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SEOANE, A.F.; FORTES, P.A.C. A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.42-49, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29510/31372>.

SILVA, F.H.; BARROS, M.E.B. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

SILVA, L.M.V. da; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

SILVA, N.C.; GIOVANELLA, L. ; MAINBOURG, E.M.T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, Vol. 67, n.2, Mar/ Abr. 2014.

SILVEIRA et al. Interação de saberes para articulação de ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(12): 4879-4888, 2014.

SILVEIRA, R.; PINHEIRO, R. Em busca da integralidade na formação médica: revisitando as experiências no ensino de graduação em medicina. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

SOARES, N.T.; AGUIAR, A.C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Rev. Nutr.** Campinas, 23(5): 895- 905, set/out 2010.

SOUSA, A.T.O. et al. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. **Revista Cubana de Enfermería** ; 26(3)117-129, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SANTOS-FILHO, S.B. **Dando visibilidade à voz dos trabalhadores:** possíveis pontos para uma pauta de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde? 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dando\\_visibilidade\\_voz\\_trabalho.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dando_visibilidade_voz_trabalho.pdf)

TAILLE, Y.L. Moral e Ética: Uma Leitura Psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** Vol. 26, pp. 105-114, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a09v26ns.pdf>.

TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**/Maria Lúcia Magalhães Bosi, Francisco Mercado-Martínez (orgs.). – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.** Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf).

TESSER, C.D. Racionalidades médicas e integralidade: desafios para a Saúde Coletiva e o SUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA, JUNIOR, A.G. In: **Por uma sociedade cuidadora**/Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior, organizadores. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ:ABRASCO, 448 p. (Série Cidadania do cuidado), 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 5190-5198, 2008.

TURRINI, R.N.T. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro, 24(3): 663-674, mar, 2008.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O SUS em perspectiva. In: **Tratado de saúde coletiva**/Gastão Wagner de Sousa Campos... [et al.] . 2ª ed. Rev. Aum. – São Paulo: Hucitec, 968 p.: il. – (Saúde em debate; v. 170) 2012.

VIEGAS, S.M.F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais** [manuscrito]. / Belo Horizonte: 2010. 282f.: il. Área de concentração: Saúde e Enfermagem. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Vale do Jequitinhonha, MG, 2010.

WHYTE, W.F. **Sociedade de esquina:** a estrutura social de uma Área urbana pobre e degradada. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro, 2005. 390 páginas, 2005.

**APÊNDICE A- DECLARAÇÃO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

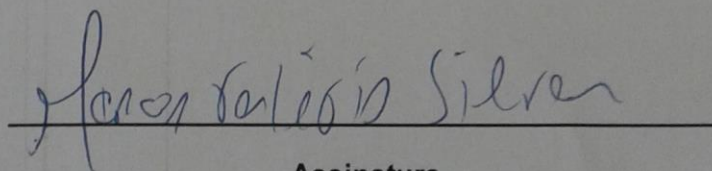
**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE**

**DECLARAÇÃO:**

Eu, Marcos Valério Santos da Silva, aceito orientar o trabalho intitulado "Integralidade nos serviços de saúde: perspectivas dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família da linha de cuidado em Hipertensão e Diabetes a respeito da abordagem multiprofissional", de autoria da mestranda Gilza Brena Nonato Miranda, declarando ter total conhecimento das normas de realização de Trabalhos Científicos vigentes, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do projeto ora entregue para o qual dou meu aceite pela rubrica das páginas.

**Belém – Pará, 04 de Fevereiro de 2015.**



**Assinatura**

**Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva**

## **APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto: Integralidade nos serviços de saúde: perspectivas dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família a respeito da abordagem multiprofissional.**

### **Esclarecimento da Pesquisa**

A presente pesquisa tem por objetivo investigar sob a óptica dos profissionais de uma equipe de saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, seu conhecimento acerca do princípio da integralidade, dentro da abordagem multiprofissional, bem como identificar quais práticas se relacionam com este princípio

A coleta dos dados será feita por meio da observação participante, na qual a pesquisadora acompanhará a rotina da equipe por um determinado período de tempo para conhecimento do ambiente da pesquisa, além da realização de uma entrevista a partir de um roteiro semi-estruturado, com os membros da equipe para verificar seu conhecimento acerca da abordagem multiprofissional e como este se aplica no cotidiano de trabalho, ressaltando os principais desafios para efetivação deste princípio. As falas serão gravadas e posteriormente transcritas para análise.

Os possíveis riscos materiais, físicos e/ou psicológicos deste estudo são mínimos para o participante, e estão ligados ao fato deste sofrer algum dano ou constrangimento moral devido à revelação de sua identidade. Para isso, é assegurado pelos pesquisadores que as informações obtidas serão confidenciais e de uso exclusivamente científico. Se, ainda desta forma, o participante sofrer qualquer dano moral, ele será ressarcido pelos pesquisadores conforme processo jurídico e ainda lhe será oferecida ajuda psicológica.

Os benefícios esperados com os resultados da pesquisa são a expansão do acervo bibliográfico relacionado ao tema, incentivando a investigação científica e uma abordagem mais ampla de temas relacionados à integralidade na perspectiva da abordagem multiprofissional, e para o participante, será refletir sobre seu processo de trabalho, identificando os principais desafios para efetivação deste e de que forma podem ser superados para se conseguir atingir esta abordagem.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Esta pesquisa será

realizada com recursos dos próprios autores, não sendo financiado por nenhuma instituição de pesquisa.

O material da pesquisa será guardado por cinco anos, sendo utilizado exclusivamente neste estudo, e, após este prazo, será incinerado sem que se deixe fornecer informações sobre o participante.

O participante avaliado terá liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa, ou mesmo para se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo à continuidade do tratamento nesta instituição.

Em qualquer momento do estudo o participante terá acesso aos pesquisadores para esclarecimento de dúvidas ou conhecimento dos resultados parciais, procurando por Gilza Brena Nonato Miranda (Av. Bernardo Sayão, Rua João de Deus, 1025. Telefone: 981407676) ou pelo pesquisador Marcos Valério Santos da Silva (Fone: 980823016; Campus Universitário do Guamá; Rua Augusto Corrêa, Instituto de Ciências Farmacêuticas; Laboratório de Farmacognosia; CEP: 66075-110)

---

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Nome: Gilza Brena Nonato Miranda CREFITO: 179430-F

(Av. Bernardo Sayão, Rua João de Deus, 1025. Telefone: 981407676)

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima e discuti com os pesquisadores responsáveis sobre o propósito da pesquisa, e que, portanto, sinto-me devidamente esclarecido sobre os objetivos desta, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando voluntariamente na obtenção de dados, estando ciente de que posso me retirar a qualquer momento sem prejuízo à continuidade do meu tratamento neste serviço.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável



**APÊNDICE C**  
**CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO**

- 1) sexo
  
- 2) Idade
  
- 3) Qual a sua formação profissional?
  
- 4) Possui alguma pós-graduação? Em qual área?
  
- 5) Já realizou algum tipo de curso ou capacitação na área de Atenção Primária à Saúde? Qual?
  
- 6) Há quanto tempo você trabalha neste serviço?
  
- 7) Você já participou ou costuma participar de cursos, capacitações, oficinas ou qualquer outro evento para sua qualificação em Atenção Primária? Com que frequência?
  
- 8) Em que serviços você já atuou além deste? Fale um pouco de sua experiência profissional.

## APÊNDICE C

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

#### 1. CONHECIMENTO SOBRE O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

- A. No contexto do SUS, o que você entende por integralidade?
- C. E o que você sabe sobre trabalho em equipe multiprofissional?
- D. Você acha que os termos “integralidade” e “trabalho em equipe multiprofissional” teriam algum tipo de relação? Como seria essa relação?

#### 2. PRÁTICAS DO COTIDIANO DE TRABALHO QUE SE RELACIONAM COM O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA PERSPECTIVA DA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

- A. Você considera importante o princípio da integralidade e trabalho em equipe multiprofissional no dia-a-dia das equipes de saúde? De que forma?
- B. Como você acha que o princípio da integralidade e trabalho em equipe multiprofissional poderia ser empregado no dia-a-dia dessas equipes?
- C. No seu dia-a-dia, que tipos de prática você acha que se relaciona com o trabalho multiprofissional?

#### 3. DESAFIOS E SUGESTÕES PARA APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE À LUZ DO TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

- A. Em relação ao trabalho multiprofissional, na sua equipe quais são os principais pontos positivos neste aspecto? E quais os pontos negativos?
- B. Que desafios você acha que precisam ser superados para se conseguir um trabalho em equipe multiprofissional mais efetivo na sua rotina?
- C. Como você faria para melhorar essa realidade? Dê algumas sugestões.

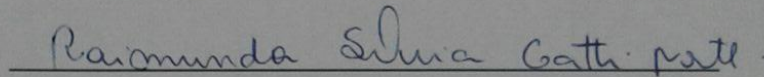
**ANEXO A**

SESMA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO DE PROMOÇÃO À SAÚDE

**AUTORIZAÇÃO**

Em atenção ao ofício encaminhado pelo **Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu*: Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará – UFPA**, solicitando autorização para desenvolvimento da pesquisa de dissertação de mestrado acadêmico, intitulada: **“INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA LINHA DE CUIDADOS EM HIPERTENSÃO E DIABETES A RESPEITO DA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL”**, de autoria da mestranda **Gilza Brena Nonato Miranda**, sob a orientação do **Profº Dr. Marcos Valério Santos da Silva**. Comunicamos que a pesquisa está **AUTORIZADA** pela Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa – CAPP, do Município de Belém-Pa para ser realizada na Estratégia Saúde da Família do Distrito Administrativo do Guamá/SESMA/PMB.

**Belém, 08 de Julho de 2015**

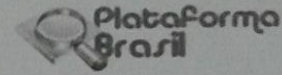


**Raimunda Silvia Gatti Norte**

**Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa – CAPP**

**ANEXO B**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Integralidade nos serviços de saúde: perspectivas dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família da linha de cuidado em Hipertensão e Diabetes a respeito da abordagem multiprofissional.

**Pesquisador:** GILZA BRENA NONATO MIRANDA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42474415.0.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.093.037

**Data da Relatoria:** 26/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa irá abordar aspectos relacionados à integralidade na perspectiva da abordagem multiprofissional, investigando no cotidiano de uma equipe de saúde de uma Estratégia Saúde da Família, quais os fatores que facilitam e dificultam esse processo, bem como a investigação do conhecimento dos membros da equipe a respeito do tema e que relevância eles atribuem à esta abordagem, por meio de observação participante e realização de entrevistas semi estruturadas. De acordo com Melo et al. (2013) no decorrer da história da ciência ocidental moderna, a Biologia e a Medicina sempre caminharam juntas em seu desenvolvimento, gerando uma série de repercussões que, ao longo do tempo, foram fundamentais para a construção do modelo biomédico hoje predominante na medicina, caracterizado por uma visão fragmentada do ser humano, explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização. No entanto, em contrapartida a esta visão, em 1986, no contexto do processo de redemocratização, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde que culminou no surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) levanta-se o debate sobre a ampliação da concepção de saúde desvinculando-a do âmbito exclusivamente biológico, centrado na doença, na hegemonia médica e na atenção individual, para ser repensada a partir de seus vários aspectos, iniciando a inserção

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-Sl do ICS 13 - 2º and.

**Bairro:** Campus Universitário do Guamá

**CEP:** 66.075-110

**UF:** PA

**Município:** BELEM

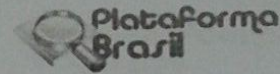
**Telefone:** (91)3201-7735

**Fax:** (91)3201-8028

**E-mail:** cepccs@ufpa.br

## ANEXO B

### INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.093.037

dos determinantes da saúde, relacionados aos fatores sociais, econômicos, políticos, ideológicos, culturais, ético-raciais neste discurso.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar sob a óptica dos profissionais da uma equipe de saúde da Família, seu conhecimento acerca do princípio da integralidade, dentro da abordagem multiprofissional, bem como identificar quais práticas se relacionam com esta premissa.

Objetivo Secundário:

- Verificar o conhecimento de diferentes profissionais que compõem uma equipe de Saúde da Família acerca do princípio da integralidade, na perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional.
- Identificar no cotidiano de trabalho destes profissionais, que tipo de ações desenvolvidas em seu ambiente de práticas correspondem à abordagem multiprofissional.
- Analisar, a partir da perspectiva avaliativa, as sugestões dos profissionais de como o princípio da integralidade poderia ser melhor empregado na rotina de cuidado das equipes multiprofissionais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para o participante, os riscos ligados a este estudo são mínimos e estão relacionados à revelação da identidade deste, o que poderá ocasionar algum tipo de constrangimento moral ou dano psíquico. Para isto, os pesquisadores garantem o sigilo total dos dados concernentes ao sujeito da pesquisa, utilizando-os exclusivamente neste estudo e de tal forma que preserve o máximo a identidade do participante. Em relação aos pesquisadores, os riscos são não encontrar sujeitos dispostos a participar do estudo, ou mesmo a desistência dos mesmos após terem aceitado voluntariamente participar da pesquisa. Para isto, dispõem-se de várias equipes de ESF, as quais poderão recorrer para atingir a amostra esperada.

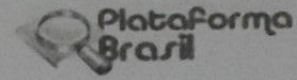
Benefícios:

Se aceitar participar do estudo, o sujeito da pesquisa terá como benefício, refletir sobre seu processo de trabalho sob a perspectiva da integralidade dentro da abordagem multiprofissional, verificando se este se enquadra dentro dos preceitos definidos pelo princípio em questão, identificando os principais desafios para efetivação deste e de que forma podem ser superados para se conseguir atingir esta abordagem. Além deste, outro benefício proporcionado pela pesquisa, será o aumento do acervo bibliográfico relacionado a este tema para a comunidade científica; permitindo uma noção acerca do contexto do trabalho em equipe multiprofissional em uma equipe de Saúde da Família, com suas dificuldades. Para os

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
 Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
 UF: PA Município: BELEM  
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

## ANEXO B

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.093.037

pesquisadores, os benefícios estão relacionados à ampliação dos conhecimentos à respeito do princípio da integralidade na perspectiva da abordagem multiprofissional, verificando como está sendo aplicado na rotina das equipes da ESF, considerando os principais desafios para sua efetivação na tentativa de superá-los para o melhor cumprimento de tal princípio. Além de se constituir em mais um trabalho científico, que poderá constar em seu currículo como produção acadêmica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios conforme resolução 466/12 do CNS/MS

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BELEM, 03 de Junho de 2015

Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

**ANEXO C****DIÁRIO DE CAMPO – BASEADO NA PESQUISA DE VIEGAS (2010) “A INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.”****Pesquisadora:** GILZA BRENA NONATO MIRANDA

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:

