

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELEXANDRA HELENA BERNARDES

**Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde  
em relações grupais.**

Ribeirão Preto  
2011

ELEXANDRA HELENA BERNARDES

**Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde  
em relações grupais.**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Doutor em  
Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde  
Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas  
de saúde

Orientadora: Profa Dra Maria José Bistafa Pereira

Ribeirão Preto  
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Bernardes, Elexandra Helena

Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde em relações grupais. Ribeirão Preto, 2011.

193 p.: il.; 30cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa Dra Maria José Bistafa Pereira

1. Integralidade, 2. Saúde da Família, 3. Sistema Único de Saúde, 4. Construcionismo social, 5. Práticas discursivas

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Elexandra Helena Bernardes  
Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde em relações grupais.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Doutor em  
Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde  
Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas  
de saúde

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Esta investigação recebeu financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela possibilidade da vida e por ter me iluminado com sua sabedoria e grandiosidade em todo percurso desta etapa.

Aos meus pais, Antonio e Regina, obrigada pela vida, pelo carinho e pela presença constante nesta caminhada

Ao meu irmão, a minha cunhada e aos meus sobrinhos: Jéssica, Henrique e Júlia por sempre acreditarem e torcerem por mim.

Ao meu noivo, Laio obrigada pela paciência, dedicação, carinho, compreensão, presença e incansável apoio ao longo desta etapa.

A minha orientadora, Profa Zezé Bistafa, pelos anos de convivência, pelo incentivo, cuidado, compromisso e oportunidade de aprendizado, que muito contribuiu para o meu crescimento pessoal e intelectual.

Aos trabalhadores de Saúde da Família, por aceitarem participar do estudo, pelo acolhimento, vínculo construído e confiança em meu trabalho.

A Weslei, Conceição, Laís, Larissa e Àtila, pela torcida e participação neste percurso.

A Profa Nilzemar, pela amizade, estímulo e carinho.

A Profa Marisa Japur, pela oportunidade, que me permitiu construir aproximações com o Construcionismo Social e pelas contribuições para conformação deste estudo.

A Profa Silvana Mishima, pela oportunidade de participação, como aluna especial em disciplinas e pelas contribuições durante o exame de qualificação.

A Profa Dra Sheila McNamee pelas oportunidades de discutir o projeto desta pesquisa

A Carlinha e ao Mêra, pela atenção e apoio em momentos de discussões deste trabalho.

A Vanessa Queiroz e Tania Gomes, pela amizade, companhia e convívio nesta caminhada.

A Faculdade de Enfermagem de Passos, da Fundação de Ensino Superior de Passos pela oportunidade de realização do curso de doutorado.

A Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, pela concessão de bolsa de doutorado e apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Aos funcionários da EERP/USP, em especial aos do MISP, obrigada pela disponibilidade e prontidão.

Aos meus familiares, amigos e outros, que contribuíram para construção deste trabalho, obrigada pela torcida e apoio.

## O MACACO E O PEIXINHO

*Num canto do Brasil viviam um macaco e um peixinho. O macaco era conhecido por sua extrema bondade e por gostar de ajudar os outros animais daquela mata.*

*Naquela floresta tropical nunca fazia frio, tudo era tranqüilo e o macaco passeava de galho em galho, procurando alguém para ajudar. Um dia aproximou-se de um rio e como não sabia nadar ficou observando maravilhado as suas águas claras. Viu então um pequeno peixe, que passeava em busca de alimento, sem se preocupar com a sua presença. O macaco ficou, então, muito preocupado achando que o peixe estava com frio e poderia morrer afogado naquele rio imenso. Resolveu ajudar o peixinho. Arriscando-se em cima de um tronco que flutuava, conseguiu agarrar o peixe em seu passeio. Sentiu então que ele estava gelado e pensou no frio que o coitado sempre teria passado, sem que ninguém o ajudasse. Isso o deixou ainda mais satisfeito com a sua boa ação.*

*Depois da operação salvamento, o macaco ainda não estava contente. Acreditava que poderia ajudar muito mais o pobre peixinho. Decidiu, então, levá-lo para casa e esquentá-lo com seus pêlos.*

*Na manhã seguinte, ao acordar, viu que o peixinho estava morto. Ficou triste, mas não se preocupou demais, pois sabia que tinha tentado de tudo para ajudar o amigo. Consolou-se mais quando concluiu que o peixinho só poderia ter morrido devido a um resfriado, que tinha contraído durante o tempo vivido na água, sem receber a ajuda de ninguém.*

*Autor desconhecido.*



## RESUMO

BERNARDES, E. H. **Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde em relações grupais**. 2011; 193 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Dentro da proposta de estruturação da política nacional de saúde as contribuições da integralidade na produção de serviços e ações de saúde de qualidade, resolutivos e satisfatórios ainda têm gerado grandes desafios. Assim, acreditando que a orientação de novas maneiras de entender e de produzir saúde, norteadas pela integralidade emergem de sentidos produzidos sobre esse termo, em contextos relacionais e dialógicos específicos, esse estudo teve por objetivo descrever os sentidos de integralidade produzidos com os trabalhadores de equipes de Saúde da Família (SF), relativos ao cotidiano de suas práticas de atenção à saúde, em uma cidade mineira. Utilizamos o discurso Construcionismo Social como uma ferramenta metodológica para produzirmos e analisarmos as informações. Essa produção ocorreu por meio de registros de diário de campo e três encontros grupais, áudio graváveis. Seguidamente as informações foram transcritas, editadas e analisadas, produzindo duas tematizações, com dois subtemas cada: 1) Quando os participantes recorrem ao discurso vinculado às práticas dos trabalhadores: *Pressupõe em o trabalhador se integrar com a vida, às necessidades do paciente lá fora, que não são somente biológicas, para atendê-lo como um todo... integralmente* – integralidade: apreensão ampliada dos trabalhadores em relação às pessoas atendidas, enquanto sujeitos integrados e influenciados por diferentes dimensões, contextualizadas ao longo de suas vidas; *Trabalhadores e usuários não devem ter uma visão só curativa, só pontual para a doença que o paciente sofre e achar que é o remédio que faz o milagre* – integralidade: capacidade dos trabalhadores de escutar e apreender de forma ampliada as necessidades apresentadas pelos usuários e das melhores maneiras possíveis de respondê-las. 2) Quando os participantes recorrem ao discurso associado à organização dos serviços saúde. Esse desdobrou-se em: *Colocar o usuário do lado de dentro do serviço, considerando-o enquanto sujeito de necessidades, para organizar serviços de forma a ver suas necessidades e inseri-las dentro das prioridades de atenção dos trabalhadores* – integralidade: capacidade dos trabalhadores, gestores e usuários, conjuntamente apreenderem as necessidades da população, elaborarem e implementarem respostas; *Envolver todos os serviços de saúde e outros pontos de serviços na comunidade para dar segmento, continuidade no tratamento* – integralidade: caracterizada pela articulação entre os vários serviços em uma rede para garantir o acesso às necessidades demandadas pelo usuário. Essas conversações produzidos foram suficientes ora para gerar autoanálise e reflexões das práticas vigentes, visando desconstruir aspectos de um projeto tradicional, vinculado ao homem fragmentado, ora para gerar primeiras aproximações do sentido da integralidade, enquanto uma postura de articulação de diversos tipos de tecnologias para responder às necessidades de várias naturezas dos usuários.

Descritores: Integralidade, Construcionismo Social, Saúde da Família.

## ABSTRACT

BERNARDES, E. H. **Integrality senses produced with health workers in group relations.** 2011; 193 f. Thesis (Doctorate) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Inside the proposal of structurization of the National Health policy, the contributions for integrality in the production of services and actions for quality health, decisive and satisfactory has still generated great challenges. Believing, thus, that the orientation of new forms of understanding and producing health, led by the integrality arise from the senses produced about this term, in specific relational and dialogical contexts, this study had the objective of describing the integrality senses produced with the health workers of Health Family teams, concerning the everyday practices concerning health, in a town in Minas Gerais. The discourse Social Constructionism was used as a methodological tool to produce and analyze the information. This production occurred through registers in a field diary and three group meetings, recording audio. Following that the data were transcribed, edited, and analyzed, under the focus of two themes, with two sub-themes each: 1) when the participants use the discourse linked to worker practices: *It is supposed that the worker integrate with life, the necessities out there, which are not only biological to assist him/her totally ... integrally* – integrality produced as wide comprehension of workers concerning the people assisted, while subjects integrated and influenced by different dimensions, contextualized along their lives; workers and users should not have a curative vision, straight to the disease, that the patient suffers and thinks that the medicine brings the miracle – integrality referred to as a worker's capacity of listening and comprehending widely the necessity presented by users and the best ways possible to answer them. 2) When the participants use the discourse together with the organization of the health services. This one was divided in: Putting the user within a service, considering him while subject of necessities, to organize services in such a way that he/she can see his/her necessities and insert them in the attention priorities of workers – integrality treated as the worker's capacity, administrators and users, together they comprehend the population needs, elaborate, and organize answers; *to involve all health services and other service points in the community to give segment, continuity in the treatment* – integrality characterized by the articulation among the various services in a net to assure the access to the answers demanded by the user. These dialogues produced were sufficient either to generate self-assessment and reflections on the current practices, aiming to destroy aspects of a traditional project, or to generate the first approaches concerning integrality, while it is an articulation posture of several kinds of technologies to answer the needs of several aspects of the users.

Descriptors: Integrality, Social Constructionism, Family Health

## RESUMEN

BERNARDES, E. H. **Sentidos de integralidad producidos con trabajadores de salud en relaciones grupales**. 2011; 193 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Dentro de la propuesta de estructuración de la política nacional de salud las contribuciones de la integralidad en la producción de servicios y de acciones de salud de calidad, resolutivos y satisfactorios aún ha generado grandes desafíos. Así, creyendo que la orientación de nuevas maneras de entender y de producir salud, norteadas por la integralidad emergen de sentidos producidos sobre ese termo, en contextos relacionales y dialógicos específicos, ese estudio tuvo por objetivo describir los sentidos de integralidad producidos con los trabajadores de equipos de Salud de la Familia (SF), relativos al cotidiano de sus prácticas de atención a la salud, en una ciudad “mineira”-“Minas Gerais”. El discurso Construccinismo Social ha sido utilizado como una herramienta metodológica para producirnos y analizarlos las informaciones. Esa producción ocurrió por medio de registros de diario de campo y tres encuentros grupales, audio grabáveis. Seguidamente las informaciones han sido transcritas, editadas y analizadas, bajo foco de dos subtemas, con dos subtemas cada: 1) Cuando los participantes recurren al discurso vinculado a las prácticas de los trabajadores: *Presupone que el trabajador se integra con la vida, con las necesidades del paciente afuera, que no son solamente biológicas para atenderlo como un todo... integralmente* – integralidad producida como aprensión ampliada de los trabajadores en relación a las personas atendidas, em cuanto sujetos integrados e influenciados por diferentes dimensiones, contextualizadas a lo largo de sus vidas; *Trabajadores y usuarios no deben tener una visión sólo curativa, sólo puntual para la enfermedad, que el paciente sufre y piensa que es el remedio que hace el milagro* – integralidad referida como la capacidad de los trabajadores de escuchar y aprehender de forma ampliada las necesidades presentadas por los usuarios y las mejores maneras posibles de contestarlas. 2) Cuando los participantes recurren al discurso asociado a la organización de los servicios de salud. Ese desdobló en: *Colocar el usuario al lado de dentro del servicio, considerándolo en cuanto sujeto de las necesidades, para organizar servicios de forma a ver sus necesidades e insertarlas dentro de las prioridades de atención de los trabajadores* – integralidad tratada como la capacidad de los trabajadores, gestores y usuarios, conjuntamente aprehendieren las necesidades de la población, elaboraren e implementaren respuestas; *Envolver todos los servicios de salud y otros puntos de servicios en la comunidad para dar segmento, continuidad en el tratamiento* – integralidad caracterizada por la articulación entre los varios servicios en una red para garantizar el acceso a las respuestas demandadas por el usuario. Esas conversaciones producidas han sido suficientes ora para generar auto análisis y reflexiones de las prácticas vigentes, visando desconstruir aspectos de un proyecto tradicional, vinculado al hombre fragmentado, ora para generar primeras aproximaciones del sentido de la integralidad, en cuanto una postura de articulación de diversos tipos de tecnologías para contestar las necesidades de varias naturalezas de los usuarios.

Descriptores: Integralidad, Construccinismo Social, Salud de la Familia.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> -	Descrições de integralidade feitas por Mattos e outros pesquisadores do Grupo de Pesquisa CNPq LAPPIS e seus desdobramentos .....	64
<b>Quadro 02</b> -	Descrição dos participantes do grupo .....	90
<b>Quadro 03</b> -	Pedidos dos Participantes do grupo para os demais .....	100
<b>Quadro 04</b> -	Pedidos do grupo para a pesquisadora .....	101
<b>Quadro 05</b> -	Ofertas das pessoas para o grupo .....	101
<b>Quadro 06</b> -	Ofertas da pesquisadora para o grupo .....	102
<b>Quadro 07</b> -	Sentidos de integralidade produzidos durante a conversa grupal .....	106
<b>Quadro 08</b> -	Ações planejadas com a equipe para operacionalização dos sentidos de integralidade produzidos .....	110

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
Adis	Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 - CONSTRUINDO MEU LUGAR DE PESQUISADORA .....</b>	<b>14</b>
<b>2 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>3 - OBJETIVO .....</b>	<b>27</b>
<b>4 - OS DISCURSOS DA INTEGRALIDADE .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 - A institucionalização da integralidade nas políticas públicas de saúde brasileiras .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 - A integralidade e suas diferentes formas de uso .....</b>	<b>31</b>
<b>4.3 - Entendimentos da integralidade .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4 - A integralidade na Atenção Básica à Saúde .....</b>	<b>60</b>
<b>5 - O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>5.1 - Construcionismo Social como ferramenta metodológica: descrições teóricas .....</b>	<b>66</b>
<b>5.2 - Descrições metodológicas da pesquisa .....</b>	<b>71</b>
<b>5.3 - Solicitação de autorizações para o desenvolvimento do estudo .....</b>	<b>73</b>
<b>5.4 - O contexto do estudo .....</b>	<b>74</b>
<b>5.5 - A construção das informações do estudo .....</b>	<b>76</b>
<b>5.6 - O processo de construção da pesquisadora em relação à metodologia adotada para o estudo .....</b>	<b>80</b>
<b>5.7 - O grupo focalizado na análise .....</b>	<b>83</b>
<b>5.8 - Convite e consentimento informado .....</b>	<b>85</b>
<b>5.9 - Análise do <i>corpus</i> .....</b>	<b>86</b>
<b>6 - DESCRIÇÕES GERAIS SOBRE O GRUPO E SEUS PARTICIPANTES .....</b>	<b>90</b>
<b>6.1 - Descrições dos participantes do grupo .....</b>	<b>90</b>
<b>6.2 - Descrição do grupo .....</b>	<b>94</b>

<b>7 - DESCRIÇÕES DOS SENTIDOS DE INTEGRALIDADE .....</b>	<b>114</b>
<b>7.1 - Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade enquanto um atributo das práticas dos trabalhadores .....</b>	<b>114</b>
<b>7.2 - Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade enquanto um atributo da organização dos serviços de saúde .....</b>	<b>142</b>
<b>8 - DISCUSSÕES .....</b>	<b>159</b>
<b>9 – CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM CONSTRUCIONISTA SOCIAL PARA PRÁTICA DE ALGUNS SENTIDOS DE INTEGRALIDADE</b>	<b>172</b>
<b>10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>177</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>181</b>
<b>APENDICES .....</b>	<b>191</b>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>191</b>
<b>Apêndice B - Questões para o estabelecimento do contrato de convivência .....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO – Folha de aprovação do Comitê de Ética .....</b>	<b>194</b>

## 1 - CONSTRUINDO MEU LUGAR DE PESQUISADORA

Início fazendo um breve relato sobre minhas aproximações com o tema Integralidade a fim de situar o leitor sobre de que lugar, enquanto trabalhadora e pesquisadora, construí esta pesquisa.

Desde a graduação, em campos de estágios hospitalares, especificamente nos setores de terapia intensiva, bloco cirúrgico e clínica médica, me incomodavam questões relacionadas à maneira de atuar dos trabalhadores de saúde, ao abordarem o paciente de forma objetivada.

Nesse contexto, os pacientes deveriam seguir rotinas, normas, protocolos ditados pelos trabalhadores, que a partir de um olhar tecnicista e reducionista, trazido por suas formações faziam isso com o propósito de facilitar seus desempenhos e satisfazer suas necessidades profissionais.

Dentre outros fatores, tais incomodações contribuíram para minha opção por atuar em saúde coletiva, como enfermeira de equipe de Saúde da Família (SF). No início das minhas atividades profissionais, num cotidiano marcado por poucas experiências, me interessei em conhecer mais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando obter maiores subsídios para o meu desempenho na produção de ações de saúde.

Nessa direção, comecei a perceber que surgiam oportunidades de conhecer, de me aproximar e construir vínculos com os usuários. Isso me possibilitava uma apreensão diferenciada daquela observada nos estágios hospitalares. Ali, por meio dos contatos frequentes com os usuários e seus respectivos familiares, era possível conhecer cada vez mais suas condições de vida, suas relações familiares e comunitárias, gerando como contrapartida maiores compromissos e responsabilidades com a forma de cuidar.

Isso ainda contribuía para eu pensar que tinha feito a opção certa, em relação à área escolhida para atuação, pois cada dia eu gostava mais do que fazia.

Após essa experiência de atuar em duas equipes de SF, em diferentes localidades, fui convidada a trabalhar em um curso de graduação em enfermagem, como supervisora de estágios na área de saúde coletiva. Passados cinco meses, no mesmo ano, fui também convidada a fazer parte de uma equipe de SF, com a tarefa de implantar a Estratégia.



Nessa experiência, com um pouco mais de bagagem e com a ajuda de vários acadêmicos de enfermagem, que estavam em estágio curricular naquela unidade, pudemos dar suporte e apoio maior aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a outros membros, que compunham aquela equipe, ajudando-os conhecer e pôr em prática seus papéis, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), rumo à implementação do SUS estudado.

Infelizmente tive que deixar a equipe. Porém, nesse momento, começaram a me inquietar algumas situações vinculadas a minha saída. Percebia que a formação do homem, especificamente dos ACS enquanto pessoa, exercia influências diretas na maneira de se relacionar tanto dentro da equipe, quanto com os usuários, no processo assistencial. Isso funcionava ora como dispositivo, ora como barreira para implementar a integralidade no contexto da conformação de uma equipe. Nessas condições, como garantir a construção e a permanência de uma equipe coesa, que trabalhasse em torno, principalmente, das necessidades dos usuários e não apenas em torno de suas necessidades individuais e de seus interesses políticos?

Essas inquietações, em grande medida, me estimulavam a ampliar meus conhecimentos. Foi quando busquei um curso de especialização, em Saúde Pública, que possibilitou-me viver momentos ricos em amadurecimento. Com essas lentes construídas, constatava que muitas das práticas desenvolvidas pelas equipes de SF do meu município e de outros municípios vizinhos continuavam sendo fragmentadas e reprodutivas do modelo biomédico. Acreditava que isto acontecia devido a vários fatores, relacionados principalmente:

- \* à ausência de conhecimentos ou a pouca capacitação, que impedia os trabalhadores de entenderem onde estavam e onde deveriam chegar;
- \* à postura de muitos profissionais, que atendiam a diferentes projetos políticos, mesmo que em alguns momentos de modo inconsciente;
- \* à presença de forças políticas e neoliberais, que permaneciam lutando pela manutenção da saúde enquanto um bem de mercado e permitindo que conformasse apenas uma 'assistência pobre para pobre';
- \* à ausência de participação social;
- \* ao desconhecimento da população quanto aos seus direitos, dentre outros.

Tais reflexões, me inquietavam à busca de soluções a partes de tantos entraves produzidos no sistema, que impediam a saída do papel de forma efetiva das propostas trazidas pela ESF.

Foi neste sentido, que entrei no mestrado e tive a oportunidade de aproximar-me de forma mais intensa dos princípios do SUS, por meio da construção da dissertação, em que minha orientadora e eu estudamos concepções de enfermeiros, atuantes em SF, quanto aos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Neste trabalho, percebemos que a integralidade nas políticas vinha tentar articular tudo aquilo que foi fragmentado pelo paradigma cartesiano. Contudo, sua conceituação e operacionalização, bem como dos outros dois princípios estudados, nem sempre apareceram como sendo de fácil reconhecimento, fazendo-se presentes em poucas experiências relatadas sobre as práticas nos serviços.

Observamos que as concepções sobre integralidade na perspectiva do homem, trazidas pelos entrevistados, passaram muitas vezes, por dificuldades de expressão, apareceram um pouco confusas e dispersas em algumas abordagens. Em outras, foram tratadas de forma justaposta entre os vários aspectos que constituem o homem, ou apareceram ainda no entendimento do homem como um “todo”. Esse todo se manifestou com certo automatismo, acompanhado poucas vezes, de uma explicitação clara, que fizesse sentido operacional. Assim, o entendimento do homem como um ser indivisível, influenciado pelo seu contexto, por uma rede de relações que o conforma pouco foi abordado.

Outro fator trazido pelos entrevistados, que nos chamou atenção foi que a concepção de integralidade, na perspectiva do homem apareceu como um dos pilares para se afastar ou se aproximar da concepção fragmentada, na busca de uma articulação das práticas destes trabalhadores, bem como na maneira que estes acreditavam ou defendiam a organização dos serviços de saúde em termos de recursos humanos, materiais e físicos.

Ao finalizar a dissertação, pensando na formulação e operacionalização de políticas de saúde voltadas para o oferecimento e consolidação de uma assistência universal, equânime e integral ficou-nos algumas reflexões, como: se o enfermeiro e outros profissionais de saúde não se apropriam, não se tem clara uma dada concepção, quais seriam as possibilidades de reverem suas práticas? E se

suas práticas não remetem a uma dada concepção, de que forma estas poderiam questionar e modificar a concepção?

Concomitante ao término do mestrado fui convidada a implantar outra equipe de SF, vinculada à Faculdade de Enfermagem, na qual já atuava como supervisora de estágios há quatro anos e meio. Esta foi uma experiência riquíssima, tive oportunidade de conviver com acadêmicos o tempo todo, com pessoal do serviço, outros docentes e inserir-me diretamente junto aos usuários, com possibilidades de construção de vínculos. Nessa unidade, conseguimos implementar de forma efetiva a assistência aos idosos, às crianças, às gestantes e às mulheres e iniciamos a estruturação da assistência aos portadores de hipertensão arterial e diabetes.

Ao vivenciar essa experiência, percebia que atuar no contexto da integralidade muitas vezes era um desafio e uma constante reflexão, especialmente no que dizia respeito à convivência em uma equipe formada por vários membros e à mobilização, enquanto também docente, para construção e atuação de uma prática centrada no usuário, em suas diferentes necessidades.

Isso pode ser ilustrado por um acontecimento que ocorreu na unidade. Foi o atendimento a um senhor de aproximadamente 62 anos, que convivia apenas com a esposa, sem filhos e era portador de hipertensão arterial. Naquele momento, o senhor chegou e solicitou que aferisse sua pressão arterial. Na ocasião foi constatada nele presença de uma crise hipertensiva e daí em diante seguiu-se o protocolo. O senhor foi atendido pelo médico e depois pela auxiliar de enfermagem, a qual realizou medicação anti-hipertensiva de urgência, conforme prescrição e solicitou que o mesmo aguardasse alguns minutos, até que baixasse seus níveis pressóricos.

Passados vinte minutos foi realizada uma nova tomada de valores da pressão arterial. Essa revelava-se em níveis superiores à primeira vez. Então, foi solicitado ao usuário que continuasse um pouco mais em repouso. Passados mais quinze minutos, realizou-se uma segunda tomada de valores, que surpreendentemente apresentaram superiores aos anteriores. Diante deste quadro foi solicitada minha presença, enquanto enfermeira para uma possível tomada de decisão. Em conversa com o senhor descobri que naquele momento ele era portador de grande ansiedade e preocupações, uma vez que sua esposa

encontrava-se no hospital, aguardando sua chegada para ser internada e submetida a uma cirurgia.

Esse fato veio a disparar questionamentos entre a equipe no sentido que estávamos trabalhando de forma ainda fragmentada, respondendo a demandas pontuais, com o que tínhamos em mãos, sem nos preocuparmos com outras necessidades não demandadas pelos usuários. Estávamos nos ocupando com questões relacionadas à integralidade de forma incipiente, pouco “completa”, especialmente no que se referia à pessoa, que buscava alguma forma de assistência.

Após um ano, afastei-me da unidade para assumir aulas na graduação. Mas, essas vivências continuaram me incomodando. Pensava que não havia possibilidade de pôr em prática a integralidade sem ser garantida a universalidade de acesso, sem conseguir escutar as necessidades das pessoas e nem atendê-las de maneira ampliada, em que as iniquidades haviam de ser reconhecidas naturalmente, expressas em singulares necessidades de saúde não atendidas.

Conforme Cecílio (2006) a luta pela integralidade pressupõe, necessariamente, repensarmos aspectos importantes ligados à organização do processo de trabalho, à gestão, ao planejamento e à construção de novos saberes e práticas de saúde.

Assim, detive-me a refletir sobre aquele momento profissional, buscando literaturas que me ajudassem a ampliar sentidos da integralidade. Foi dessa maneira que optamos por trabalhar com esse princípio no doutorado. Em que buscamos respostas a algumas questões: como a integralidade poderia ser construída na relação trabalhador de saúde e usuário, no cotidiano dos serviços de saúde? Seria possível ajudarmos os trabalhadores a construírem mecanismos operacionais, que contribuíssem para a sistematização efetiva da integralidade como eixo condutor das práticas em saúde, no contexto de SF?

Toda essa experiência levou-nos a perceber uma necessidade de dimensão prática, que exigia o desenvolvimento de intervenções com o objetivo de oferecer um espaço, que favorecesse a construção de vários sentidos sobre esse termo e a possibilidade de agir de outra maneira no construir de suas práticas e do modelo assistencial, que aproximasse da proposta trazida pelo SUS.

Nesse sentido, passamos a buscar tecnologias, que nos possibilitassem viabilizar nossas intenções. Foi a partir desses momentos que começamos a nos

aproximar do discurso do Construcionismo Social, que foi utilizado nesse estudo enquanto uma ferramenta metodológica.

Quero enfatizar que a tarefa de aproximar e trabalhar com o Construcionismo Social, nessa pesquisa, não foi fácil, tento descrever isto mais detalhadamente na metodologia. No entanto, essa ação contribuiu bastante para enriquecer nossa experiência profissional, que aqui temos também o propósito de torná-la útil para outras pessoas interessadas nesses assuntos.

## 2 - INTRODUÇÃO

O presente estudo enquadra-se na Linha de Pesquisa sobre Práticas, saberes e políticas de saúde e sua temática refere-se aos sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de SF, relativos ao cotidiano de suas práticas de atenção à saúde.

A construção do conhecimento, influenciada pela racionalidade científica moderna promoveu ao longo de um período histórico da sociedade a fragmentação do homem, por meio do esquadramento de seu corpo em órgãos e tecidos, reduzindo-o a um conjunto de estruturas anátomo-fisiológicas, que passou a ser visto por partes infinitamente menores, pela ação técnica e profissional especializada (FOUCAULT, 1995).

Por meio desse processo, diversas conquistas foram produzidas pela ciência e pelas tecnologias médicas. No entanto, tais produções também impactaram de forma negativa a relação entre trabalhador de saúde e usuário e a conformação dos serviços de saúde.

Na primeira situação o usuário foi objetivado e reduzido à dimensão biológica, especificamente à doença, cujo objetivo do trabalhador era nomeá-la e tratá-la por meio do uso excessivo e, às vezes, desnecessário de exames e medicamentos, sem maiores preocupações com o significado do sofrimento para o doente, ou com o estabelecimento de relações humanizadas e respeitadas com o mesmo. Já a conformação dos serviços de saúde foi caracterizada pelo isolamento dos pontos de atenção, pela descontinuidade das ações desenvolvidas e pela desresponsabilização pelo processo de cura e/ou cuidado.

No processo histórico, em que se vem buscando superar essa fragmentação, assim como a racionalidade, emerge o tema da integralidade nos discursos da comunidade científica. No cenário brasileiro, esse termo ganha destaque no final dos anos 70 e início dos anos 80, no discurso do Movimento de Reforma Sanitária, nas políticas governamentais e nos programas de intervenção, no sentido de integrar os setores privado e público de produção de cuidados; os subsetores de medicina previdenciária e saúde pública, dentro do setor público; e por fim articular e solucionar o então problema de gerência dos serviços (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a integralidade, como os outros princípios do SUS, foi imaginada de um lugar de oposição/insatisfação, em que cada pessoa ou grupo com suas posições de inquietações tiveram possibilidades de desenvolver críticas radicais a algumas condições presentes nas práticas dos trabalhadores e no modelo organizativo do sistema de saúde. A partir dessas diversas dimensões críticas foram se formulando diversos entendimentos do termo, seu caráter polissêmico, assim como um conjunto de intenções e necessidades de ação pública que, em grande medida, contribuiriam para a consolidação do sistema de saúde projetado.

Mattos (2006a) sobre isto indica que a integralidade, em seus vários entendimentos, passa a assumir o papel de uma lente, que possibilita ampliar o olhar sobre o planejamento do sistema, sobre a estruturação dos serviços e, principalmente, sobre a organização das ações destinadas a responder à diversidade de necessidades apresentadas pelos usuários, uma vez que seus entendimentos manifestam de certa forma, uma indignação com esse modo de “pensar” e “fazer” saúde norteado pela proposta biomédica e pela racionalidade citada acima.

Nessa direção, as contribuições da integralidade para a consolidação do SUS envolvem, segundo Brasil (2010), duas instâncias distintas, associadas às dimensões política e técnica.

A dimensão política diz respeito à ação norteadora da integralidade em projetos técnicos sociais, compreendidos mais como uma questão política, institucional, conforme os dizeres constitucionais que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas (grifo nosso) sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006a, p. 7).

Nesse sentido, a integralidade, por meio de processos políticos, que permitem discussões, negociações e produções de consensos, se estrutura em um dos princípios norteadores do projeto do SUS e passa regulamentar dispositivos legais e seus respectivos mecanismos de financiamento. Tais dispositivos abrem espaços para produção de embates na direção de impulsionar as mudanças necessárias nos conhecimentos e nas práticas, situados numa dimensão mais técnica.

Numa segunda dimensão, a ação norteadora da integralidade se constitui nos desenhos organizativos, nos modelos teóricos e práticos compatíveis com os projetos sonhados para imprimir o SUS. Aqui, os conhecimentos que sustentam tais desenhos/modelos darão concretude e regência à organização, à gestão do sistema, bem como definirão um conjunto de tecnologias oferecidas pela ciência para produção direta de cuidados.

Autores como Mattos (2006a), Pereira et al. (2009), dentre outros argumentam que temos caminhado muito ao longo desses poucos anos desde a promulgação da Constituição de 1988, sendo o SUS hoje uma realidade, percebido por meio de várias conquistas.

Dentre elas, em termos de operacionalização dos seus princípios, a descentralização, por meio da transferência gradativa de responsabilidade, instituindo o município como responsável para organizar o sistema local de saúde e prestar assistência à saúde das pessoas. Com isso, ocorreu a implantação da rede básica municipal de maneira bastante considerável, caracterizada pela expansão, em todo país de estabelecimentos públicos, especialmente de unidades básicas de saúde e de postos de trabalhos, distribuídos por nível de formação e categoria profissional, possibilitando uma significativa ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

Os dados fornecidos pelo Departamento da Atenção Básica (MS, 2011) nos fazem pensar nessa grande expansão numérica, especialmente da ESF, com ampliação tanto quantitativa, quanto geográfica da cobertura. No final de 1998 existiam 1.134 (20,6%) municípios brasileiros cobertos por 3.062 equipes de SF implantadas, o que correspondia a 10.459.259 (6,55%) pessoas. Já no início de 2011 esses números subiram para 5.289 (94,82%) municípios, cobertos por 31.736 equipes de SF, correspondendo a 100.281.584 (52,35%) pessoas.

Outra conquista importante foi a constituição de um arcabouço legal e normativo (Lei 8.142/90 e outras), que possibilitou a implantação e implementação da participação popular, por meio dos conselhos e das conferências de saúde nas diferentes esferas de governo (BRASIL, 2006a).

Sem dúvida, em relação à (re) construção do modelo assistencial brasileiro avançamos bastante na direção de algumas conquistas do Movimento de Reforma Sanitária, mas certamente, vale dizer, que ainda nos deparamos com



grandes desafios, prioritariamente, quanto à concretização da integralidade, enquanto princípio norteador da maneira de produzir ações e serviços de saúde de qualidade.

As práticas dos trabalhadores ainda têm sido marcadas por predominância de ações curativas em relação às preventivas, por intervenções individuais e centralizadas nas queixas biológicas, nas doenças, nos procedimentos e em terapêuticas medicamentosas. No contexto das relações, o trabalho em saúde continua sendo produzido por um encontro pontual e autoritário entre trabalhadores de saúde e usuários, com relações superficiais, com pouco espaço pra escuta dos sujeitos e de seus sofrimentos, com diminuída consideração de suas necessidades, dos seus conhecimentos prévios, níveis de linguagem e entendimentos, assim como reduzida pretensão de formação de vínculo interpessoal.

Conforme Bernardes, Pereira e Souza (2007) os trabalhadores, em sua maioria, pressupõem as necessidades dos usuários orientados, quase que exclusivamente, pela cura de doenças e centralidade em intervenções de dimensão individual e em terapêutica medicamentosa. Às vezes, as necessidades de outras naturezas até são apreendidas, mas, essas, quanto trabalhadas são com soluções biológicas, por meio de recursos legais e disponíveis que os mesmos têm em mãos, com restrita articulação entre os serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde. Em síntese, podemos dizer que muitas vezes a finalidade do trabalho se restringe à melhoria de indicadores epidemiológicos e ao atendimento das necessidades do(s) próprio(s) trabalhador(es).

Em outros termos, penso que os trabalhadores e gestores, com poucas exceções, continuam atuando sem se preocupar em estabelecer diálogos e vínculos, sem a valorização da escuta aos anseios, as angústias, as expectativas e as reais necessidades demandadas pelos usuários.

Mesmo em propostas pensadas na perspectiva de promover transformações no modelo assistencial e nas práticas ainda vigentes, pautadas nos princípios do SUS, como é o caso da ESF, aponto que sua implementação tem gerado experiências de diferentes qualidades, decorrentes, muitas vezes, da maneira como estão sendo produzidas as ações de saúde, o processo de trabalho das equipes, que na maioria, tem reproduzido o modelo assistencial até então predominante, só que em novas embalagens.

Baseada nos resultados de minha dissertação de mestrado (BERNARDES, 2005) pensamos que essas lacunas sobre o princípio de integralidade também estão relacionadas à dificuldade de conceituar, de apreender e de operacionalizar esse princípio em novas práticas. Isto acabaria por reduzi-lo, quase sempre, a uma soma ou justaposição de ações, de trabalhadores, de recursos, dentre outros.

A integralidade nos dias atuais, pelas descrições em Brasil (2010), constitui o maior desafio nas práticas de saúde, uma vez que para sua operacionalização acontecer deve-se primeiro romper com um desafio cultural, que traz como implicação o rompimento com maneiras “cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição” (p. 01).

Assim, acreditamos que para romper com maneiras “tradicionais” de entender e realizar as práticas em saúde faz-se necessário intervir com estratégias, que incidam em várias dimensões, especialmente na forma de produzir e utilizar os conhecimentos e técnicas compatíveis com as propostas políticas e ideológicas do SUS.

Nessa direção de pensamento, Brasil (2005) informa que para que novos avanços aconteçam, rumo a colaborar na melhoria das condições de saúde e vida das pessoas, assim como na superação de deficiências conformadas pela formação e pelas práticas tradicionais de saúde, faz-se necessário haver também profundas transformações na formação (práticas educativas) e na maneira dos trabalhadores de saúde cuidar, tratar e acompanhar a saúde das pessoas, usuários ou não do SUS.

Nesse sentido, os processos de qualificação devem levar os diversos atores envolvidos no setor da saúde a questionar sua forma de atuar e transformar suas ações profissionais e a própria organização do processo de trabalho, com base no fortalecimento da diretriz da integralidade de atenção à saúde e de seus elementos como, “o acolhimento de todos os usuários; a construção de vínculo entre eles e a equipe de saúde local; a responsabilização das equipes com a saúde individual e coletiva; o desenvolvimento da autonomia dos usuários; e a resolutividade da atenção à saúde” (BRASIL, 2005, p. 20).

Pinheiro (2006) enfatiza a potencialidade do cotidiano dos serviços de saúde como *locus* privilegiado de estudo e de exercício de materialidade da

integralidade. Para essa autora, a construção da integralidade, neste espaço, configura-se pelos encontros dos trabalhadores com os usuários, ou seja, nas práticas de saúde em diferentes locais. Nesses, pode ocorrer à abertura de possibilidades para tais sujeitos (re) significarem e consolidarem suas práticas.

Em outras palavras, podemos dizer que é no dia a dia dos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários que a política se constitui como materialidade, produção e realidade social. Isso, em boa medida, justifica a nossa escolha em conversar sobre a integralidade com enfoque nas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores.

Dessa maneira, acredito que a construção de iniciativas, que possam estimular novas apreensões e formas de produzir saúde, na busca da integralidade, merece especial atenção por parte dos que decidem e buscam alternativas nessa direção.

Para isso apostamos na articulação entre os discursos da integralidade e do Construcionismo Social. Esse emerge no contexto pós-moderno, a partir de críticas às maneiras empiricistas de se entender a ciência e os processos de produção de conhecimentos centrados em preceitos gerais das teorias modernas como na busca por objetividade, neutralidade, replicabilidade, verdade única, generalização, dentre outros. Nesse sentido, Guanaes e Japur (2008) nos informam que ele surge como alternativa, criando possibilidades para novas reflexões na arena científica.

De acordo com McNamee (2007) a perspectiva Construcionista Social se interessa pela criação de práticas conversacionais, que possam produzir caminhos possíveis para que as pessoas sigam juntas. Interessa-se pela utilização de um discurso que possa ser compartilhado e que abra mais possibilidades inclusivas para as conversas e ações das pessoas. Assim, tal perspectiva pode ser útil para pensar descrições da integralidade e formas possíveis de operacionalizá-las, por meio de processos relacionais e discursivos, situados em contexto sócio, histórico e cultural específico.

A nossa opção por essa articulação também se justifica por acreditarmos que desenvolver pesquisa, na perspectiva da integralidade requer um esforço de se reposicionar enquanto pesquisador, despojando-se de uma postura de neutralidade, de objetivação, de fragmentação entre objeto e pesquisador, para ater-se a práticas mais porosas, relacionais e dialógicas, contextualizadas com nossa trajetória de

atuação para operacionalização do SUS e com o objeto de estudo, considerando os participantes, como produtores ativos e implicados com a produção do conhecimento.

Nessa direção, a integralidade, diferente de ser entendida unicamente como princípio do SUS, mas como algo a ser construído com os trabalhadores de saúde, aponta para a necessidade de se criar espaços relacionais de reflexões, entre nós e os trabalhadores de SF, por meio de práticas discursivas, que superem a abordagem e os métodos tradicionais de ensino, fundamentados na dicotomia teoria-prática e que tenha a possibilidade de gerar novos sentidos e ações em torno desse termo. Isso, poderá contribuir para construção de novos comportamentos, de novas posturas nas formas de praticar saúde, bem como para pensarmos a reorientação e a implementação do processo de trabalho e a formação de trabalhadores de saúde.

Diante dessas proposições, o estudo do tema da integralidade, junto a trabalhadores de SF, a quem compete as práticas cotidianas e as ações concretas na Atenção Básica à Saúde, nos parece além de necessário, bastante fértil para promover mudanças desejáveis.

Assim, tomamos por **pressuposto** que a orientação de novas formas de produzir saúde, norteada pela integralidade, emergem dos sentidos específicos produzidos sobre ela, por meio de processos relacionais e discursivos, situados em contexto social, cultural e histórico específico.

### **3 - OBJETIVO**

Nesta perspectiva, propusemos este estudo com o objetivo de descrever os sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de SF, em conversas grupais sobre o cotidiano de suas práticas na atenção à saúde.

## **4 – OS DISCURSOS DA INTEGRALIDADE**

### **4.1 - A institucionalização da integralidade nas políticas públicas de saúde brasileiras**

A incorporação da integralidade, como princípio norteador para estruturar uma política de Estado para a saúde e orientar a organização dos serviços de saúde brasileiros, ganha destaque no final dos anos 70 e início dos 80. Num contexto específico, que se caracterizava por uma crise das políticas sociais do Estado militar autoritário e de luta pela criação de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade. Esse processo, de acordo com Camargo Junior (2006), se funde num primeiro momento com a própria luta pela redemocratização do país.

Mattos (2005a) diz que em tal situação a integralidade apresentava-se como uma das 'bandeiras de luta' do chamado Movimento de Reforma Sanitária, que tinha como maiores preocupações a construção de um sistema de saúde único, de acesso universal, sob gestão descentralizada, orientado pelo atendimento integral e pelo controle social, que garantisse, sobretudo, a saúde enquanto um direito humano fundamental.

Em outras palavras o autor argumenta que ela era usada como uma maneira de realizar certo diagnóstico crítico sobre a realidade encontrada, vista efetivamente como um sonho, como algo ainda irreconhecível em situações concretas, mas merecedor de atenção e luta, uma vez que se referia a um conjunto de valores, vinculados a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária. Aqui a integralidade constituiu-se em um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, que eram consideradas por um conjunto expressivo de intelectuais e militantes como desejáveis (MATTOS, 2006b).

Camargo Junior (2005) afirma que a emergência da noção de integralidade vem se dando como parte de um complexo processo de negociação, iniciado na formulação de políticas no nível macro, a partir do Estado, e se estendendo à produção de ações de cuidado de saúde em práticas de (e entre) sujeitos específicos. Ela surge, dessa forma, como expressão de insatisfação com as maneiras concretas das práticas até então desenvolvidas.

As críticas, que mobilizavam este grupo de pessoas a lutarem, visavam uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde. Elas, em grande medida, contribuíram para a construção de um arcabouço jurídico, contendo os princípios e as diretrizes do sistema de saúde sonhado, que mais tarde foram incorporados, em quase sua totalidade, à Constituição Federal de 1988.

Esse documento traz como uma de suas marcas o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, o que o tornou conhecido e denominado por muitos autores como Constituição cidadã. Dentre os direitos reconhecidos encontramos o da saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, que é abordado no Capítulo da Seguridade Social (Artigos: 196 ao 200). Nesse sentido, cabe ao Estado, composto pelas três esferas: municipal, estadual e federal garantir, mediante financiamento, saúde a toda e qualquer pessoa residente no território nacional, por meio de políticas sociais e econômicas, que tenham como objetivo a diminuição de riscos de doenças e de outros agravos, por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006a).

É nesse contexto, que a saúde é reconhecida como de relevância pública, sendo criado o SUS, assim como suas diretrizes de: descentralização, atendimento integral e participação comunitária para promover ações e serviços de saúde à população. No SUS, em caráter complementar, podem participar da promoção de ações e serviços instituições privadas.

O Texto Constitucional aponta para ideias importantes como considerar a saúde em seu conceito ampliado, resultante das condições de vida das pessoas, que deve ser assegurada por políticas sociais e econômicas, não se restringindo às políticas de saúde. Além do conceito de saúde, vale chamar a atenção para o entendimento dela enquanto um direito, fruto de conquista social, diferente de ser apreendida somente como resultado do acesso às ações assistenciais.

Nessa direção, Ferla, Ceccim e Pelegrini (2005) nos indicam que as atribuições dos governos não se resumem em oferecer ações e serviços de saúde, sendo necessária ainda a garantia de trabalho e renda, de posse de terra, de educação e cultura, de saneamento básico e proteção do meio ambiente, de

habitação, de alimentação e de outros produtos e bens necessários para responder ao direito das pessoas por saúde e qualidade de vida.

Conforme Ferla, Leal e Pinheiro (2006); Mattos (2006b) continuar lutando pelo direito à saúde nos dias atuais do SUS gera como implicações: a defesa articulada de estratégias que melhorem a qualidade de vida e que assegurem o acesso às ações e serviços de saúde de qualidade, que sejam necessários; a compreensão da insuficiência das práticas de saúde tradicionalmente biomédicas no processo do cuidado; a ampliação do enfoque das ações e serviços de saúde, por meio da proposição de um fluxo ininterrupto entre as ações de promoção e proteção, tradicionalmente denominadas de saúde pública, e as ações de recuperação da saúde. O princípio de direito, segundo os autores, é que motiva a mudança da concepção de saúde e abre espaços para embates políticos nas arenas que se criam no sistema de saúde, gerando tensões potentes para impulsionar as transformações necessárias para a transição de valores e práticas ainda vigentes.

Paim (2004) assinala outra ideia presente no contexto da Reforma Sanitária e da Constituição Brasileira, que é o entendimento da integralidade em pelo menos quatro perspectivas:

- \* uma integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde;
- \* uma maneira de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais;
- \* uma garantia de continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; e
- \* a articulação, mediante ação intersetorial, de um conjunto de políticas públicas relacionadas a uma totalidade de projetos de mudanças, que deve incidir sobre as condições de vida, determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento.

Pensar uma operacionalização da atenção à saúde pautada nas perspectivas de integralidade requer a geração de novas práticas setoriais e a afirmação da indissociabilidade entre ações clínicas/curativas, preventivas, reabilitadoras e de promoção da saúde. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de uma nova maneira de se relacionar entre os profissionais de saúde e a comunidade, “que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas” (BRASIL, 2000, p. 9).



Tais entendimentos da integralidade também nos convidam a pensar na complexidade da prática da atenção, demarcando a necessidade de mobilizar e articular recursos de diferentes naturezas para a produção da saúde, assim como assumir uma dada forma de programar a oferta de serviços, caracterizada pela articulação dos diversos níveis de hierarquização tecnológica da assistência e pela integração do conjunto de disciplinas que compõem o campo de conhecimento da saúde coletiva.

Particularmente, em relação à integração dos diferentes serviços que compõem o sistema de saúde, Levcovitz (1997) comenta que a formulação do enunciado de atendimento integral no processo da reforma do sistema de saúde visa superar as necessidades históricas de dicotomias entre preventivo/curativo e individual/coletivo, que estiveram presentes nas políticas de saúde brasileira, por meio da separação dos campos da saúde pública e da atenção médico-hospitalar.

#### **4.2 - A integralidade e suas diferentes formas de uso**

Mattos (2006a, 2006b) e outros pesquisadores do Grupo de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) LAPPIS, buscando aproximações com o tema integralidade, visando realçar sua utilidade e sua potencialidade para a construção de práticas de saúde integrais, no cotidiano dos serviços de saúde, dizem que este termo pode ser usado de diversas formas, por exemplo, exclusivamente como um dos princípios do SUS, definido constitucionalmente. Nessa, Mattos (2006b) critica a suficiência de apenas a enunciação do “princípio” garantir a construção da saúde como direito de cidadania, sem a necessidade de apontar qualquer exemplo concreto ou ausência de seu uso, ou ainda de qualquer esforço de reflexão ou análise sobre os seus vários entendimentos.

Em tais condições, o termo “princípio” é apreendido em seu significado de preceito, de regra. É como se o princípio da integralidade, estabelecido no Art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2006a), a partir do objetivo de assegurar aos indivíduos/coletividades a atenção à saúde em sua totalidade e singularidade, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção preventiva à curativa, por si só fosse suficiente para ditar as regras de como as práticas, as organizações dos

serviços e das políticas deveriam proceder para garantir o direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades.

Merhy (2005) chama a atenção, enfocando ser importante termos em mente que a integralidade faz parte do projeto do SUS. Porém, há de se ter cuidado para não adotarmos a postura de que a palavra é portadora de sentidos e significados por si e que basta adotá-la no nosso falar, para nos sentirmos profundamente inovadores para as ações em saúde.

O autor reforça dizendo que, no dia a dia dos nossos serviços, é fácil encontrarmos pessoas que falam em integralidade, mas isso não significa necessariamente que sejam protagonistas de novas práticas de saúde. Ao contrário, com muita frequência, a integralidade está sendo capturada por modelos de práticas de produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo-centrados.

Ao pontuarmos algumas questões relacionadas à forma do uso da integralidade como um dos princípios do SUS, ressaltamos que este estudo não se dará exclusivamente nessa direção, mas também na utilização da integralidade como algo a ser construído cotidianamente com os trabalhadores de saúde.

Assim, Mattos (2006b) alerta que buscar apreender a integralidade também tem a pretensão de designar atributos dessa encontrados em realidades concretas, havendo a possibilidade de exemplificá-la a partir de experiências, que de alguma maneira, aquilo que em outro momento era encarado como utopia tornou-se realidade. Essa forma, de acordo com mesmo, é mais presente nas descrições e análises de experiências vividas no processo de luta, que busca a consolidação do SUS.

Partindo dessas considerações, especialmente sobre essa última forma de uso da integralidade, apontamos que ela tem ocorrido numa perspectiva de promover mudanças no modelo assistencial e nas práticas até então predominantes, que ainda, de certo modo, tem levado à formulação de propostas e à estruturação de novos serviços e espaços de intervenção na atenção à saúde.

### 4.3 - Entendimentos da integralidade

Além de descrevermos algumas das diversas formas de uso da integralidade julgamos útil abrirmos um espaço para compreender um pouco mais sobre alguns de seus entendimentos.

Teixeira (2005) refere-se a preocupações com a integralidade associadas à ideia de tornar inteiro: completar, inteirar, integralizar partes separadas, fragmentadas, partidas anteriormente pelo método científico. Assim, como há muita coisa fragmentada no setor saúde, há também muita coisa a ser integrada. E diferentes são as apostas respeitantes às partes, que devem ser integradas primeiras.

Mattos (2006a) reconhece a integralidade como um conjunto de enunciados gerais, que parte de um pensamento crítico, de uma indignação com algumas características existentes na realidade e almeja superá-las. Tais enunciados tentam indicar a direção, que se quer imprimir à transformação, mas sem ditar detalhes, maneiras específicas de desenvolvê-la. Com isto eles possibilitam que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas às quais percebem, façam várias leituras distintas, criem vários sentidos e através de suas lutas construam grande número de possibilidades de realidades futuras. Com esse pensamento o autor ressalta o caráter polissêmico do termo integralidade.

Isso nos permite pensar que diferentes possibilidades de significações e sentidos da integralidade derivam dos diversos contextos e usos a que o termo é submetido, que de forma sintética pode ser traduzido, de acordo com o autor acima, como “uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e talvez uma abertura para o diálogo” (p. 61).

Segundo Mattos essa possibilidade de reducionismo e de objetivação, que contrapõe às várias significações da integralidade, é resultante de certa incapacidade de construir uma relação com outro, enquanto sujeito. Assim, conforme o autor, isto se faz presente quando um profissional impossibilitado de tratar o outro, como sujeito, trata somente a(s) doença(s), e não um indivíduo, portador de desejos, aspirações, sonhos, contextos sociais, culturais, religiosos, familiares, dentre outros. Dessa maneira, uma das possibilidades da integralidade se concretizar seria através da construção de uma relação sujeito-sujeito, seja nas

práticas nos serviços de saúde, seja nos debates sobre a organização dos serviços, seja nas discussões sobre as políticas. Isso talvez gere como implicação uma postura de abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, da mesma forma que resistimos aos projetos dele.

Ao considerar o caráter polissêmico do termo 'integralidade', Mattos (2006a) procurou investigar e sugeriu a organização de alguns de seus entendimentos em três conjuntos como, atributos desejáveis na configuração: das políticas públicas voltadas para o setor; da organização dos serviços de saúde; e das próprias práticas de saúde.

#### **4.3.1 – Conjunto de entendimentos de integralidade vinculados às políticas públicas**

Um primeiro conjunto de entendimentos da integralidade, apontado pelo autor, diz respeito aos atributos das respostas governamentais, que são dadas a certos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos. Nesse sentido, a integralidade é representada:

- \* pela recusa dos formuladores de políticas públicas em objetivar e reduzir os sujeitos, sobre os quais as políticas irão incidir à condição de objetos descontextualizados. Como exemplo, uma política destinada a atender a mulher integralmente deve-se ocupar com necessidades associadas ao útero, às mamas, planejamento familiar, além de outros eventos específicos do processo saúde-doença feminino, produzidos tanto por aspectos biológicos, quanto por psicossociais, econômicos e culturais;
- \* pela capacidade de abranger as diversas pessoas ou grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades. Isto significa que para responder de maneira adequada determinados grupos, como os presidiários em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (HIV/Aids), faz-se necessário a articulação com outras políticas além das do setor saúde;
- \* pela “recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais”, ou seja, a convicção de que a resposta do governo a certos problemas de saúde deve incorporar as possibilidades de efeitos às condições físicas, psicossociais, relacionais, financeiras e outras necessárias a atender o conjunto de necessidades das pessoas (MATTOS, 2006a, p. 62).

\* pela capacidade das políticas de enfrentamento de certas doenças de contemplar um elenco diversificado de ações. Isto, envolve aspectos associados à oferta de serviços assistenciais, necessários para responder às demandas dos portadores, e aspectos preventivos, associados às possibilidades futuras de redução do número de casos dessa doença.

\* pela busca desafiante do controle, da erradicação ou mesmo da mudança da magnitude de uma doença numa determinada localidade, embasada nos indicadores epidemiológicos, e ao mesmo tempo deve-se considerar a apreensão ampliada das necessidades dos usuários (MATTOS, 2005a).

Nessa perspectiva da integralidade, advoga-se a favor de uma apreensão ampliada das necessidades dos sujeitos portadores ou não de doença, contemplando seus direitos de receber informações sobre ações preventivas e assistenciais dos trabalhadores de saúde, por meio de uma abordagem que valorize o diálogo, a argumentação e a compreensão de suas necessidades a fim de respondê-las.

Pinheiro e Mattos (2006), ainda sobre esse conjunto de entendimentos, afirmam que essa dimensão da integralidade é relativa à capacidade das políticas governamentais em ordenarem o sistema de saúde; à capacidade de propor e fomentar novos arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, desde o sistema local de saúde; à capacidade de possibilitar um conjunto de práticas de gestão, que viabiliza uma participação democrática das pessoas implicadas na formulação e efetivação das políticas governamentais, uma espécie de inclusão, que permite o protagonismo dos atores sociais do SUS na construção de respostas às demandas da saúde da população.

Assim, os mesmos dizem que a Gestão Compartilhada em Saúde tem sido capaz de formular e efetivar as políticas governamentais pautadas no compromisso político-ético de concretizar a integralidade na atenção à saúde da população, gerando dentre outras oportunidades democráticas, a de participação da população na elaboração dessas políticas.

#### **4.3.2 – Conjunto de entendimentos de integralidade vinculados à organização dos serviços de saúde**

Num segundo conjunto, Mattos (2006a) analogicamente diz respeito à integralidade como característica da organização dos serviços de saúde, em que se

critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais, busca-se aumentar a capacidade de percepção das necessidades pelos grupos profissionais e interrogar-se sobre as melhores maneiras de respondê-las. Para o autor, o aumento dessa percepção só pode ser assumido através de uma perspectiva de diálogo entre os vários sujeitos e seus vários modos de apreender as necessidades dos serviços de saúde.

Aqui Mattos fica indignado com a fragmentação das atividades, dos prontuários no interior das unidades, afirmando que se torna inaceitável a organização dos serviços de saúde exclusivamente para dar conta de doenças de uma população atendida, uma vez que estes deveriam estar aptos a realizarem uma apreensão ampliada das suas necessidades. Assim, a integralidade é pensada como um “princípio de organização continua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão e resposta às necessidades de saúde de um grupo populacional” (Mattos, 2006a, p. 56-7).

#### *- Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar*

Partindo dos dizeres acima e do entendimento trazido por Acioli (2006) que as pessoas vivem seus problemas de forma integral. No entanto, para respondê-los não existem profissionais de saúde integrais, nem serviços de saúde integrais e/ou integrados, necessitando criar e manter canais de interação entre trabalhadores, serviços e população para a concretização de ações de saúde integrais. Assim, apontamos para uma característica desejável da organização dos serviços de saúde pautados pela integralidade, que é o trabalho em equipe.

Esse, de acordo com Campos (2002), foi proposto como uma maneira de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde, como estratégia para viabilizar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e a desresponsabilização derivada da crescente especialização dos profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, Peduzzi (2001) tipificou a equipe multiprofissional como agrupamento de agentes e como interação de práticas e saberes. O primeiro tipo é caracterizado pela fragmentação, pela ocorrência da justaposição das ações e do agrupamento dos agentes. Já o segundo é marcado pela articulação tanto das ações, quanto dos agentes, sendo esse tipo consoante à proposta da integralidade

das ações de saúde. A articulação é entendida como as situações de trabalho em que o agente organiza correlações e enfatiza as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Ainda essa autora diz que a recomposição do trabalho multiprofissional em equipe integração demanda a articulação das ações, a coordenação, a interação comunicativa dos profissionais e a superação do isolamento dos saberes. Para isto, a comunicação entre os agentes torna-se extremamente importante no trabalho em equipe, o qual se constrói na relação recíproca entre trabalho e interação.

Em função desses aspectos Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005) alegam que a simples composição de equipes multiprofissionais não superou a fragmentação das várias especialidades presentes no fazer cotidiano dos serviços de saúde. Ela permanece na dissociação dos procedimentos e das tarefas, inerentes às diferentes profissões, assim como nas cisões presentes nas relações interpessoais entre os trabalhadores das diferentes especialidades, não garantindo um atendimento integral ao usuário e nem a continuidade das ações.

Cecílio (2006) reforça afirmando que muitos trabalhadores seguem trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo a demandas pontuais com o que têm em mãos. Em outras palavras, muitos não se têm preocupado com a questão da integralidade de uma maneira mais ampla, pelo menos do ponto de vista daquela pessoa concreta que, naquele momento, busca alguma forma de assistência.

Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005) dizem que a variedade e heterogeneidade dos componentes da equipe aumentam sua complexidade na proporção em que a presença de vários trabalhadores, com distintos objetivos, saberes e instrumentos de trabalho específicos da categoria fazem com que esse se organize em torno de uma multiplicidade de processos paralelos, gerando como implicação a existência de processos de trabalhos distintos, individuais e pontuais ou, em outros momentos, se estruture a partir da normatividade médica, que é ainda predominante na organização das práticas de saúde. Essas formas de organizações fazem com que o trabalho em equipe perca sua potencialidade como dispositivo de integralidade e de eficácia da atenção.

Silva Junior, Alves e Alves, (2005) argumentam que os trabalhadores não se têm aproveitado a potencialidade de possibilidades de análise das situações enfrentadas, a partir do olhar de cada campo específico do conhecimento, o que, na

maioria dos casos, permitiria compartilhamento de pontos de vista na construção de propostas de intervenção. Há uma leitura de que as equipes de saúde constroem conhecimentos sobre o problema trazido pelo usuário tomando como base o ordenamento de procedimentos investigativos que, colocados justapostos, oferece uma visão integradora do caso. Isto se deve, de acordo com Silva Junior, Merhy e Carvalho (2005), à incapacidade de ouvir o outro, de com ele interagir e produzir núcleos comuns de discussão de caso. Assim, a produção de projetos terapêuticos de maneira interdisciplinar, com a atenção centrada no usuário continua sendo um desafio para as equipes e os gestores.

Cecílio (2006) afirma que se pretendemos atender o usuário da maneira holística, não podemos acreditar que seremos capazes de fazer isto individualmente. Precisamos estar sempre atentos à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não.

Pensamos que para desenvolvermos uma atitude na perspectiva da integralidade da atenção se faz necessário, além de agregar outros saberes, transitar nas discussões de maneira a construir os núcleos comuns de discussão.

Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005) indicam que a ação articulada, pautada no respeito e na reafirmação cotidiana das diferenças e especificidades da variedade de saberes e práticas e na atuação de cada profissional, associada aos propósitos da equipe são de suma importância para que a integralidade da equipe se mantenha, ou se construa.

Merhy (2002) aponta uma opção de organização/articulação das equipes, a partir de um “núcleo cuidador”, caracterizado pelo conjunto de conhecimentos gerais e específicos dos diversos trabalhadores que se articulam, por meio de estreito diálogo, na busca de compreensão complexa e solução dos problemas sofridos por usuários. Com base no conhecimento sobre o problema e no estabelecimento de vínculos com os usuários são selecionados os profissionais capazes de conduzir o projeto terapêutico proposto.

Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005) complementam que nessa relação entre sujeitos, seja ela composta por trabalhador(es) e usuário(s); ou apenas por trabalhadores que se configura quais profissionais vão atuar e quais serão as amplitudes, sequências e intensidades de suas participações. Esse arranjo, devido seu caráter processual e singular, segundo os autores, requer análises e



considerações constantes, uma vez que cada ação (re)configura a relação estabelecida e redesenha as necessidades de todos os atores envolvidos.

Essa opção de organização da(s) equipe(s) além de operar no cuidado do usuário, traz como atribuições para o(s) trabalhador(es) o gerenciamento da busca de outros recursos específicos, a articulação e a otimização dos resultados, evitando sobreposições ou contradições nas propostas terapêuticas. Conforme a necessidade de operacionalização dessas propostas pode-se mudar o trabalhador que desenvolve o papel gerenciador do cuidado e de vinculação com o usuário (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005). Se isto for necessário acontecer, os autores recomendam que seja momentaneamente, pois, conforme eles, convém o retorno da gestão do cuidado e do vínculo a uma equipe ou trabalhador que tenha uma perspectiva de relação mais longitudinal com o usuário.

Eles também indicam outros dispositivos importantes na construção de processos de trabalhos mais cuidadosos como, as reuniões de equipe com discussão de casos numa perspectiva interdisciplinar, as atividades de educação permanente e a avaliação sistemática do processo de trabalho.

Ceccim e Ferla (2006) reforçam que a organização das ações e dos serviços de saúde de forma usuário-centrada viabilizada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, pautadas em práticas de escuta, acolhimento, atendimento e acompanhamento, deve potencializar a resolutividade das ações de cuidado, dos serviços e do sistema de saúde. Porém, é por meio da educação permanente, enquanto política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, com o propósito de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, que introduzirá o cotidiano e sua qualificação como objeto da integralidade.

*- Planejamento dos serviços e ações de saúde pautadas em indicadores epidemiológicos e na apreensão ampliada das necessidades dos usuários*

Além do trabalho em equipe, Mattos (2006a) afirma que outra característica da integralidade desejável na organização dos serviços de saúde, implica em fazer críticas aos programas verticais, pensados de forma centralizada, unilateral, a partir da inserção específica neste ou naquele programa do MS e/ou do conhecimento científico/especializado das equipes das unidades, que são usados para apreender necessidades, estruturar o processo de trabalho e definir ações

prioritárias, deixando de lado possibilidades de apreensão ampliada das necessidades da população atendida, por meio de uma perspectiva dialógica entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde.

Nessa direção, ele tece ainda outras críticas à forma de apreender as necessidades de um conjunto de pessoas exclusivamente por uma disciplina como a epidemiologia, ou a clínica, alegando que elas não constituem a forma mais verdadeira e nem a única possível, uma vez que, reduzem as necessidades a um perfil de morbidade, desprezando outras razões, que levam os usuários a buscarem os serviços de saúde, através da demanda espontânea.

Segundo Guizardi, Pinheiro e Machado (2005, p. 226) nessa relação, os atores ocupantes de posições de gestão e planejamento frequentemente não se dispõem a escutar o que é demandado por aqueles que utilizam os serviços. A arena política que assim se desenha encontra-se então determinada pela impossibilidade desse diálogo. O outro da intervenção não é acessado como sujeito político, mas como objeto, como número que se apresenta em cálculos e em tentativas de previsão e ordenação prévia da assistência. Tradição de intervenção coerente com nossa história política, marcada pela centralização do poder, que no campo da saúde tem como uma de suas principais facetas a recorrência da verticalidade programática, e de concepções que pretendem fazer do planejamento um conjunto de decisões técnicas, como se a técnica pudesse ser dissociada de seus efeitos políticos de produção da realidade social.

Lacerda e Valla (2005a) alegam que fracassos e problemas acontecem quando trabalhadores de saúde e gestores, a partir de representações e visões de mundo diferentes da população, resolvem implementar projetos de saúde nas comunidades, sem consultá-las previamente. Dessa maneira, eles sugerem uma adequação entre a oferta dos serviços públicos de saúde e as demandas, a partir da participação ativa de todos os atores envolvidos, afirmando que a população tem que ser ouvida e respeitada em relação às suas necessidades em geral e ao seu sofrimento. Pois, as pessoas que a compõem são detentoras de um saber próprio construído através das experiências concretas de vida, de luta, de saúde e adoecimento. Por sua vez, os trabalhadores de saúde, ao ouvirem com o propósito de conhecer um pouco mais sobre suas condições de vida, podem tentar implementar mudanças e adequar suas práticas cotidianas às demandas e às necessidades que surgem.

Guizardi, Pinheiro e Machado (2005) dizem que a participação, como valor a ser defendido, deve ser entendida enquanto uma forma de propiciar espaços de resistência, de possibilidade, que sejam explicitadas as configurações das

relações de poder que perpassam o Estado e determinam as configurações das políticas públicas. Assim, a participação, no contexto do SUS, deve se fazer com a expressão e a intervenção das diferentes pessoas políticas implicadas nos modos como a demanda socialmente construída se efetiva em ações governamentais. Em última instância, os autores ressaltam que “garantindo o diálogo e a confrontação dos diversos sujeitos, poderíamos mesmo pensar a participação como prática de construção de espaços públicos porosos, nos quais as demandas e respostas apresentadas possam ser problematizadas, (re)significadas, pactuadas e (re)configuradas coletivamente” (p. 226).

Vasconcelos (1998) ao desenvolver estudos com comunidades carentes afirma que os vínculos entre trabalhadores de saúde e população, com a troca de conhecimentos e saberes, potencializa a construção de estratégias mais adequadas às realidades locais. Essas práticas, segundo o autor, vão além dos cuidados tradicionais de higiene, de tratamento e prevenção de doenças. A atuação dos trabalhadores se dirige para as dimensões psicossociais dos problemas, responsáveis pelas maiores causas do adoecimento e do sofrimento crônico da população, além de enfatizar o cuidado e o apoio social das famílias, com o propósito de ajudá-las a reconstruir seus caminhos de vida.

*– Formação de redes de cuidado como dispositivo para tecer a integralidade da atenção*

De acordo com Cecílio (2006) a integralidade da atenção, pode ser entendida, no espaço singular de cada serviço de saúde, enquanto o esforço da equipe de traduzir e atender, da melhor forma possível, às necessidades da população assistida. Porém, é importante considerar que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que sejam suas condições de operacionalização, uma vez que se faz necessária à articulação com outros espaços para garantir o acesso às diversas tecnologias em saúde, que estão distribuídas em uma ampla gama de serviços. Essa dimensão, apontada pelo autor, relativa à organização dos serviços de saúde, diz da necessidade de garantir acesso aos diversos níveis de sofisticação tecnológica demandados em cada situação assistencial para que o atendimento prestado tenha resolutividade.

Esse entendimento de integralidade da atenção refere-se ao resultado de integração de cada serviço de saúde, através de redes assistenciais muito mais

complexas, reconhecendo a interdependência dos trabalhadores e organizações, como assinalam Silva Junior et al. (2006).

Cecílio e Merhy (2005 p. 199-200) enfatizam que qualquer observador atento ao SUS, sabe que o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por diversas lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de usuários, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos, que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um sistema, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços, que operam distintas tecnologias de saúde, fluxos e possibilidades e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam.

Em outras palavras Cecílio (2006) nos chama a atenção, afirmando que se torna necessário refletir sobre o sistema de saúde, menos como pirâmide de serviços, racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos para cuja construção as representações e as necessidades individuais são muito importantes.

Ceccim e Ferla (2006); Franco e Magalhães Junior (2004); Merhy (1998); Silva Junior, Alves e Alves (2005); sistematizaram suas discussões sobre redes/linhas de cuidado e a integralidade como eixo estruturante, destacando a organização de malhas de cuidado ininterrupto e progressivo, assim como a necessidade de negociações e pactuações no nível da gestão do cuidado, a fim de articular trabalho das várias equipes e serviços de uma rede, viabilizando os fluxos efetivos dos usuários na busca de recursos para responder suas necessidades nos vários níveis de atenção. Por meio dessa forma de pensar os autores fazem um contraponto às práticas usuais de referência e contra-referência, pautadas em características apenas normativas e racionais de hierarquia vertical e burocrática de uso dos recursos assistenciais, transferindo ao usuário a responsabilidade pela busca desses.

Em outras palavras Ceccim e Ferla (2006) defendem que para esse tipo de organização é importante planejar fluxos que gerem como implicações ações resolutivas das equipes de saúde, respaldadas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora, em que o usuário, por meio de um acesso que lhe dê inclusão, saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, diante da sua vivência nele – como um sujeito que o conhece e se sente parte dele – seja capaz de influir em seu andamento.

Também sobre essa maneira de organização, Ceccim et al. (2005) argumentam que alguns autores propõem a radicalização das propostas de gestão democrática, na direção de privilegiar o cuidado e a construção da integralidade na saúde como direito de cidadania, devendo o setor público viabilizá-lo. Esses autores buscam romper com a proposta de hierarquização tradicional de rede pautada na disponibilidade de tecnologias duras e leve-duras e visualizam a rede numa dimensão circular, numa hierarquia horizontalizada, desenhada a partir de diagramas singulares, com diversas entradas, de acordo com a necessidade das pessoas, em que se asseguram todas as possibilidades de satisfação das necessidades através de fluxos por pontos de atenção e práticas, inclusive, que não compõem o sistema formal de atenção à saúde, constituindo uma malha de cuidados ininterruptos organizados de maneira progressiva (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

Segundo Ceccim e Ferla (2006), a sistematização dos serviços de saúde em uma rede, enquanto malha, pressupõe o impedimento de classificar um ponto de atenção em maior e menor, anterior e posterior, início e fim, topo e base. Pois, tudo que existe é o tramado de saberes, práticas, serviços e organizações, só há meios, ligações e conexões entre nós. Esses assumem papéis potencializadores na busca de articulação entre os sujeitos, de novos arranjos e futuras parcerias, tanto colocadas no contexto da realidade concreta, como na intersubjetividade.

Ceccim et al. (2005, p. 111-112); Ceccim e Ferla (2006, p. 167-180) ressaltam a incipiência de propostas de rede, que configuram uma malha de cuidados ininterruptos para atender as perspectivas da integralidade, apontando algumas implicações necessárias para esse tipo de trabalho, como as trazidas abaixo:

*Acessibilidade:* pressupõe que cada nó da rede pode e deve conectar-se a outros nós, gerando acesso integral da população, de tal maneira que quem necessita/quer/deseja atendimento tem a possibilidade de ser dignamente acolhido, independentemente da porta escolhida como meio de acesso.

Nesse sentido, os trabalhadores da equipe devem ampliar a capacidade de indicar alianças, no interior do próprio sistema de saúde (armar uma rede de matriciamento e de apoio interserviços), ou nas ações realizadas com as outras áreas de políticas públicas (intersectorialidade) e, ainda, junto às redes sociais. Vale chamar a atenção que a entrada na linha de cuidado, por meio de ações e serviços

de saúde, se associa com o acesso e o acolhimento, mas a saída com a resolutividade (responsabilização pela cura/cuidado) e autodeterminação dos usuários se dá pelas redes sociais.

A implementação da autodeterminação dos usuários traz como implicação a responsabilidade das equipes e dos serviços de saúde pela resposta às necessidades em sua área de intervenção, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que possibilitam o controle, pelo usuário, durante a sua execução, bem como autonomia na condução de seu andar da vida. Os autores explicam que “se a linha de cuidado perpassa diversos serviços, ela terá sempre seu fio terminal em outras redes terapêuticas, as da própria vida em coletividade e suas tramas de afirmação da existência em projetos de vida” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 177).

*Resolutividade:* reconhece que o trabalho das pessoas que atuam na saúde não deve ser uma atividade solitária. Aqui, a perspectiva de equipes multiprofissionais ganha enfoque nos espaços de trabalho, onde projetos terapêuticos necessitam ser formulados a partir das histórias de vida que os usuários apresentam aos serviços.

Ceccim e Ferla enfatizam que o trabalho em equipe se estabelece como estratégia fundamental para ampliar as compreensões e interpretações das demandas trazidas pelos sujeitos, uma vez que não é uma patologia ou um evento biológico o que transita por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação, uma existência encarnada num viver individual. Dessa maneira, “ao longo do percurso, nuances, sutilezas e transformações podem e devem encontrar acolhida e projeto terapêutico, inclusive deve abrir outros fluxos na grande malha de cuidados de uma rede” (2006, p. 167).

Segundo os autores a responsabilização pela cura ou cuidado é o implicar-se com as necessidades e as demandas das pessoas, implementando respostas resolutivas, tornando-se corresponsável pelo enfrentamento dos fatores vinculados com o processo saúde-doença. Pressupõe na realização de práticas pautadas no respeito ao usuário, no conhecimento do seu contexto de vida e trabalho (família, inserção produtiva, cultural, social de gênero, geração, etnia, classe, escolaridade e outras), viabilizando um espaço temporal necessário à escuta da queixa, ao atendimento e às intervenções pertinentes, construindo suportes para a atenção integral à saúde a às demandas dos diversos grupos populacionais.

*Preservação de autonomia:* acredita-se que por o trabalho em saúde ser composto em malha, ele gera como possibilidade a capacidade de maleabilidade, requerendo, assim, uma prática de escuta, associada àquele que procura/necessita os serviços - o usuário - e também entre os diferentes trabalhadores implicados direta ou indiretamente no atendimento. A proposta de malha pressupõe a conectividade entre os nós, permitindo o acesso ao sistema diante de qualquer um dos pontos de conexão. O trabalho regionalizado, intercomplementar e em equipe, eleito para efetivar a resolutividade inova redes caracterizadas pela maleabilidade e plasticidade geradora de autonomia (escuta dos usuários e entre os trabalhadores), de acesso à informação e direito à invenção, produtoras de responsabilização frente ao construído.

*Direito à informação e divulgação de informações:* necessariamente, não quer dizer que todos deverão saber tudo, todavia devem ser refletidas maneiras de acessar, discutir, construir/desconstruir o processo de trabalho, partindo de conceitos até rotinas.

Deve-se, nessa perspectiva, articular um processo de trabalho embasado pela discussão e pactuação no coração das equipes, entre as equipes e os gestores, entre as equipes e os usuários, entre os gestores e os usuários; deve também existir a viabilidade de dignidade no trabalho para os trabalhadores e usuários e alta qualidade nos serviços desenvolvidos. É importante que a linha de cuidado seja amplamente divulgada e apropriada por todos os atores implicados na rede assistencial.

*Responsabilidade:* no encontro entre os trabalhadores e destes com a população. A proposta de trabalho em malha carrega consigo a possibilidade de invenção (de novas técnicas e tecnologias, da vida e de diversificadas possibilidades de existências) e, assim, de responsabilização diante ao construído, ao inovado.

*Regionalização e hierarquização:* cada nó, enquanto uma unidade produzida e produtora de linhas e fluxos é entendida como porta de entrada da rede. Esse por sua vez deve estar amplamente acessível aos usuários, tanto por proximidade geográfica, quanto por facilidade de ingresso assistencial, gerando a intercomplementariedade entre todos os serviços.

No sentido da assistência, essas propostas destinam-se, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da Atenção Básica à Saúde, devido ela estar presente diretamente em territórios de organização da vida. Devem

permitir o acesso de todas as faixas etárias e todos os segmentos sociais (inclusão do conjunto de pessoas e não dos grupos programáticos) e ainda a oferta de tantos mais serviços, quantos se façam necessários, quanti e qualitativamente, por ampliação de cobertura ou por inovação (CECCIM; FERLA, 2006).

Segundo Silva Junior, Alves e Alves (2005) as linhas de cuidado devem possibilitar a extensão e a qualificação da assistência, organizando o processo de trabalho de maneira a viabilizar os procedimentos mais dependentes de protocolos clínicos intensamente estruturados ou de equipamentos mais conclusivos, de maneira a responder a necessidade que desencadeou a busca da assistência. Para que isso ocorra, faz-se necessária a disponibilidade de ofertas suficientes e adequadas de ações e serviços conforme a complexidade das situações vividas.

O compromisso de qualificação da Atenção Primária à Saúde envolve garantia de qualidade e resolutividade, articulando a sua organização com toda a rede de serviços e enquanto parte indissociável do tramado em rede da atenção integral a saúde. Esse pressuposto articula, ainda, o individual ao coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde nas populações, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência, construindo a extensão do cuidado pelas redes sociais, que assegurem a autodeterminação dos usuários e não sua dependência dos profissionais ou dos serviços (CECCIM; FERLA, 2006, p. 175)

Em resumo, eles continuam dizendo que uma linha de cuidado necessita num primeiro momento que se tenha acesso às ações e aos serviços de saúde enquanto expressão fundamental do direito de todos e dever do Estado, ao provimento de saúde. Em seguida, que se faça o acolhimento em serviços com responsabilidade pela proposição, monitoramento e avaliação de práticas de interação com usuários. De outra forma, estes devem ser efetivamente incluídos ao serviço e à rede de geração de saúde. Daí em diante, deve-se obter o conjunto de intervenções em saúde que sejam demandadas, engendrando as ações programáticas de maneiras mais abrangentes de linguagem, interpretação e ação, com capacidade de produzir projetos terapêuticos individuais (oferecer a atenção requerida em cada caso). A continuidade horizontal da atenção pelo ordenamento em rede dos serviços, enquanto uma cadeia de cuidados progressivos à saúde, possibilitará a obtenção do conjunto dos cuidados necessários, que independente do caso deve-se trabalhar pela autodeterminação do usuário. A extensão e o prolongamento do cuidado alargam-se na realização das ações intersetoriais de afirmação da vida, e não pela dependência aos serviços ou trabalhadores de saúde.



Ceccim et al. (2005) afirmam que, constituída em sintonia com o contexto dos usuários, uma linha de cuidado deve ter mecanismos de acolhimento em todos os serviços da rede, independente das portas de entrada ou elos da cadeia de referência e contrarreferência. Complementando, Ferla (2006) argumenta que ela deve ter também como pressuposto na sua extensão a intersetorialidade e, devido seu potencial resolutivo, deve permitir a emergência de laços de confiança entre serviços, gestão setorial, instâncias de controle social e redes sociais, indispensáveis para aumentar a qualidade e a resolutividade das ações de saúde.

Nessa direção, Silva Junior, Alves e Alves (2005, p. 86) ressaltam que não podemos deixar de lado a consideração de que uma “rede cuidadora” não diz respeito apenas aos serviços de saúde. Mais do que isto, pressupõe a integração com outros recursos da sociedade, como “apoio familiar, religiosidade, alternativas de sustentação econômica, moradias, redes de solidariedade e outros que compõem as redes sociais de apoio”.

Segundo Lacerda e Valla (2005a) as atividades de rede de apoio social são práticas de saúde que dão lugar aos sujeitos, fortalecem sua autonomia e possibilitam a expressão do adoecimento e do sofrimento. Essas, em grande medida, permitem ainda a apresentação de demandas que muitas vezes se encontram “invisíveis” para os trabalhadores em geral e para os próprios serviços de saúde. Segundo os autores, uma maneira que permite dar visibilidade a várias atividades e práticas de saúde desenvolvidas na comunidade é buscar compreender o modo de vida, do fazer e agir da população atendida.

De acordo com Ceccim e Ferla (2006) o ordenamento da atenção e de uma rede de serviços em linha de cuidado, necessariamente implica para gestores, trabalhadores e usuários, o conhecimento dos aspectos que beneficiam ou prejudicam, condicionam e/ou determinam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação, bem como para o engendramento da afirmação da vida, do cuidado de si e das conexões em redes sociais.

À medida que a sociedade se organiza para uma maior participação, ela se empodera ou se fortalece nas relações entre sujeitos, nas trocas, nos encontros, nos convívios, no compartilhar de necessidades e respostas, e dessa forma, vão (re)significando as experiências e atribuindo novos sentidos às mesmas (LACERDA; VALLA, 2005a).

Assim, os autores dizem que as várias práticas de redes de apoio social acolhem as necessidades dos sujeitos, por meio da relação de diálogo e de vínculos entre trabalhadores e comunidade assistida e as (re)configuram a partir de valores como, solidariedade, acolhimento e sentimento de pertencimento ao grupo. Com isto há possibilidade de surgir novas atividades - festas, caminhadas, passeios, entre outras - que podem ser entendidas enquanto atividades de cuidado em saúde.

#### **4.3.3 – Conjunto de entendimentos de integralidade associados às práticas dos trabalhadores de saúde**

Um terceiro e último conjunto de entendimentos de integralidade trazidos por Mattos (2006a) aponta para atributos das práticas dos profissionais de saúde. Nesse, o princípio é exercido através do reconhecimento e da compreensão de um conjunto de necessidades de ações e de serviços de saúde, que uma pessoa requer ao procurar a atenção do trabalhador.

*– Integralidade: capacidade de escuta, apreensão ampliada das necessidades e das melhores maneiras possíveis de respondê-las*

Silva Junior, Pontes e Henriques (2006) dizem que o trabalho em saúde acontece por meio de encontro entre sujeitos, que traz para esse necessidades, desejos, imaginários e conhecimentos. Conforme os autores, de um lado encontra-se o usuário, que vivendo um momento singular, traz suas necessidades de saúde e do outro, encontra-se um ou mais trabalhador, que dispõe de um conjunto de conhecimentos, ferramentas e tecnologias, que podem responder às necessidades trazidas pelo primeiro.

Nessa perspectiva, Mattos (2005b) afirma que nas práticas assistenciais se empregam aquelas situações nas quais os trabalhadores de saúde se encontram com usuários que sofrem e que visam diminuir seu sofrimento. Para a biomedicina, o autor afirma que a assistência consiste fundamentalmente na investigação da doença, que gera o sofrimento de cada sujeito e na aplicação das tecnologias que eliminem a mesma. Ocupando-se apenas com os sofrimentos atribuíveis à doença, alguns trabalhadores negam sistematicamente todo e qualquer outro tipo de sofrimento, inclusive o provocado pelas tecnologias de diagnóstico e de tratamento. Esse reducionismo nas práticas de alguns trabalhadores para o autor é inaceitável, e é frente a ele que Mattos forjou um dos sentidos do termo integralidade alegando

que isto, em grande medida, impossibilita uma apreensão mais abrangente das necessidades, pois o usuário “não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra e muito menos a um conjunto de situações de risco” (MATTOS, 2006a, p. 61).

Assim, o autor ainda critica a postura de um trabalhador que se reduz a responder às necessidades assistenciais das pessoas, que buscam seu auxílio apenas com os recursos tecnológicos disponíveis. Diante do encontro com o usuário a atitude do trabalhador deve ser de abertura para outras necessidades, além das diretamente ligadas ao sofrimento, que motivou o encontro. O trabalhador deve aproveitar essa ocasião para “apreciar fatores de riscos para outras doenças e/ou investigar a presença de doenças, que ainda não se expressaram em sofrimento” (p. 49).

O autor reconhece, entre as várias características das boas práticas, que as ações preventivas diferem radicalmente das assistenciais, posto que não são demandadas pelos usuários, implica que não basta simplesmente defender a utilização de tecnologias do diagnóstico precoce ou incentivar comportamentos supostamente mais saudáveis de modo articulado com ações assistenciais. Há que se diferenciar um uso dessas formas de intervenções preventivas que simplesmente expande o consumo de bens e serviços de saúde ou que simplesmente integra os dispositivos de sustentação de ordem social do uso judicioso e prudente dessas mesmas técnicas de prevenção, feito na perspectiva de assegurar o direito dos beneficiários à saúde (MATTOS, 2006a, p. 50).

Cecílio (2006) argumenta que no encontro do usuário com a equipe, haveriam de predominar, sempre, o compromisso e a preocupação de se realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde apresentadas por aquela pessoa que busca o serviço, trazidas ou travestidas em alguma(s) demanda(s) específica(s). O autor ainda trabalha com uma metáfora dizendo que poderíamos imaginar que quando alguém procura um serviço de saúde, este alguém carrega consigo uma “cesta de necessidades de saúde”, que pode ser composta por procura de alguma forma de “resposta para as más condições de vida, que a pessoa viveu ou está vivendo; procura de um vínculo (a)efetivo com algum trabalhador; necessidade de ter maior autonomia na forma de andar a vida; ou mesmo; acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida” (p. 116). E nessa situação, caberia ao trabalhador ou à equipe ter sensibilidade e preparo/maior capacidade de escuta e saber responder da melhor maneira possível.

Para Silva Junior *et al.* (2006) a integralidade origina como a capacidade de trabalhadores e serviços de saúde interagirem com os usuários, produzindo um

ambiente comum, acolhedor, que se pautem em saberes e em práticas de saúde mais flexíveis, na dinâmica construção de diálogos e nas transformações de relações e de atitudes diárias dos sujeitos envolvidos.

Nessa situação, a integralidade, diferente de ser vista apenas como um atributo da boa prática da biomedicina seria um valor a ser sustentado e defendido, um atributo das práticas dos trabalhadores de saúde considerado desejável, desenvolvida por meio da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que uma pessoa requer ao buscar a atenção do trabalhador, independentemente da busca ocorrer no âmbito público ou privado (MATTOS, 2006b).

*– Integralidade: compreendendo o sofrimento gerado pela doença e o significado de propostas terapêuticas na forma de andar a vida de cada pessoa*

A integralidade como eixo estruturante das propostas de mudanças das práticas abarcaria um esforço de compreensão do sofrimento gerado pela doença na forma de andar a vida de cada sujeito, bem como do significado que as propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias de prevenção de problemas de saúde adquirem no mesmo contexto. Assim, a conduta proposta não deveria derivar automaticamente de protocolos, nem das revisões sistemáticas, e muito menos da unilateralidade da experiência do trabalhador, e sim surgir do diálogo entre os balizamentos técnicos e a compreensão das formas de andar a vida do usuário (MATTOS, 2005b).

Nessa direção, Cecílio (2006) ressalta que a intervenção de um trabalhador, especialista ou não, não tem possibilidade de alcançar sua eficácia plena se não tiver um bom conhecimento da forma de andar a vida do usuário, inclusive seu vínculo com outra equipe ou trabalhador, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença.

Lacerda e Valla (2005a, p. 178) alegam que por meio “das relações de solidariedade, cooperação e apoio mútuo, os sujeitos compartilham problemas e soluções, fortalecem a autoestima e se sentem mais confiantes para enfrentar o processo de adoecimento e sofrimento”.

Merhy (1998; 2002) diz que os trabalhadores de saúde têm perdido a dimensão cuidadora nos seus processos de trabalho ao descontextualizar do universo do usuário os problemas de saúde e ao enfatizar as tecnologias

estruturadas e dependentes de equipamentos (tecnologia dura e leve-dura), com o propósito de objetivar os mesmos. Segundo o autor, a priorização desses tipos de tecnologias reduziu a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pelos trabalhadores e substituiu o diálogo de sujeitos pela intermediação de exames e procedimentos, buscando um êxito técnico.

Por outro lado, soma-se a isto a compreensão que as pessoas percebem e reagem de forma diferente aos eventos, em torno das características individuais e dos significados atribuídos às situações vivenciadas. É nessa direção que determinados eventos de vida percebidos como situações estressantes para algumas pessoas, são capazes de desencadear sofrimento e adoecimento, enquanto que podem não ter o mesmo efeito para outras. Desse modo, uma compreensão ampliada do processo de adoecimento e sofrimento, para além dos aspectos biológicos e patológicos traz como posturas que os trabalhadores de saúde, em suas práticas cotidianas, levem em consideração a maneira como cada sujeito fica afetado em sua existência, os sentidos e os significados que as situações representam na vida de cada um.

Pontes, Silva Junior e Pinheiro (2006) relatam que é na relação com os usuários que o trabalhador vai produzindo um olhar ampliado dos mesmos e de suas necessidades de saúde. A vivência possibilita ao trabalhador a percepção do usuário dentro de sua família e de uma comunidade, influenciado por uma cultura, condição financeira e rede de relações afetivas, entre outras características, e o estabelecimento de uma relação pessoal e humana com ele. É fundamental, nesse contexto a percepção do trabalhador em relação à existência de possibilidade concreta de um cuidado diferenciado com participação do usuário, em que a sensibilidade e responsabilidade profissional constituem aspectos potencializadores da oferta de ações de qualidade, com práticas efetivamente cuidadoras.

Merhy (2002) propõe uma retomada do foco de atenção à saúde de trabalhador/profissional-centrada, ou procedimento-centrada, em usuário-centrada, e argumenta a favor do desenvolvimento de tecnologias de relacionamentos/interações/práticas sociais (tecnologias leves) para resolver os problemas, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários.

Sobre essa temática Silva Junior, Merhy e Carvalho (2005) ressaltam de forma geral, que os usuários não reclamam de falta de conhecimento tecnológico dos trabalhadores de saúde em seus atendimentos, mas da falta de interesse e de

responsabilização dos mesmos para com eles. Pois, mais do que um diagnóstico, as pessoas desejam se sentirem cuidadas e acolhidas em suas necessidades e não inseguras, desinformadas, desamparadas, desprotegidas, desrespeitadas e desprezadas.

Lacerda e Valla (2005a) afirmam que a relação trabalhador-usuário muitas vezes, não tem sido valorizada enquanto uma estratégia terapêutica, reconhecida como um dos determinantes de resolutividade das necessidades de saúde dos usuários. Grande parte da eficácia da ação do trabalhador resulta na satisfação encontrada pelo usuário tanto nos aspectos técnico-científico, como na qualidade do vínculo, da comunicação interpessoal, do modo como as relações são estabelecidas.

– *Integralidade: o cuidadoso uso da racionalidade biomédica*

Pinheiro e Luz (2005) referem que a racionalidade científica moderna foi o pensamento que deu sustentação ao modelo biomédico, caracterizado pelo mecanicismo, pelo biologicismo, pelo individualismo, pelo modelo matemático no qual o conhecer se expressa pela capacidade de quantificação do real, através de uma linguagem generalizante, mecânica e analítica, e ainda pela fragmentação tanto da natureza, como do próprio homem. Esse é dividido progressivamente em partes, vistas pela ciência como peças, infinitamente divisíveis, sendo a razão, hierarquicamente superior, apartada das paixões e dos sentimentos.

Esse modelo, conforme Campos (1994) gera implicações nos modos de agir/pensar, como a normalização dos conceitos de saúde-doença, desenvolvida apenas a partir de conhecimentos biológicos (anátomo-físico-patológicos) e estatísticos (formalismo quantitativo), que têm sido meios e maneiras utilizados com grande frequência pelas instituições nas análises no campo da saúde, em detrimento de um olhar mais abrangente sobre os fins, os resultados e as práticas sanitárias. Nessa estrutura, a saúde passa a ser vista como uma saúde do corpo, das lesões e das doenças, enfatizando-se a ação curativa e assistencial, em detrimento aos sujeitos e suas necessidades.

De acordo com Pinheiro (2006) pode-se constatar que as intervenções relacionadas à prática médica ocidental se pautam em noções normativas do funcionamento do corpo humano, abordando o indivíduo doente como objeto de interpretação e comparações de normas da vida e normas científicas, na direção de

atestar e classificar aquelas anormalidades que o fazem doente, para a partir de então intervir na sua possível solução, por meio do estabelecimento de regras para o funcionamento ideal para a organização do corpo e da vida humana.

Nessa perspectiva, Silva Junior, Merhy e Carvalho (2005) criticam tal maneira de atuar, dizendo que o trabalhador ao preferir investigar lesões ou disfunções no usuário, através de exames e pareceres, adia a oportunidade de estabelecer uma relação dialógica, que poderia possibilitar uma compreensão dos problemas trazidos pelo mesmo.

Além disso, apesar do trabalhador de saúde, principalmente na pessoa do médico, ser a figura socialmente legitimada para traçar o destino dos corpos, ele deve desconsiderar a liberdade do sujeito para determinar o que é melhor para a manutenção e o restabelecimento de sua saúde (LUZ, 1996).

Para Merhy (2002), quando existe domínio de interesses organizados ao redor das tecnologias duras, os processos de trabalho tornam-se mais comprometidos com o uso deste tipo de tecnologia do que com as necessidades de saúde, que devem enfrentar. Assim, o autor demonstra que as estratégias da atenção se destinam à produção de procedimentos, que consome intensamente tecnologia dura, emergindo, num efeito cascata, mais necessidade da produção de procedimentos.

Lacerda e Valla (2005b) relatam que nessa forma de atuação os trabalhadores, bem como as instituições de saúde tendem a responsabilizar os sujeitos (usuários), as famílias e os grupos sociais pelo seu adoecimento e sofrimento, devido não possuírem acesso a recursos, não serem pró-ativos, tratando-os como desprovidos de poder e de capacidade para dominar a si próprios e seus contextos. Esse processo de “culpabilização das vítimas”, conforme os autores, está intimamente associado a não qualificação do saber popular, a desconsideração de que esses sujeitos possuem ideias próprias e conhecimentos acumulados sobre a sociedade e os fatores determinantes dos agravos à saúde. Como consequência para o usuário dessa atuação, Lacerda e Valla apontam para a privação da participação e decisão sobre as questões relacionadas à sua saúde, acentuando a falta de esperança e de confiança em si próprio.

No plano das relações, o trabalho em saúde é atualmente desenvolvido por um encontro pontual entre trabalhadores e usuários, com relações superficiais centradas nas queixas, na doença, nos procedimentos e na medicalização, com

pouco espaço para escuta dos sujeitos e de seus sofrimentos, e reduzida pretensão de formação de vínculo interpessoal. De uma maneira geral, há um distanciamento na compreensão da subjetividade e uma deterioração das relações interpessoais.

Silva Junior, Merhy e Carvalho (2005) dizem que uma das causas de inúmeros fracassos presentes na relação trabalhador-usuário é o fato do médico, muitas vezes, valorizar apenas o relato que pode estar associado às lesões orgânicas objetivas, não aprofundando em questões subjetivas, de ordem emocional e social, na singularidade do processo de saúde-doença. Há uma dificuldade de ouvir as demandas do usuário e de respondê-lo como outro sujeito, com desejos, crenças e temores.

Segundo Vaitsman (1995, p. 8), “o indivíduo, como objeto de qualquer ação interventora deve ser reconhecido, enquanto um lócus de singularidade, que produz e define necessidades específicas que devem ser ouvidas e respeitadas”.

Lacerda e Valla (2006), nessa direção, mencionam que além de haver um limite da racionalidade biomédica em atuar com o sofrimento e com os aspectos subjetivos do adoecer humano, evidencia-se uma intensificação da demanda de atenção médica por agravos de natureza psicossocial, denominado por alguns autores de sofrimento difuso ou mal-estar difuso. Estes se caracterizam por apresentar um conjunto de síndromes e sintomas indefinidos como, ansiedade, angústia, depressão, dores generalizadas, dentre outros, não configurando em doença pelo olhar da biomedicina. No entanto, de acordo com os autores, são as queixas mais frequentes dos usuários que se dirigem aos serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para os seus sofrimentos.

O itinerário desses usuários, nessa busca, é marcado por muitas idas aos serviços de saúde, por consultas com especialistas e realização de exames complementares, objetivando diagnosticar uma entidade patológica que justifique os sintomas inespecíficos. Embora alguns trabalhadores de saúde identifiquem tratar-se de problemas vinculados aos determinantes psicossociais e econômicos, na prática terapêutica não se tem muito a oferecer a esses usuários, a não ser medicá-los como sintomáticos, principalmente os psicofármacos para as queixas mentais e emocionais (LACERDA; VALLA, 2005b).

Ceccim e Ferla (2005) dizem que contrapondo as estruturas fisiopatológicas ou anátomo-clínicas biologicamente determinadas, as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas. Dessa



maneira, gera como exigência para os serviços de saúde que eles construam dispositivos também dinâmicos, flexíveis, para escutar e trabalhar essas necessidades.

Lacerda e Valla (2006) afirmam que no contexto de vida das pessoas coexistem diversos e distintos fatores psicossociais, que atuam estimulando de maneira nociva, com capacidade de desorganizar o tecido social ou de maneira a apoiar socialmente, a proteger a saúde física e mental. Assim, a prática de discussão do sofrimento e adoecimento gera como implicação para o trabalhador a compreensão do processo de saúde-doença para além de suas causas, devendo também incluir a relação existente entre sujeito e o ambiente como determinantes das condições gerais de saúde.

Com base nesses conhecimentos os autores ressaltam que o sofrimento pode ser desencadeado por vários fatores, como “pela perda dos papéis sociais e dos relacionamentos significativos, pelos eventos estressantes de vida, pelos efeitos das doenças (danos físicos, morais, emocionais e sociais, entre outros) (p. 93)”. Isso, em grande medida, dificulta uma definição precisa do que se acredita ser a origem do sofrimento, podendo gerar ainda uma não correspondência entre o que é percebido pelo trabalhador e pelo usuário.

As equipes de saúde têm explorado pouco os espaços relacionais com os usuários, enquanto espaço terapêutico, e pouco têm conhecido sobre outras tecnologias que possam oferecer apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desviem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para a ampliação da autoestima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2005).

Campos (2006) argumenta a necessidade de aumentar a capacidade de escuta do trabalhador de saúde, agrupando instrumentos trazidos da psicanálise e de outras disciplinas para reestruturar a prática em saúde numa direção mais humanizada, acolhedora dos sofrimentos individuais, traduzindo em várias dimensões. Assim, tornam-se possíveis intervenções mais integradoras.

De acordo com Teixeira (2005) esse tensionamento associado às dificuldades em atuar com a alteridade não é exclusivo dos serviços públicos de saúde, estando instalado no interior do desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina, como vem sendo amplamente discutido e criticado por diversos autores.

Segundo Pinheiro e Ceccim (2006) o modelo hegemônico de assistência à saúde tem sido considerado como um dos grandes desafios para a construção da integralidade no SUS, uma vez que ele opera em eixo inverso ao das práticas cuidadoras.

Nessa direção, as práticas, de forma geral, devem consistir no principal foco de investigação em relação aos desafios, por se ancorar a maioria das constatações da busca por cuidado como uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil do nosso país, cujas respostas aos usuários vem requerendo práticas humanizadas, com capacidade de oferecer tratamento digno, respeitoso, com qualidade, no sentido da saúde como direito de cidadania (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Franco e Merhy (2005) ainda advogam que a mudança de atitudes e a assunção de uma nova proposta de modelo assistencial não se desenvolve de maneira tão fácil como parece. Os trabalhadores de saúde por serem detentores de um saber e práticas tradicionais, que refletem o “modelo produtor de procedimentos”, requerem uma desconstrução no âmbito cognitivo e subjetivo do projeto que veicula até então. Uma das alternativas indicadas pelos autores diz respeito aos processos de autoanálise, em que os trabalhadores questionam suas próprias práticas, trazendo para discussão sua tradicional forma de agir diante do usuário e na produção do cuidado.

Muitas experiências de mudanças nos serviços de saúde têm sido organizadas nesse sentido, apostando na reorganização do processo de trabalho, nos modos inovados de agir com os usuários, que (re)signifiquem a relação com o mesmo, legitimando nos serviços práticas acolhedoras, que gerem espaços de escuta e fala nas relações assistenciais e de cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Mattos (2006b) nos alerta que existem sempre muitas maneiras de cuidar e diversos conhecimentos sobre o cuidado, porém o que melhor caracteriza este é o “conhecimento prudente para uma vida decente”. Essa seria a contribuição do cuidado e não sua cientificidade, o que implica na utilização do conhecimento científico com intensa responsabilidade, visando o equilíbrio entre as aparentes formas possíveis de intervenção e uma qualidade de vida com desenvolvimento da autonomia, prevendo as consequências das práticas de cuidado. Para o autor, em práticas cuidadoras requer prudência quanto à utilização do elevado potencial de

intervenção diagnóstica e terapêutica com apreciação cuidadosa das possíveis consequências negativas para os sujeitos a elas submetidos.

Por outro lado, Mattos (2005a) nos diz que o desenvolvimento da integralidade nas práticas ligadas à racionalidade biomédica não requer o abandono ou a atenuação do uso dos conhecimentos ditos científicos sobre as doenças, e sobre as formas de preveni-las, de curá-las ou de controlá-las, mas requer um uso mais cuidadoso desse conhecimento sobre a doença, interagindo com os outros conhecimentos em relação aos modos de andar a vida, fazendo-o articular com a voz dos outros sujeitos (membros da equipe e usuários).

Vasconcelos (1998), ao realizar trabalhos científicos com populações carentes, percebeu que algumas necessidades de saúde das famílias eram muito complexas para serem curadas, porém não ganhava o mesmo caráter para serem cuidadas. As famílias necessitavam de cuidado e atenção especial da equipe de saúde para continuarem na busca de respostas às necessidades e sofrimentos, o que leva o autor a dizer que, embora, na maioria das vezes, não seja possível curar as pessoas, não se deve desistir de tratar ou cuidar das mesmas, e dar-lhes o apoio requerido, digno e respeitoso no momento da crise.

Lacerda e Valla (2005a) nos falam que a ênfase na escuta e na busca de compreensão do usuário dentro da singularidade do seu adoecimento, contribuem para a construção de vínculos de confiança e reciprocidade entre o trabalhador e o usuário sob acompanhamento, possibilitando que o apoio seja oferecido, assim como a continuidade ao processo terapêutico.

*- Integralidade, enquanto uma exigência ética da organização de práticas cuidadoras*

A integralidade, enquanto uma exigência ética da organização de práticas cuidadoras, perfila-se pela produção de projetos terapêuticos singulares. Sua operacionalização pressupõe inovação nos diversos espaços de atenção à saúde, nas práticas em vários cenários e nas práticas de análise crítica de contextos, questionando os saberes e o desenvolvimento profissional no nível das competências específicas de cada profissão. Então, se ampliam espaços na tarefa do assistir individual, advogando a favor do acolhimento, da responsabilidade pela cura e pelo desenvolvimento da autodeterminação dos usuários (CECCIM; CARVALHO, 2006).

De acordo com Pontes, Silva Junior e Pinheiro (2006) diferentes tecnologias de produção de práticas cuidadoras vão sendo construídas, forjadas, e seu aprendizado necessita de um agir contextualizado com capacidade de reconhecer as competências e responsabilidades de serviços e trabalhadores embasados nos usuários. Ganha importância o desenvolvimento de habilidades na comunicação e nas relações interpessoais dos trabalhadores, realizadas e conhecidas em todos os espaços da rede de cuidados em saúde.

Esses autores ainda dizem que no desenvolvimento das práticas cuidadoras, o cuidado passa a ser observado enquanto uma dimensão do trabalho em saúde e alteridade que medeia o uso de tecnologias e a construção de intersubjetividades para tecer a integralidade. Tais práticas envolvem o assistir ou o tratar, pautadas em parâmetros do acolher e do respeitar, ou seja, cede lugar a singularidade, compreende as fragilidades e presentifica-se de modo correspondente, desenvolvendo uma atenção de saúde inscrita na produção de articulações e em ações de afirmação da vida.

O cuidado, para Boff (2000) faz parte da essência humana e diferente de ser um ato pontual, é uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o outro. A ação de cuidar pressupõe, portanto, “uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida” (p. 95)

Nessa medida, o cuidado apenas torna-se possível se existir condições para a concretização de um diálogo. No entanto, a importância desse dialogar compreende, além da informação transmitida para expressar ideias ou informações, a evidência de interesse, respeito, aceitação e a definição das diferenças (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Em outros termos, Foucault (1995) argumenta que não existe diálogo sem a aceitação recíproca da condição de sujeitos pelos polos da relação, não existe diálogo possível entre um sujeito acometido do poder de objetivar e outro objetivado pelos efeitos desse exercício de poder.

Assim, o cuidado, enquanto uma prática social requer uma compreensão da coexistência necessária entre diferentes tipos de saberes, como científicos e populares, assim como entre diferentes espécies de procedimentos, como os

técnicos convencionais e os complementares não-convencionais (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

A pessoa não é um ser passivo frente a tudo o que ocorre na unidade de saúde e, em especial, com ela mesma. Ela reage aos atos assistenciais e, se existir uma relação acolhedora e uma maneira de agir sobre a sua necessidade de saúde que seja satisfatória, ela poderá se motivar para também agir, ser sujeito do seu próprio processo assistencial, assumir certo protagonismo no cuidado à saúde.

O uso preferencial das tecnologias leves, de acordo com Camargo Junior et al. (2006) permite que o trabalhador articule todo o seu potencial relacional, criativo e subjetivo, agindo junto ao usuário no plano da necessidade concreta que se apresenta, na esfera da sua subjetividade, permitindo a este fazer uma aposta na vida e desta maneira produzir seu autocuidado. Os autores exemplificam que atividades como educações em saúde e ações programáticas apenas terão eficácia se conseguirem atuar em nível da angústia e da baixa autoestima dos sujeitos, que buscam os serviços de saúde e, para isto, torna-se necessário acolher, demonstrar solidariedade, operar tecnologicamente as relações para produzir no sujeito a ideia de cidadão, autônomo e protagônico.

A produção do cuidado carrega consigo um processo de realização de ações e de serviços de saúde implicados com a produção das respostas possíveis às dores, às angústias e às aflições, bem como aos aborrecimentos, sofrimentos e necessidades que chegam aos serviços de saúde. Como resposta, existe a necessidade de que não somente se produzam consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir a terapêutica, o conhecimento, a sensação de cuidado, a autonomia e o desejo de vida em cada pessoa atendida (CECCIM; FERLA, 2006).

Pinheiro e Mattos (2006) pautados pelas experiências de cuidado enquanto tecnologia apontam que ele apresenta três características importantes, sendo a primeira respeitante à democratização do processo de trabalho na organização dos serviços, em que envolve participação dos usuários e dos diferentes trabalhadores nas decisões sobre a gestão do cuidado nos serviços; uma segunda referente à renovação das práticas de saúde, que se desenvolve numa dimensão de integralidade da atenção com a oferta de novas práticas terapêuticas; e por último uma referente à valorização do cuidado como uma tecnologia complexa em saúde.

Silva Junior e Mascarenhas (2006), entendendo que alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade em práticas cuidadoras, propuseram uma avaliação dessas pelos entendimentos de acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção à saúde. O acolhimento, para os autores, compreende as noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das necessidades e seus contextos biopsicossociais, a discriminação de riscos e a coordenação de um trabalho de equipes multiprofissionais, numa dimensão interdisciplinar, e um dispositivo de gestão para organização dos serviços oferecidos. Já o vínculo e a responsabilização envolveriam a noção de longitudinalidade, a instituição de referências terapêuticas e a responsabilidade do trabalhador ou da equipe em integrar ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para responder às necessidades de saúde das pessoas.

A qualidade da atenção à saúde implica na referência de um modelo idealizado que considere um conjunto articulado de ações com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, realizadas numa perspectiva humanizada entre a equipe e os usuários, sendo entendida como satisfatória por estes últimos em relação às suas expectativas.

#### **4.4 – A integralidade na Atenção Básica à Saúde**

Na perspectiva de promover mudanças no modelo assistencial e nas práticas até então predominantes a Atenção Primária à Saúde foi adotada no Brasil oficialmente com a terminologia de Atenção Básica à Saúde, em contraste com a tendência internacional.

Segundo Mello, Fontanella e Piva (2009) não existem fatores que permitam precisar a causa pela qual o governo brasileiro, na contracorrente internacional teria adotado a designação Atenção Básica à Saúde, porém, a partir de pesquisa informal junto a um professor militante da reforma sanitária, esse argumentou que a escolha se deve a um posicionamento ativo em negar a denominação Atenção Primária à Saúde empregada pelas agências internacionais, como o Banco Mundial, em suas políticas para o setor saúde, que se pautava em preocupações com o custo e abrangência das propostas em caráter vertical e

seletivo, cujo foco era a extensão de acesso à população a uma “cesta básica”, sem, contudo, envolver a consideração tecnológica devida.

Nesse contexto, diferente de ser apreendida como atenção de baixa qualidade para resolver problemas simples de populações pobres, ou de ser apenas a base de um sistema piramidal, a Atenção Básica à Saúde é apreendida como porta de entrada preferencial do sistema e local de atenção continuada da maioria da população, com ênfase na função resolutiva, bem como estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde.

Aqui ela tem o propósito de promover a saúde numa perspectiva de direito humano, adotando a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos mais amplos, se comprometendo com diretrizes políticas pautadas na inclusão e equidade (Organização Panamericana de Saúde - OPAS, 2005).

Teixeira (2002) sobre isto nos chama a atenção, afirmando que o entendimento da Atenção Básica à Saúde deve ir além da noção de estratégia organizativa, que visa introduzir mudanças em vários sentidos, como na organização do modelo de atenção, na gestão e no financiamento. A ela deve-se incorporar a visão de política integrativa, que pressupõe o estabelecimento de relações entre dirigentes, gestores, trabalhadores de saúde e usuários, representados por organizações comunitárias e outras entidades.

Essa compreensão vem ao encontro dos dizeres publicados pela OPAS (2005) ao conceituar a Atenção Primária à Saúde como abordagem de saúde e direitos humanos, já citado anteriormente, e neste momento o trago de maneira mais explicitado. Ela enfatiza a atenção à saúde enquanto direito humano, assim como a necessidade de abordar seus determinantes políticos e sociais de maneira ampla, através da defesa de políticas de desenvolvimento mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação” (p. 3).

Nessa direção, em 2006, com o intuito de melhorar a assistência à saúde da população, o MS edita a Portaria nº 648, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, caracterizando-a como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada

complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 10).

O Ministério definiu como prioridade consolidar e qualificar ESF como modelo de Atenção Básica à Saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

A Atenção Básica à Saúde, bem como a ESF considera a pessoa em sua singularidade, complexidade e inserção sócio-cultural e visa a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a diminuição de danos ou de sofrimentos que possam interferir nas possibilidades de viver de maneira saudável (BRASIL, 2006b).

Esses dizeres nos fazem pensar que a ESF é apreendida como um eixo estruturante na organização da Atenção Básica à Saúde, conforme os princípios do SUS, com repercussões no (re)ordenamento para todo o sistema. E dentro dessa política, a integralidade, em seus vários entendimentos, assume papel importante, enquanto princípio norteador da maneira de produzir e organizar as ações e serviços de saúde, a começar pela concepção de homem e pelas respostas dadas às necessidades dos mesmos pelos trabalhadores.

Dessa maneira, a construção de um novo modelo de atenção à saúde, orientado pela proposta de SF pressupõe:

manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definir de forma precisa o território de atuação, que compreende o segmento populacional determinado, com atualização contínua; diagnosticar, programar e implementar as atividades conforme critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; praticar o cuidado familiar ampliado, efetivado através do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; promover e desenvolver ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, conforme prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitadas a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promover e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e acompanhar e avaliar de forma sistemática as ações implementadas, objetivando a readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006b, p. 26).



Nessa perspectiva, o homem deve ser apreendido como um ser indivisível e único, influenciado pelo seu contexto de vida, por uma rede de relações que estabelece consigo, com o meio, com a família, com o trabalho e com a comunidade. O homem deve ser fonte e centro de valores, diferente de máquina e/ou objeto de produção dos profissionais de saúde. Assim, como Mattos (2006a) reconheço tal concepção como premissa básica para o desenvolvimento de uma atenção integral e humanizada.

Starfield (2002) diz que a integralidade exige desse âmbito de atenção um reconhecimento adequado da diversidade completa das necessidades associadas à saúde do usuário e uma disponibilidade de recursos para abordar e atendê-lo.

Para essa apreensão torna-se imprescindível a realização de uma escuta qualificada, por meio de mensagens verbais e não-verbais, o estabelecimento de vínculos na relação trabalhador-usuário e a compreensão da realidade do outro. E para isso a Atenção Primária à Saúde possui ferramentas potentes como, adscrição de clientela, atuação contínua, visitas domiciliares, cuidado familiar ampliado, dentre outras.

Starfield (2002) reforça que uma apreensão adequada da origem da(s) necessidade(s) do usuário, fornece uma poderosa ferramenta para o trabalhador de saúde na escolha da natureza dos serviços que deverão ser prestados a este sob a responsabilidade da unidade. Segundo a autora, as potencialidades desse tipo de atenção para operacionalizar a integralidade não param por aqui, uma vez que essa constitui um ponto privilegiado e *locus* de responsabilidade continuada pelos usuários, por situar em melhor posição para interpretar suas necessidades, apresentadas nos seus contextos históricos e meios sociais. Starfield sintetiza enfocando que a maneira como é apreendida e planejada a prestação de ações e serviços, bem como a forma adequada de executá-los constituem componentes-chave de uma estratégia que visa a melhor efetividade e equidade dos serviços de saúde.

Devido o caráter polissêmico do termo e sem a pretensão de trazer todas as descrições possíveis sobre esse, termino esse capítulo oferecendo um quadro síntese dos discursos de integralidade e de seus desdobramentos, pautado pelas descrições trazidas por Mattos e outros pesquisadores do Grupo de pesquisa CNPq Lappis.

**Quadro 01** - Descrições de integralidade feitas por Mattos e outros pesquisadores do Grupo de Pesquisa CNPq LAPPIS e seus desdobramentos

Integralidade = atributos desejáveis na configuração das <b>políticas públicas</b> voltadas para o setor	
= atributos das respostas governamentais, que são dadas a certos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos	
<b>Desdobramentos da integralidade vinculados às políticas públicas</b>	
Integralidade do sujeito	Apreensão ampliada dos formuladores de políticas públicas em relação às pessoas, sobre as quais as políticas irão incidir enquanto sujeitos compostos e influenciados por diferentes dimensões contextualizadas ao longo da vida.
Integralidade de abrangência	Capacidade de abranger as diversas pessoas ou grupos atingidos pelo problema, respeitando suas especificidades.
Integralidade das ações	Capacidade das respostas do governo a certos problemas de saúde deve incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação.
Integralidade dos serviços oferecidos	Capacidade das políticas de enfrentamento de certas doenças de contemplar um elenco diversificado de ações com oferta de serviços assistenciais e aspectos preventivos, associados às possibilidades futuras de redução do número de casos dessa doença.
Integralidade na apreensão da necessidade	Busca desafiante do controle, da erradicação ou mesmo da mudança da magnitude de uma doença numa determinada localidade, embasada nos indicadores epidemiológicos, e ao mesmo tempo deve-se considerar a apreensão ampliada das necessidades dos usuários.
Integralidade na gestão das políticas.	Capacidade de possibilitar um conjunto de práticas de gestão, que viabiliza uma participação democrática das pessoas implicadas na formulação e efetivação das políticas governamentais.
Integralidade = atributo desejável na <b>organização dos serviços de saúde</b>	
= busca-se aumentar a capacidade de percepções das necessidades de um grupo populacional pelos grupos profissionais e interrogar-se sobre as melhores maneiras de respondê-las.	
Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar	Capacidade de análise das situações enfrentadas, a partir do olhar dos diversos trabalhadores, cada um com seu conjunto de conhecimentos gerais e específicos, que se articulam, por meio do compartilhamento de pontos de vista na construção de propostas de intervenção.
Planejamento dos serviços e ações baseados em indicadores epidemiológicos e na apreensão ampliada das necessidades dos usuários.	Capacidade de apreender de maneira ampliada as necessidades da população atendida, por meio de uma perspectiva dialógica entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de percebê-las e (re)significá-las. A partir daí essa perspectiva ainda deve permitir apresentarem respostas pactuadas e (re)configuradas coletivamente.
Formação de redes de cuidado como dispositivo para tecer a integralidade da atenção	Caracteriza-se pela articulação entre os vários serviços e as várias equipes de trabalhadores de saúde em uma rede para garantir o acesso de maneira ininterrupta e progressiva às diversas tecnologias, que estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, demandados em cada situação assistencial para que o atendimento prestado assegure todas as possibilidades de satisfação das necessidades (acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora). Isto pode ocorrer através de fluxos por pontos de atenção e práticas, que compõem o sistema formal de atenção à saúde e ainda se estender e prolongar na realização das

	ações intersetoriais, que compõem as redes sociais e de apoio na sociedade.
Integralidade = atributos desejáveis das <b>práticas dos profissionais de saúde</b> . = esforço da equipe no reconhecimento e na compreensão de um conjunto de necessidades de ações e de serviços de saúde, que uma pessoa requer ao procurar a atenção do trabalhador.	
Integralidade do sujeito	Apreensão ampliada dos trabalhadores em relação às pessoas atendidas, enquanto sujeitos compostos e influenciados por diferentes dimensões contextualizadas ao longo da vida.
Integralidade: capacidade de escuta, apreensão ampliada das necessidades e das melhores maneiras possíveis de respondê-las	Implica na atitude do trabalhador, diante do encontro com o usuário, de abertura, de melhor escuta possível para outras necessidades, além das diretamente ligadas ao sofrimento, que motivou o encontro. Implica ainda na capacidade de trabalhadores e serviços de saúde interagirem com os usuários, produzindo um ambiente comum, acolhedor, que se pautem em saberes e em práticas de saúde mais flexíveis, na dinâmica construção de diálogos e nas transformações de relações e de atitudes diárias dos sujeitos envolvidos.
Integralidade: compreendendo o sofrimento gerado pela doença e o significado de propostas terapêuticas na forma de andar a vida de cada pessoa	Abarca um esforço de compreensão do sofrimento gerado pela doença e do significado que as propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias de prevenção de problemas de saúde adquirem na forma de andar a vida de cada sujeito. Essa compreensão ampliada do processo de adoecimento e sofrimento traz como implicações a necessidade de estabelecimento de vínculos, diálogos e responsabilidade entre sujeitos, bem como a consideração por parte dos trabalhadores da liberdade do usuário para determinar o que é melhor para a manutenção e o restabelecimento de sua saúde.
Integralidade: o cuidadoso uso da racionalidade biomédica	Consiste na utilização do conhecimento científico com intensa responsabilidade, visando o equilíbrio entre as aparentes formas possíveis de intervenção e uma qualidade de vida com desenvolvimento da autonomia, prevendo as possíveis consequências negativas para os sujeitos que se submetem à utilização do elevado potencial de intervenção diagnóstica e terapêutica. Consiste ainda em explorar os espaços relacionais entre trabalhadores e usuários, enquanto espaço terapêutico, em conhecer outras tecnologias que possam oferecer apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desviem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para a ampliação da autoestima, dos espaços afetivos e dialógicos, da autonomia e da vida saudável.
Integralidade, enquanto uma exigência ética da organização de práticas cuidadoras	O cuidado passa a ser observado enquanto uma dimensão do trabalho em saúde e alteridade que medeia o uso de tecnologias e a construção de intersubjetividades para tecer a integralidade. Assim, ele envolve o assistir ou o tratar, pautado em parâmetros do acolher, do dialogar e do respeitar, configurando a necessidade que os processos de consultar, atender e prestar procedimentos sejam capazes de produzirem terapêuticas, conhecimentos, sensações de cuidado, autonomias e desejos de vida em cada pessoa atendida.

## **5. O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO**

Esse refere-se à parte empírica da pesquisa, sendo descritos todos os passos que constituíram o campo de intervenção e a análise dos dados. Em consonância com o discurso Construcionismo Social aqui adotado como uma ferramenta metodológica, o material coletado e analisado foi tomado como uma construção social e relacional, produzido em um contexto específico, que no caso deste estudo foram os encontros da pesquisadora com os trabalhadores de uma equipe de SF, atuante em Passos/MG.

McNamee (2004) argumenta que o Construcionismo Social convida a outras formas de conversar sobre um mesmo assunto, criando posições alternativas frente a um problema, o que, por meio de outras performances, permite a geração de outros sentidos e de outras realidades sociais.

À medida que se conversa, nessa perspectiva, novos sentidos e significados têm possibilidade de serem criados, e, portanto, juntas, as pessoas podem gerar novas maneiras de se relacionar e de estar no mundo, re-significando antigos e gerando novos discursos (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

Assim, propusemos a articulação entre esse discurso e o da integralidade por apostar na potencialidade desse primeiro, enquanto ferramenta que sustenta a produção de práticas discursivas e interativas com vista à produção de novos sentidos sobre esse princípio do SUS e a transformação de práticas na saúde.

Mas, antes de descrever todos os passos seguidos para a construção dessa pesquisa consideramos útil trazer algumas descrições teóricas sobre o Construcionismo Social a fim de situar brevemente o leitor sobre tal perspectiva.

### **5.1 - Construcionismo Social como ferramenta metodológica: descrições teóricas**

#### **5.1.1 - Emergência do discurso CS**

Gergen (2009) aponta que o discurso Construcionista Social emerge no campo das ciências humanas e sociais enquanto uma alternativa às maneiras empiricistas e racionalistas de se conceber a ciência e os processos de produção do

conhecimento; implicando, sobretudo, em concepções críticas às visões de objetividade, racionalidade e verdade universal.

Segundo o autor ele busca “transcender o dualismo tradicional sujeito-objeto e todos os problemas que lhes são concomitantes e desenvolver uma nova estrutura de análise pautada numa teoria alternativa (não empirista) do funcionamento e dos potenciais das ciências” (p. 310).

Nesse sentido, Guanaes (2006) enfatiza que o Construcionismo Social rescinde com os preceitos mais gerais das teorias modernas, construindo possibilidades para novas reflexões no campo científico e circunscrevendo-se dentre uma das diversas perspectivas pós-modernas.

Gergen (1996) diz que o pós-modernismo se contrapõe ao pensamento moderno através de críticas sobre a forma de produzir conhecimento. Ele questiona a neutralidade científica do pesquisador e de seus trabalhos; a noção de conhecimento e de pesquisa como a-históricos e descontextualizados; a possibilidade de uma verdade única, universal; a verdade científica como algo dado; a linguagem como representante, reveladora da verdade, do mundo tal como ele é.

Em outro lugar Gergen (2009) delinea que as contraposições do pensamento pós-moderno se manifestam ao considerarem o conhecimento como algo que as pessoas fazem juntas, por meio da linguagem, e não algo que é apreendido no mundo, ou que as pessoas possuem em algum lugar dentro da cabeça.

De acordo com Gergen (1996, 2009) a história do Construcionismo Social está inscrita no contexto de desenvolvimento da ciência, em que no plano meta-teórico, são manifestadas uma ou mais críticas ao fazer científico, na maioria dos trabalhos, que pauta-se nessa perspectiva.

- *Crítica Social*: preocupa-se com a origem social do pensamento científico, alegando que os sentidos que informam nossa compreensão sobre o mundo são construções sociais, resultantes de trocas conversacionais, situadas em um contexto histórico, social e cultural específico. Essa crítica contrapõe a visão do conhecimento e de pesquisa enquanto processos a-históricos e transcendentais, em que as teorias servem para refletir ou mapear a realidade de uma maneira descontextualizada ou direta. Nesse sentido, é enfatizada a questão de todo pesquisador estar circunscrito em um tempo, em um contexto social, econômico, político, histórico, cultural e com um arsenal linguístico disponível associado às suas

relações estabelecidas. Dessa forma, ele se utilizará desses repertórios e critérios na maneira como organizará e produzirá o conhecimento.

Em outros termos, o processo de identificação de atributos observáveis, depende das categorias que o pesquisador já possui.

- *Crítica Ideológica*: essa vem rejeitar a noção de neutralidade científica do pesquisador, bem como suas possibilidades de descrições objetivas e acuradas do mundo por meio de seus métodos de investigação, predição e controle. O produzir considerado neutro, enfatizado na ciência para se chegar a um conhecimento generalizável da verdade é questionado, ao ressaltar que toda afirmação é resultado de propósitos e interesses ideológicos, políticos, morais e pessoais. Assim, o estatuto da verdade universal clamado é colocado em questionamento.

- *Crítica literária-retórica*: ela busca criticar a verdade apresentada pela ciência enquanto algo dado e estabelecido através de uma linguagem, que revela a mesma. Problematizam-se a visão da linguagem como estática e representacional do mundo tal como ele é. Dessa forma, para os autores considerados construcionistas a linguagem, diferente de revelar a verdade das coisas, ela as constrói, a partir de uma retórica legitimada socialmente.

O processo de produção do conhecimento, diferente de ser automaticamente conduzido pelas forças da natureza, é entendido como resultado de um empreendimento ativo, cooperativo de pessoas em relação; ou seja, artefatos sociais; produtos historicamente situados de intercâmbios entre as pessoas.

Por meio dessa crítica, buscava-se enfatizar o aspecto contingente do processo de significação, assim como o aspecto performático da linguagem. Isto é, seu efeito na produção e sustentação de determinadas práticas sociais.

O autor diz que “as interpretações podem ser sugeridas, afirmadas, ou abandonadas na medida em que as relações sociais se desdobram através do tempo” (2009, p. 305).

Assim, o grau com que uma dada maneira de entendimento se sustenta ou prevalece ao longo do tempo ao invés de depender fundamentalmente da validade empírica da perspectiva em questão, depende das vicissitudes dos processos sociais, como negociações, conflitos, comunicações, retóricas, dentre outros.

Conforme Rasera e Japur (2007) essas críticas redimensionaram as teorias científicas, explicitando sua característica comprometida, sua determinação histórico-cultural e relativizando a noção da ciência enquanto descrição objetiva e apurada da realidade.

Gergen (1996) por meio de suas diferentes proposições enfatiza que essas maneiras de criticar contribuíram com a organização de uma nova inteligibilidade, em que as visões de conhecimento como representação de verdade e de racionalidade foram problematizadas, e uma nova concepção de linguagem ampliou espaço, assumindo foco central no entendimento dos processos de significação.

### **5.1.2 - Características descritivas do Construcionismo Social**

Rasera e Japur (2007) nos informam que apesar da dificuldade em sintetizar um conjunto único de características que abranja todos, autores construcionistas, há um consenso entre vários autores em torno de quatro descrições centrais, que foram sistematizadas por Burr, 1995<sup>1</sup> e Gergen, 1999<sup>2</sup>:

- *A especificidade cultural e histórica das formas de conhecimento do mundo.* Partindo da perspectiva Construcionista Social, as categorias utilizadas para se referir às coisas como elas são, estão influenciadas pela história, pela cultura e pelo contexto social, numa relação de interdependência. Para os autores que atuam pautados por esta perspectiva as descrições do mundo, da verdade são elas mesmas formas de construção de uma realidade, diferente de guardar correspondência com esta realidade situada para além das maneiras de dizê-las.

Nessa direção, a linguagem constrói a todo instante e não reflete um mundo independente. Assim, a partir das condições sócio-históricas concretas dos sistemas de significação, por meio da utilização de determinadas descrições e explicações é que se dá a construção da realidade.

- *A primazia dos relacionamentos humanos na produção e sustentação do conhecimento.* As descrições sobre o mundo são resultantes da coordenação da ação humana. Em outros dizeres podemos afirmar que os entendimentos são construídos nas trocas interativas – acordos, negociações, afirmações, conflitos e consensos – entre as pessoas nos processos relacionais. Partindo dessa visão “o

---

<sup>1</sup> BURR, V. **Na introduction to social constructionism.** Londres: Routledge, 1995.

<sup>2</sup> GERGEN, K. J. **An invitation to social construction.** Londres: Sage, 1999.

relacionamento antecede tudo o que é inteligível” (GERGEN, 1999<sup>3</sup>, p. 48 apud RASERA; JAPUR, 2007).

- *A interligação entre conhecimento e ação.* As diferentes maneiras de descrever o mundo traz como implicação diferentes maneiras de ação social, ou seja, descrever algo de uma determinada forma e não de outra permite determinadas ações no mundo e restringem outras. Estas explicações e descrições compartilhadas, “verdadeiras”, servem para sustentar determinadas maneiras de viver e agir nas instituições e no mundo. Diante isto, a sustentação de certos conhecimentos no tempo está diretamente vinculada ao processo contínuo de produção de sentido que lhes darão inteligibilidade.

- *A valorização de uma postura crítica e reflexiva.* Ao tomar como base o conhecimento enquanto sendo relativo e vinculado ao conjunto de práticas e contexto sócio-histórico no qual emerge, o discurso Construcionista promove uma postura crítica constante sobre as maneiras de descrever o mundo. Torna-se necessário refletir, indagar e compreender diferentes discursos, aquilo que damos como certo na forma de perceber o mundo, produzindo diferentes possibilidades de identificar quais podem ser mais úteis em diferentes momentos. É importante questionar e compreender como as descrições, as maneiras de pensar funcionam, para que são úteis, em que situação e para quem.

McNamee (2003) nos chama atenção que o Construcionismo Social constitui-se também uma construção social, um discurso possível, ou diversos, levando-se em consideração sua multiplicidade, entre vários outros.

### **5.1.3 - A linguagem enquanto prática social**

Segundo Camargo-Borges (2007) ao caracterizar a noção de ciência e conhecimento como uma produção dialógica e histórica, a linguagem e os processos relacionais assumem um papel central.

Spink e Frezza (2000), nessa direção, enfatizam a função da linguagem enquanto prática social, a linguagem em uso, podendo ser analisada a partir de seu caráter performático, bem como no seu espaço e contexto de uso.

McNamee (2004) afirma que o caráter performático da linguagem – linguagem como ação no mundo - acontece no engajamento relacional, na medida

---

<sup>3</sup> GERGEN, K. J. **An invitation to social construction.** Londres: Sage, 1999.



em que as pessoas conversam, conjuntamente vão criando e recriando os sentidos, daí podem criar novas maneiras de entender e se relacionar como as coisas e de estar no mundo, resignificando antigos discursos e criando novos.

Assim, os sentidos das coisas e os significados que informam sobre nossa compreensão do mundo são construídos socialmente, por meio de trocas conversacionais entre as pessoas, circunscritas em um contexto social, cultural e histórico específico.

Em outros termos Rasesa e Japur (2007) alegam que a linguagem, diferente de ser tomada como meio passivo de expressão e transmissão de informações, é considerada pelos construcionistas como ferramenta de produção ativa do mundo. Na proporção que descrevemos determinadas situações usamos um vocabulário e uma maneira específica, conseqüentemente diferentes ações e realidades sociais são construídos. Esses sentidos de realidade são produzidos em diálogos, nas trocas conversacionais e, qualquer afirmação produzida, somente adquire sentido dentro de um contexto específico, contrapondo a noção de ser por referências as descobertas científicas neutras da natureza essencial das coisas, as quais existem independentes de nossa percepção.

## **5.2. Descrições metodológicas da pesquisa**

Este estudo foi informado pela perspectiva Sócio Construcionista numa abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (2008), essa abordagem caracteriza-se por responder a questões particulares e por se preocupar com um nível de realidade, que não pode ser quantificado nas ciências sociais, como os significados, os motivos, os desejos, as crenças, as atitudes, os valores e os sentidos.

Bogdan e Biklen (2003) dizem que a pesquisa qualitativa possibilita a obtenção de dados descritivos, no contato direto do pesquisador com a situação estudada, numa ênfase maior ao processo que ao produto. Tal abordagem se interessa por saber como as pessoas dão sentido às suas vidas e ao mundo. Dessa maneira, torna-se importante conhecer quais são as percepções, os sentidos e como os sujeitos, participantes de um dado estudo interpretam suas experiências, por meio de uma espécie de diálogo entre pesquisador e pesquisados.

Já sobre a investigação Sócio Construcionista, considerada neste estudo, temos uma redefinição das etapas metodológicas tradicionais em pesquisa, uma vez que a produção do conhecimento nesse referencial traz outros entendimentos. Dentre eles Camargo-Borges (2007) cita que a produção do conhecimento ocorre como um processo em permanente movimento, diferente de pautar-se por uma organização a priori de técnicas e métodos para regência de uma investigação.

Gergen (2009) relata que a pesquisa Construcionista Social ocupa-se de forma centralizada, em explicar os processos relacionais, isto é, os processos pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas. Nesse sentido, privilegia-se o uso da linguagem como constituinte de práticas sociais e o foco nos processos de produção de sentidos na vida cotidiana.

Rasera e Japur (2007) dizem que o discurso construcionista social descreve a ciência enquanto prática social, promovendo, dessa forma, um distanciamento de outras descrições, que se pautam no ponto de vista epistemológico dualista. Tal perspectiva de descrição gera implicação de caráter teórico-metodológico à maneira de produzir ciência, em que é questionado o uso de uma metodologia única e substituído à procura da verdade pelo critério da ética, que compreende dimensões de inteligibilidade, da utilidade social e do valor humano, usados para definir como os dados da pesquisa serão apresentados.

Em outros termos, esses mesmos autores reforçam que o foco das preocupações é deslocado para a contribuição cultural dos conhecimentos produzidos, ao invés de manterem uma atenção à produção do conhecimento verdadeiro, através do emprego de um método científico específico de análise do material empírico, norteadas pela objetividade dos seus procedimentos, bem como pela fidedignidade, validade e generalização dos seus resultados.

Nessa perspectiva, parte-se do pressuposto que por meio da interação entre as pessoas (pesquisador-pesquisados) é que ocorre a produção social da realidade, o pesquisador assume a impossibilidade de neutralidade, tornando-se também um sujeito da sua própria pesquisa.

Spink (2000) também alerta para alguns cuidados que se deve ter ao usar a perspectiva Construcionista Social em pesquisa. Um primeiro seria que a investigação nesse contexto não tem a pretensão de uma objetividade, por meio da qual visa apreender uma realidade em si, ordenada e que pode ser descoberta e medida, por uma identificação das relações de causa e efeito que a regulam, uma

vez que não há uma verdade pronta a ser encontrada e sim a ser construída no desenvolver da pesquisa, na relação ativa do pesquisador com o material do estudo.

Outro ponto diz respeito a não pretensão de generalizações e universalidade na direção da replicabilidade dos resultados do estudo para outros contextos, as contribuições de pesquisas, nessa perspectiva é promover uma descrição e exploração plena da situação investigada e do contexto social ocorrido na pesquisa, contribuindo com outros estudos, que possam vir a serem desenvolvidos no âmbito da reflexão e produção de novas perspectivas de conhecimentos.

Spink e Menegon (2000) dizem que o rigor na perspectiva Sócio Construcionista e na abordagem qualitativa está vinculado à possibilidade de explicitar as maneiras pelas quais o pesquisador estruturou a análise e as interpretações que chegaram ao final da pesquisa, de forma a permitir o diálogo (grifo nosso).

Isso, segundo Tindall apud Spink e Menegon (2000) deve ocorrer em pelo menos duas dimensões:

na *reflexividade pessoal*, que implica a reflexão sobre quem sou eu-pesquisador, e como meus interesses e valores incidem sobre o delineamento da pesquisa e sobre minhas interpretações, assim como na *reflexividade funcional*, que volta-se para a comunidade e para a maneira como 'quem somos' influi no processo de pesquisa e em seus resultados (p. 89).

Dessa maneira, o rigor é entendido como um fenômeno de natureza da intersubjetividade e atrelado à possibilidade de socializar a ação de interpretação. Isso implica pôr a disposição da comunidade, seja ela científica ou não, os dados brutos do estudo, bem como os dados acessórios oriundos da postura reflexiva.

Aqui, como estratégias para assegurar o rigor Spink e Lima (2000) indicam o emprego de técnicas de visibilidade para desenvolver os processos interpretativos e os resultados da análise.

### **5.3 – Solicitação de autorizações para o desenvolvimento do estudo**

Antes de entrar em contato com os possíveis participantes do estudo, agendei uma reunião com o secretário municipal de saúde e com a coordenadora das equipes de SF a fim de solicitar-lhes autorizações, verbal e escrita para a

entrada em campo. Nessa, conversamos sobre os objetivos, os passos que seriam utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, os resultados esperados com essa ação, a forma de participação da instituição, bem como dos trabalhadores que seriam envolvidos.

De posse dessas autorizações, seguindo os princípios éticos com pesquisas em seres humanos, encaminhamos o projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo para ser submetido à análise e aprovação, que ocorreu no dia 12/02/08, sob nº do Protocolo 0839/2007 (Anexo A).

#### **5.4 – O contexto do estudo**

Passos é um município mineiro, localizado na região sudoeste do Estado, possui uma área territorial de 1.339 km<sup>2</sup> e uma população de 106.290 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), distribuída 89,5% na zona urbana e 10,5% na rural. O município tem como principais atividades econômicas a agroindústria, agropecuária, avicultura de corte e de postura, indústria de confecções e de serviços.

Em relação à área da saúde, Passos encontra-se habilitado conforme o Pacto pela Saúde/2006 como gestão não plena, é sede de uma Gerência Regional de Saúde (GRS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), que tem como área de abrangência mais 23 municípios da região.

Sua rede de atenção à saúde atualmente é composta por três hospitais, sendo um de caráter geral, de grande porte e filantrópico; um segundo, psiquiátrico, de pequeno porte e filantrópico, ambos conveniados ao SUS e um terceiro de caráter geral, de pequeno porte e particular. Ainda compõe a rede uma policlínica, que oferece várias especialidades médicas (cardiologia, cirurgia geral, vascular e pediátrica, colposcopia/ginecologia, endocrinologia, gastroenterologia, mastologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, oncologia/pequenas cirurgias, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria e reumatologia), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma unidade sede de um consórcio intermunicipal de saúde, duas unidades de saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial II e Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas), um centro odontológico, um ambulatório

especializado em atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids, um ambulatório de referência em hanseníase, uma unidade do Hemominas, seis Unidades Básicas de Saúde convencionais, quatorze unidades de SF e três unidades mistas, que funcionam uma parte como unidade básica e outra como Unidade de Saúde da Família.

Das dezessete equipes de SF atuantes no município, cinco foram implantadas em 1997, dez em 2001 e duas em 2004. Essas possuem equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um recepcionista. Cada equipe atende uma população adscrita de aproximadamente 4300 pessoas, distribuídas em 1000 famílias em média, totalizando uma cobertura populacional de 71,5%.

A maioria das famílias atendidas, especificamente, as adscritas nas equipes pesquisadas, possuem renda, em média, de 0,5 a 4 salários mínimos (considerando este como R\$ 545,00), casa própria, água encanada, energia elétrica, esgoto sanitário, alguns recursos sociais, como: igrejas, escolas, creches, associação de moradores, movimentos pastorais, dentre outros<sup>4</sup>.

A assistência prestada pelas equipes é realizada mediante acompanhamento das famílias e atendimentos, em sua maioria individual às pessoas cadastradas e portadoras de diabetes e hipertensão, às gestantes, aos idosos, às crianças, às mulheres e aos homens, através de visitas domiciliares, educações em saúde, orientações básicas sobre os cuidados com a saúde, campanhas de prevenção, consultas médicas e de enfermagem, dentre outros procedimentos.

Para definir o local de coleta de dados considere-se que não precisaria, necessariamente, estarem presentes todos os trabalhadores que compunham a respectiva equipe. Uma vez que a participação de cada membro no estudo ficou condicionada à presença do mesmo no momento da coleta de dados e ao seu aceite em participar voluntariamente dos encontros propostos. Conseqüentemente, aquele trabalhador que recusasse, ou que estivesse de férias, ou ainda de licença maternidade ou saúde não estaria incluído.

Outro argumento considerado com base na perspectiva construcionista diz respeito não à presença ou ausência de uma pessoa no contexto conversacional,

---

<sup>4</sup>Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal, 2011.

mas à maneira como a conversa foi e o lugar que as pessoas se constituíram na relação com o grupo. Pois, tudo o que acontece na pesquisa é contingente com aquilo que está sendo produzido.

Assim, as dezessete equipes funcionando no município poderiam compor o cenário de investigação. Mas, diante da impossibilidade de tempo de se trabalhar com todas, no contexto de construção da pesquisa, bem como pela possibilidade de questionamentos de alguns trabalhadores em relação à participação de algumas equipes e de outras não, a coordenadora das equipes de SF e eu decidimos, no dia da solicitação da autorização para entrada em campo, realizarmos um sorteio de três equipes entre as dezessete. Esse foi feito de maneira aleatória, pelo número já estabelecido para cada equipe no município.

O sorteio de três equipes foi para assegurar a oportunidade caso eu necessitasse de recorrer a alguma delas para adquirir mais habilidade enquanto pesquisadora, dentro da metodologia a que estava propondo a trabalhar, já que gerava certos estranhamentos.

Dessa forma, a sequência das equipes a recorrer seguiria a ordem ocorrida no sorteio.

## **5.5 – A construção das informações do estudo**

### **5.5.1 - Práticas de grupo, que pautaram a construção das informações do estudo**

A aposta para a construção das informações desta pesquisa foi que a partir da perspectiva sócio construcionista seria possível pensar uma maneira de intervenção contextualizada, que fosse sensível ao diálogo entre os sujeitos; à preocupação e ao compromisso com a compreensão e a problematização de noções e práticas vigentes no sistema de saúde.

Assim, é importante dizer que se tratou de redescrever determinadas práticas tradicionais, enfocando outras nuances, que possibilitariam novas formas, redimensionando a maneira de refletir sobre algumas propostas teóricas trazidas pelo SUS e a possibilidade de operacionalização das mesmas pelos trabalhadores de SF. Essa foi apenas uma maneira de realizar uma prática reflexiva, diferente de ser a única ou a melhor forma de refletir sobre o princípio da integralidade.

Ao trazer o discurso Construcionista Social para produzir sentidos sobre integralidade busquei pensar uma estratégia a partir de uma perspectiva relacional. Assim, a interação grupal foi priorizada, não na direção de ser apreendida como um objeto da realidade, existente da mesma maneira em diversos lugares e tempos históricos, com um agrupamento de caracteres essenciais, permanentes e previsíveis, mas inspirada em descrições teórico-práticas de grupo (descrições, composição, objetivo, duração, papel do terapeuta/pesquisador e dos participantes) desenvolvidas por Raserá e Japur (2007), que pensam essa interação como uma prática social.

Segundo esses autores, no contexto de produção construcionista nos importa saber como as pessoas constroem o mundo, compreendem-no e dão sentidos a ele e a suas ações. Assim, o grupo, inserido nas práticas cotidianas dos sujeitos ganha vários sentidos de acordo com as pessoas, a situação, as regras do contrato grupal, o local e o momento histórico específico, bem como as diversas formas de descrevê-lo.

O grupo é descrito como “um contexto relacional em permanente construção, que pode promover certos tipos de conversa e impedir outros” (p. 92). Em outros termos ele pode ser descrito como uma prática relacional, dialógica e situada, utilizada para criar determinadas condições de produção de sentidos, descrições, narrativas e ações a um conjunto de pessoas. Como tal o grupo cria uma realidade relacional, um campo de possibilidades entre os participantes, através da linguagem. Ele se constitui na relação entre as pessoas como um discurso, uma construção linguística, cujo foco do fazer do terapeuta, acrescento do pesquisador, está “nas condições conversacionais, nas maneiras como se desenvolvem os processos comunicativos, que permitem às pessoas estarem de determinadas maneiras em relação” (RASERA; JAPUR, 2007, p. 93).

Ainda de acordo com os autores, a conversa grupal ao privilegiar a liberdade de negociação entre os sujeitos, em que todos podem participar como agentes de uma investigação compartilhada, potencializa um espaço de diálogo presente na interação direta e imediata entre esses mesmos, criando a possibilidade de produção e ampliação de novos sentidos com base na multiplicidade de pontos de vista, que podem surgir no grupo, bem como a transformação desses ao longo do tempo e de seus participantes. “É no plano conversacional que os sentidos são negociados, afetando a estabilidade de alguns discursos no e sobre o grupo” (p. 94).

### 5.5.2 - Passos que orientaram a construção das informações

As descrições trazidas acima nos convida também a outras (re)descrições práticas de construção e desenvolvimento de um grupo, que não sejam normativas, unidirecionais, mas relacionais e dialógicas.

Assim, a construção das informações foi realizada por meio de dois encontros com a primeira equipe recorrida e três com as demais. Esses foram áudios gravados em MP3, e contou com a participação da pesquisadora e dos trabalhadores de SF das respectivas equipes.

O primeiro encontro significou a construção de um contexto conversacional, compreendendo ações que tiveram como objetivos: aproximar os possíveis participantes da pesquisa e da pesquisadora; oferecer informações a respeito dos objetivos e do desenvolvimento da pesquisa aos trabalhadores da equipe de SF; convidá-los a participar da construção das informações; solicitar aos que aceitassem a realizar sua autorização, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A); entregar as “questões de preparação” e preparar o próximo encontro.

O segundo constituiu de abertura e renegociação das pactuações anteriores; de conversas em torno de histórias trazidas pelos participantes e das questões de preparação deixadas com foco na produção de descrições sobre o que seria integralidade; de produção de um resumo das descrições de integralidade negociadas e ainda de construção de um contexto conversacional para o terceiro encontro.

Esse aconteceu rumo a ampliar os sentidos já conversados e imaginados, no encontro anterior, através de retomada dos acordos de convivência; de conversas para planejar as ações que a equipe deveria parar, continuar e começar a fazer para sistematizar as descrições produzidas sobre integralidade; e construção de um quadro resumo.

Além desses encontros áudio gravados, realizei anotações em diário de campo referentes aos grupos, ao contexto e a minha vivência durante o período da pesquisa para constituir o *corpus* de análise.

No momento da construção das informações a rede de atenção à saúde municipal estava passando por uma reestruturação, através da implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e de duas equipes, que iriam atuar em Núcleos de Apoio a SF (NASF) I. Esse primeiro é uma estratégia utilizada pela



SES/MG para operacionalizar seu projeto estruturante denominado “Saúde em Casa”, que tem como objetivo, juntamente com a ESF ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada à população, conforme suas necessidades, assegurando os princípios do SUS.

Esse momento que os trabalhadores das equipes de SF vivenciavam contribuiu para a aceitação em participarem da pesquisa, uma vez que o tema integralidade era abordado com muita frequência nas oficinas de sistematização dessa estratégia e a possibilidade de ter mais um espaço de conversa tinha potência para contribuir com reflexões, extravasamentos e revisões de suas práticas, de seus processos de trabalho e da posição dos usuários, enquanto coparticipantes deste contexto, que eram os maiores objetivos da proposta em pauta.

Outras situações também facilitaram a construção das informações como, a minha proximidade com as equipes sorteadas, por desenvolver atividades de aula prática do curso de graduação em enfermagem nas unidades e nas respectivas áreas de abrangências das mesmas; a colaboração, a flexibilidade e a liberdade concedida pela coordenadora municipal das equipes, abrindo espaço para que os trabalhadores participassem dos encontros da pesquisa durante o horário de serviço; a proximidade desta com as enfermeiras coordenadoras das unidades, devido à maioria serem ex-colegas de trabalho e/ou ex-alunas.

Quero focar algumas delimitações das condições para o desenvolvimento das conversas sobre integralidade, que variou de uma equipe para outra, como *local* em que aconteceram (o)s encontro(s) subsequente(s) ao de preparação. A segunda e terceira equipe reuniram-se na própria unidade de atuação, já a primeira foi numa sala, na Faculdade onde atuo, devido a estrutura física da unidade ser pequena e a impossibilidade de fechamento dessa, que apresentava grande demanda por parte da população cadastrada. *Acréscimo de questões às propostas para preparação*, que ocorreram apenas nas duas primeiras equipes, acrescentando uma questão cada. *A participação de outras pessoas* durante as conversas sobre integralidade, somente a terceira equipe solicitou. *Número de membros da equipe que se constituiu em participantes* da pesquisa: todos (10 participantes) na primeira, nove na segunda (menos o médico, por recusa) e nove na terceira (menos o enfermeiro, porque estava ausente).

Essas variações ocorreram devido às especificidades de cada equipe, não sendo melhor ou pior a produção final dos sentidos, ao considerar seu caráter local e situado.

### **5.6 - O processo de construção da pesquisadora em relação à metodologia adotada para o estudo**

Segundo Guanaes (2006) nas pesquisas que se pautam pela perspectiva Sócio Construcionista a conversa constitui-se em uma prática dialógica, em que a produção dos sentidos emergem de uma ação conjunta entre os participantes, incluindo o pesquisador, que passa a ser considerado como parte inseparável do processo.

Assim, busquei atuar como uma parceira conversacional com a intenção de realizar uma investigação compartilhada, inspirada nas descrições também de Rasera e Japur (2007). Isso ocorreu por meio da promoção das melhores condições conversacionais possíveis aos participantes do grupo, tentando contribuir para que esses tivessem suas falas e ritmos pessoais respeitados, assim como se sentissem à vontade e como corresponsáveis pela produção grupal.

Porém, adotar outra maneira de produzir o conhecimento fora do método tradicional e hegemônico constituiu para mim em uma tarefa difícil. Dessa maneira, para o desenvolvimento do estudo foi necessário construir algumas habilidades e posturas, a fim de familiarizar-me com uma perspectiva construcionista. Isto teve início com minha participação em grupos de estudos sobre essa temática, coordenados para Profa Dra Marisa Japur, durante aproximadamente um ano e meio. Nesses grupos conversávamos sobre o enfoque teórico e metodológico dessa perspectiva, por meio de leituras e discussões de textos e de projetos de pesquisas.

Particpei ainda na disciplina 'Repensando práticas de cuidado na saúde coletiva: diálogo, colaboração e trabalho em equipe', oferecida pelo Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em 2007; tive a oportunidade de discutir o projeto de pesquisa, em dois momentos com a Profa Sheila McNamee, durante visitas suas à Universidade de São Paulo.

A partir dessas vivências iniciei contato com a enfermeira coordenadora da primeira equipe sorteada em que agendamos uma reunião. Nessa oferei informações sobre o estudo, obtive sua autorização para o desenvolvimento do mesmo e solicitei um horário para que pudesse conversar, pela primeira vez com todos os membros da equipe. Esses mesmos procedimentos foram adotados com as duas equipes posteriores. Porém, na terceira, devido à ausência da enfermeira, o contato feito com uma ACS.

Após desenvolver os dois encontros previstos para o processo de intervenção e de construção das informações na primeira equipe, esses foram transcritos. Nesse momento, minha orientadora e eu sentimos a necessidade de recorrermos à atividade de supervisão, a fim de obtermos um *feed back* quanto ao processo desenvolvido, à minha postura enquanto coordenadora/ pesquisadora e suas adequações em relação à perspectiva proposta.

A partir daí foram sugeridas e discutidas algumas mudanças, que passaram a ser implementadas durante o processo de construção de informações da primeira para a segunda e da segunda para a terceira equipe.

Da primeira para a segunda predominaram maiores modificações quando comparadas às ocorridas da segunda para a terceira. Passei a solicitar um *tempo mínimo* de duas horas ao invés de noventa minutos para realizarmos o *primeiro encontro* grupal, devido este ter sido insuficiente para construção de acordos de convivência (pedidos e ofertas) na primeira equipe, ficando muito sobrecarregado o segundo encontro.

A *estrutura da coleta dos dados* na primeira equipe foi de dois encontros, já na segunda e terceira foram de três. Tal decisão foi tomada a partir da participação em atividade de supervisão e de sugestões da primeira equipe. Nesse sentido, julgamos interessante trabalharmos no segundo encontro, conversas sobre integralidade, retomando as questões de preparação e produzindo um resumo sobre as descrições produzidas. No terceiro propusemos retomar essas descrições, traduzindo-as em ações, que ampliassem a possibilidade de operacionalização da integralidade.

Essas foram algumas delimitações, que a nosso ver melhorariam as condições para produzirmos de maneira mais tranquila e detalhada nossas conversas sobre integralidade. Isto não deve ser confundido com estudos pilotos,

que tem o intuito de testar instrumentos de coleta de dados, buscando ajustá-los a um método único, verdadeiro de produção do conhecimento.

As maiores implicações dessas primeiras experiências associadas à participação em atividades de supervisão e à realização de muitas leituras incidiram em torno de minha postura enquanto pesquisadora.

Uma delas foi cuidar do contexto conversacional do grupo. Quando o produzimos, na primeira equipe, nós fomos construindo e apresentando de maneira telegráfica, “mecânica” para os outros participantes. Na segunda e terceira equipe, a partir do que era trazido por cada participante, comecei a introduzir questionamentos às palavras e as expressões, que pareciam óbvias, criando um espaço de escuta das diferenças, abrindo conversas e negociando possibilidades para conhecermos melhor os desconfortos e expectativas de cada participante.

O desenvolver do segundo encontro, na primeira equipe, organizou-se em torno de histórias sobre o que e como produziam a integralidade, trazidas pelos trabalhadores, bem como respostas pontuais e lineares, numa sequência temporal, as questões de preparação. À medida que íamos conversando, eu ia ‘traduzindo’, ‘fazendo uma leitura’ sobre os sentidos que aquelas conversas faziam pra mim em relação a integralidade, de maneira instrutiva e afirmativa, sem possibilidade de reiterar as conversas, por meio de uma síntese, e de convidar os demais participantes a refletirem sobre o que estávamos falando e que relações faziam com a integralidade, na direção de produzir descrições sobre esse princípio que fizesse sentido para todos, como foi em parte da segunda e terceira equipe.

Ainda com base nessa experiência que vivenciei, ao iniciar a construção de um quadro resumo sobre os entendimentos produzidos, senti que o grupo teve dificuldade em me ajudar na construção, uma vez que os sentidos que aquele termo fazia pra mim, durante a conversa grupal, não eram os mesmos ou nem faziam para alguns, dentre os demais participantes. Em consequência disso as dificuldades aumentaram quando passamos para as reflexões das práticas, que as equipes deveriam parar, continuar ou começar a fazer para operacionalizar a integralidade. Essas foram construídas em torno de alguns sentidos construídos e presentes no quadro resumo, que foi basicamente ditados por mim, de preocupações gerais com a qualidade da atenção em oposição à quantidade e de outras situações vinculadas a comportamentos pessoais ou de insatisfações na vivência do dia a dia em equipe.

Dessa forma, decidimos que ao invés de apenas um participante ser eleito para registrar o que ia sendo produzido em termos de entendimentos de integralidade, como nessa primeira, a partir da segunda equipe todos deveriam registrar caso sentissem que essa produção estivesse acontecendo durante nossas conversas.

Além disso, no terceiro encontro, optamos por trabalhar de forma detalhada apenas algumas das descrições de integralidade produzidas. Pois, a experiência de se trabalhar com todas foi uma tarefa pouco produtiva em termos de detalhamento e possibilidade de construção de compromissos pelos membros da equipe, buscando a sistematização.

Essas mudanças de postura, buscando ampliar descrições de integralidade foi o que mais me desafiou na produção da construção das informações, exigindo um policiamento e ensaio durante o trabalho com a segunda equipe. Após esse ainda realizei transcrição das conversas grupais e fui retomando cada trecho, exercitando em que momento eu teria oportunidade de reiterar descrições e convidar o grupo a reflexões sobre os entendimentos de integralidade, que produzissem expansão das conversas.

Portanto, após ensaios e ajustes decidimos por analisar nessa pesquisa o material correspondente às produções dos encontros grupais com a terceira equipe.

## **5.7 – O grupo focalizado na análise**

Como já descrito no referencial teórico, dentre as ações e metas prioritárias estabelecidas pelo MS para (re)organizar a Atenção Básica à Saúde e mudar o modelo assistencial encontra-se a ESF. Nela o número de trabalhadores, que são responsáveis por uma população adscrita deve ser incorporado conforme o quantitativo populacional assistido, às demandas e às características da organização dos serviços de saúde do município. Porém, é recomendado por essa esfera de governo uma composição mínima de um médico, um enfermeiro, um técnico ou um auxiliar de enfermagem, de quatro a seis ACS.

Essa equipe deve assistir a população norteada pelos princípios do SUS, especialmente pela integralidade, buscando desenvolver ações de caráter individual e coletivo; de promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação de doenças e

agravos, valorizando os diversos saberes e práticas profissionais e populares, articulando recursos de vários setores com vista a responder às necessidades das pessoas. Isto deve ser feito com possibilidade de construir relações de vínculo, confiança, respeito e compromisso.

Tais tarefas exigem dos trabalhadores criatividade e iniciativa e para isto eles têm que estar identificados com a proposta. Dessa forma, destaco que minha opção por realizar a parte empírica da pesquisa com trabalhadores de SF foi por acreditar que eles são uma das grandes apostas do SUS para mudar a forma de produzir as práticas e os serviços de saúde até então predominante; além de serem os trabalhadores de saúde com maior potencialidade de construir e de exercitar a integralidade no dia a dia do processo do cuidado, pela proximidade que têm com as famílias acompanhadas e com suas condições de vida.

Nessa direção, a terceira equipe pesquisada além da composição mínima recomendada possuía uma recepcionista, totalizando dez trabalhadores. Esses já se encontravam bastante familiarizados uns com os outros, pois todos tinham um tempo mínimo de convivência de seis meses, sendo que a maioria já convivía a mais de três anos e dez meses. Todos trabalhavam em regime de dedicação integral (40 horas semanais), os ACS residiam nas suas respectivas microáreas de atuação, facilitando a construção de vínculos e a identificação cultural com as famílias sob suas responsabilidades, conforme recomendação do MS.

A partir da convivência com esses trabalhadores pude perceber que eles apresentavam boa interação em si, maduros e compromissados em produzir/oferecerem o melhor para a população. Apesar da ausência da enfermeira, nomeada enquanto coordenadora da equipe, eles se auto-organizavam, cumprindo suas atribuições e mantendo um bom relacionamento interpessoal. Isto contribuiu para a adesão à pesquisa, vista por eles como uma atividade educativa.

Rasera e Japur (2007, p. 104) dizem que “descrições sobre pessoas existem e se constroem nos relacionamentos conforme as múltiplas relações”. E ainda, essas sustentam e atravessam os relacionamentos entre pessoas sejam eles pessoais, científicos, ou de outra natureza.

Dessa forma, tendo a intenção de criar uma possibilidade de visibilidade para o leitor de quem eram os participantes da pesquisa para mim, pesquisadora, e de que lugar posicionei-me para análise do *corpus*, vou apresentá-los mais adiante a partir da perspectiva deles e da minha.

## 5.8 - Convite e consentimento informado

Dando início às atividades de construção das informações fui apresentada pela ACS à equipe, com a qual havia feito contato, que me deixou à vontade para dar continuidade à reunião. Na posição de coordenadora das atividades naquele momento, complementei a breve apresentação feita, falando um pouco mais sobre mim, sobre o porquê estávamos reunidos e convidei aos demais a sugerirem uma forma interessante de realizarmos uma apresentação para nos conhecermos sem muita formalidade.

Nessa situação, o grupo comportou-se um pouco tímido, mas diante de algumas sugestões que surgiram decidimos que falaríamos o nome, um pouco de si e como foi o trajeto profissional até chegar a ESF.

Após a apresentação, a fim de contextualizar a importância dessa pesquisa para mim e da participação deles, contei ao grupo um pouco da minha história pessoal, profissional e acadêmica. Falei das minhas preocupações com o desenvolvimento de práticas de saúde mais humanizadas, integrais e comprometidas com a proposta do SUS; das minhas intenções em contribuir para que isto acontecesse; sobre o que seria este projeto, que justificava o nosso encontro; do tempo de dedicação dispensado a ele e de sua importância para mim. Informei-os ainda sobre a escolha de se trabalhar com equipes de SF, com aquela em especial; da importância da participação deles para o desenvolvimento daquele estudo; os objetivos; os responsáveis; a forma de construção das informações e as etapas em que participariam.

Boa parte dessas informações foi trazida, por meio da leitura e explicação detalhada do TCLE. Foram também discutidas questões relativas ao sigilo da identidade dos participantes, em que seus nomes seriam substituídos por nomes fictícios, conforme suas escolhas, assim como ao direito de desistirem de participar da pesquisa por qualquer motivo, sem que isto lhes trouxesse prejuízo.

Findada a contextualização, convidei-os a fazerem perguntas sobre o que tinham acabado de ouvir, a esclarecerem suas dúvidas. Também deixei espaço para se caso surgissem outras questões que entrassem em contato comigo. Aqui fiz ainda o convite a participarem do estudo, todos aceitaram. Então, solicitei que assinassem o TCLE e ficassem com uma cópia, em que tinha dados para manterem

contato com as pesquisadoras, caso necessitassem. Diante desses consentimentos nossas conversas passaram a ser gravadas.

## **5.9 - Análise do *corpus***

A partir dos dizeres de Japur (2010) pensamos que a produção do conhecimento torna-se uma ação ética e política. O que importa, num primeiro momento, é definir com o que o pesquisador quer se comprometer, que atuação política ele espera com o seu estudo. Assim, ele busca se posicionar em um lugar de escuta do seu material empírico; encontra recursos para dar visibilidade para esse lugar, que ele se colocou e a partir daí produz um texto, uma retórica, que passe por uma possibilidade de conversas, de novas conversas pautadas em coisas que ele vai escutar. Aqui, é enfatizado o caráter performático da linguagem (informação verbal)<sup>5</sup>.

Nessa direção, as contribuições de estudos nessa perspectiva são “decorrentes de sua utilidade e importância para aqueles interessados no debate da questão estudada” e não no sentido de produzir validação de formas específicas de análise dos dados empíricos ou do conhecimento objetivo daí produzido (RASERA; JAPUR, 2007, p.112).

Com base nestas considerações e pautada pelo objetivo deste estudo, busquei construir uma tematização a respeito dos sentidos de integralidade, produzidos com trabalhadores de SF, em conversas grupais sobre o cotidiano de suas práticas na atenção à saúde.

Com a finalidade de dar maior visibilidade aos passos metodológicos utilizados na análise do *corpus* descrevo-os de modo desdobrados e distintos, embora sejam desenvolvidos de maneira indissociáveis, em movimentos contínuos durante todo processo.

### **5.9.1 - Transcrição das conversas grupais sobre o princípio de integralidade:**

Baseada na leitura de alguns estudos que adotam as proposições construcionistas na análise do *corpus* é possível dizer que a transcrição integral e

---

<sup>5</sup> Informação fornecida pela Profa Dra Marisa Japur em atividades de supervisão, em Ribeirão Preto, em 2010.



literal dos enunciados gravados, durante as conversas grupais, constitui um dos primeiros passos dessa. De acordo com Guanaes (2006); Rasesa e Japur (2007), por meio de um diálogo ocorre, nesse momento uma ativa produção de sentidos do pesquisador com o material coletado, de maneira que no final, o texto produzido organiza uma primeira impressão referente às conversações do grupo, assim como constitui o material com o qual o pesquisador irá dialogar.

Nesse sentido, as transcrições, neste estudo, foram feitas por mim, pesquisadora, por meio do registro da produção verbal dos participantes da pesquisa sobre o princípio de integralidade, acrescidas das observações e de outros elementos que atravessam a produção de uma transcrição nessa perspectiva, como: “o emprego de pontuações, a significação do tom afetivo presente nos enunciados e as tentativas de descrever expressões emocionais” (GUANAES, 2006, p.107).

No início de cada enunciado foram colocados os nomes fictícios e os respectivos cargos dos participantes. Os nomes de outras pessoas e locais citados, durante a conversa, também foram substituídos.

### **5.9.2 - Edição do material transcrito**

Após transcritas, as conversas grupais foram editadas por meio do uso de alguns recursos de visibilidade adaptados de Rasesa e Japur (2007) e Guanaes (2006), como:

\* *Uso de cores:* As cores foram usadas em trechos sequenciais das conversas, ajudando na visualização dos diferentes sentidos de integralidade produzidos a partir da conversa da pesquisadora com o material transcrito. A cada sentido produzido foi empregada uma cor específica. Este recurso visual favoreceu o pesquisador na localização no texto de análise, dos momentos em que apareceram os diferentes sentidos.

\* *A numeração sequencial das páginas e linhas:* A inserção de numeração sequencial nas páginas e nas linhas do material transcrito possibilitou a referência a trechos específicos da conversa, assim como pôde contribuir para a contextualização destes durante a análise processual dos sentidos de integralidade.

\* *Grifo dos trechos considerados de maior relevância do recorte por cores:* foi utilizado, como recurso de visibilidade para destacar o que disparou a pesquisadora pensar o sentido de integralidade produzido.

\* *Uso de quadro.* Esse teve o propósito de sistematizar o processo de análise, bem como facilitar a comunicação das etapas subsequentes do processo interpretativo. Ele foi organizado em três colunas: uma das conversas transcritas e editadas, outra dos sentidos de integralidade produzidos por mim e uma terceira dos discursos formais de integralidade (em anexo no CD).

### **5.9.3 - Construção de descrições sintéticas dos encontros grupais e de seus participantes**

Num esforço de produzir inteligibilidade, de favorecer futuros diálogos com os interlocutores desse estudo e dar contexto à interação grupal e aos participantes, durante as conversas sobre o princípio da integralidade apresentarei, na primeira parte da análise, algumas descrições gerais dos participantes e de cada um dos três encontros grupais.

### **5.9.4 - Leitura exaustiva e flutuante das conversas grupais sobre o princípio de integralidade transcrita e editada**

Guanaes (2006) diz que nesse passo, o pesquisador busca construir alguns sentidos em sua relação com as conversas grupais. Isso ocorre por meio da realização de diversas leituras, de um trabalho minucioso de diálogo com o material transcrito e editado, articulando com o objetivo do estudo.

Como já informado, à medida que íamos produzindo os sentidos esses eram destacados do material de análise por meio do uso de cores.

Ainda, nessa perspectiva de produção do conhecimento, o pesquisador busca produzir “relações ou conexões criativas entre os eventos estudados e os outros aspectos da vida social, ampliando as possibilidades de descrevê-lo, ao invés de buscar ter acesso à suposta natureza ou realidade das coisas” (GUANAES, 2006, p. 97).

Assim, durante a imersão no material minha atenção ficou centrada em dois aspectos da conversação – eixo de análise. Por um lado, fui destacando os sentidos de integralidade que a leitura daquele material fazia pra mim e por outro busquei entender, a partir desses sentidos, que discursos de integralidade, circulantes na literatura, nós, participantes recorreremos em nossas descrições, durante aquelas conversas grupais organizadas.

Para apreensão de tais discursos recorri às descrições e aos desdobramentos de integralidade produzidos por Mattos (2006a, 2006b) e outros pesquisadores do Grupo de Pesquisa CNPq LAPPIS, com os quais dialoguei na produção do referencial teórico deste estudo, conforme Quadro 01 (pág. 64).

Desse modo, construí as seguintes tematizações, em torno das quais produzi o processo de análise:

- Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade, enquanto um atributo das práticas dos trabalhadores;
- Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade enquanto um atributo da organização dos serviços de saúde.

#### **5.9.5 - Seleção de momentos da produção dos sentidos de integralidade**

Com base nos recortes editados por cores, construídos acima, minha orientadora e eu selecionamos diferentes momentos da conversa grupal, a partir de sua fertilidade, para dar visibilidade aos sentidos de integralidade produzidos.

Esses momentos, segundo Guanaes e Japur (2008) funcionam como eixos norteadores, na produção da análise processual.

#### **5.9.6 - Análise dos momentos selecionados**

Conforme Camargo-Borges (2002) a partir das atividades anteriores, organiza-se um conjunto de subtemas, que nesse momento, no processo de análise busca-se construir uma descrição da análise realizada, por meio da explicitação de exemplos dos momentos extraídos da conversa grupal, utilizando uma linguagem textual.

Em outros termos Guanaes e Japur (2008) dizem que o pesquisador, nessa etapa, tem como objetivo dar forma à diversidade de sentidos produzidos, a partir do seu diálogo com as trocas interativas entre os participantes no grupo. Dessa maneira, cabe ao pesquisador propiciar uma narrativa compreensiva, com base nos eixos que ele construiu, que em grande medida preservará relação tanto com o objetivo do estudo, quanto com o contexto investigado.

Assim, pautada pelos sentidos produzidos, na relação com o material e pelos discursos de integralidade identificados, buscamos construir conexões. Num primeiro momento, entre os sentidos e os discursos de integralidade e num segundo, entre esses e suas implicações para operacionalizar as propostas trazidas pelo SUS.

## 6 - DESCRIÇÕES GERAIS SOBRE O GRUPO E SEUS PARTICIPANTES

Com base na perspectiva sócio construcionista já descrita, nesse momento, com o objetivo de situar o leitor na compreensão da pesquisa desenvolvida, busquei fazer algumas descrições sobre o funcionamento dos encontros grupais e sobre os seus participantes.

### 6.1 - Descrições dos participantes do grupo

Conforme já mencionado nesse estudo, consideramos útil realizar as descrições dos participantes a partir de duas perspectivas – as deles e a minha. As deles foram sugeridas de maneira livre, após o desenvolvimento das nossas conversas sobre o princípio de integralidade, e estão organizadas no quadro abaixo, conforme iam se apresentando.

Já as minhas descrições sobre eles, se basearam na vivência daqueles momentos, como pesquisadora, em convivências anteriores, assim como em conversas individuais com cada participante para levantar alguns dados formais (idade; sexo; estado civil; escolaridade; tempo de atuação no setor saúde; em ESF e naquela equipe; participação em outras atividades; além das exercidas na ESF; e motivos que levaram a atuar na ESF). Todos escolheram seus nomes fictícios com o propósito de garantir o anonimato.

#### Quadro 02 - Descrição dos participantes do grupo

<b>Os participantes do grupo, de acordo com:</b>	
suas próprias descrições.	as minhas descrições (pesquisadora).
<p><b>Esperança (repcionista):</b> “meu nome é Esperança, tenho 51 anos... sou casada há 27 anos, tenho 3 filhos. Sou uma pessoa normal, como qualquer outra. Gosto de levar as minhas coisas a sério. Não gosto assim de brincadeiras, sou mais assim... sou muito autêntica também, dinâmica. Falo o que penso, não mando recado. Às vezes, me complico um pouquinho, às vezes não. Mas, o que eu tenho que falar sou franca e direta. E gosto do que eu faço.</p>	<p>Esperança: é recepcionista na equipe, 51 anos, casada, ensino médio completo. Atua na área de saúde e em SF há 9 anos, já trabalhou como ACS e na equipe atual está como recepcionista há 4 anos. Além dos compromissos com esse cargo, dedica-se às atividades domiciliares e aos cuidados com a família. O que a motivou atuar em SF foi a possibilidade de poder ajudar a resolver os problemas das pessoas, a ação de dividir e compartilhar com o outro e não apenas a questão de ocupar um espaço. Esperança é uma pessoa falante, líder na equipe, dedicada, atenciosa, super compromissada</p>

	com suas responsabilidades e preocupada em fazer o melhor no seu desempenho para atender as necessidades do outro.
<b>Nilmar (ACS):</b> “sou agente comunitário de saúde. Trabalho no SF já há 6 anos... é... sou amigado, tenho um filho, que dá um trabalho lascado! É... como agente de saúde, é um serviço muito gratificante... porque quando a gente recebe um obrigado de um paciente, a gente ganha o dia. Então, isto daí é... muito, muito, muito importante. Então, acaba não valendo a pena nem é o salário, que a gente recebe. Porque... se fosse pra gente trabalhar só pelo salário, nem trabalharia. Mas, é... muito gratificante. É isto! E eu gosto de trabalhar com o povo.”	Nilmar: é ACS, o único homem na equipe, 31 anos, amasiado, ensino médio completo. Atua na área de saúde há 6 anos, como ACS e na equipe atual há 4 anos. Além dos compromissos com esse cargo, dedica as atividades de <i>barmen</i> , nos finais de semana. O que o motivou a atuar em SF foi a oportunidade de ajudar as pessoas e de poder oferecer às mesmas um pouco mais de igualdade, conforto e solidariedade. Nilmar é um sujeito alegre, brincalhão, falante, batalhador, comprometido com suas responsabilidades de ACS e com seus pacientes.
<b>Cristina (ACS):</b> “meu nome é Cristina, eu tenho 26 anos, sou casada... faz 10 anos, tenho um filho. Trabalho de agente de saúde faz 4 anos... antes disso eu já tive outro emprego. Eu era doméstica... trabalhei 9 anos no outro emprego... é... agora, eu sou agente de saúde. No momento, eu também sou estudante de enfermagem... trabalho aqui porque eu gosto. Gosto de mexer com a população... gosto de interagir... Eu procuro tá atendendo à população, tentando resolver os problemas. Mas, às vezes, eu acho que não é o suficiente. Por isso eu estou estudando pra ver se melhora um pouco o cargo, pra ver se eu consigo ter mais resolutividade assim, frente a população. E, atualmente eu ando meio que assim desiludida porque eu fico vendo assim, na enfermagem, como que os profissionais são desumanos. Trabalham como se fosse um mecanismo, uma máquina ali, pega e faz as coisas tudo é... robótica, parece, não tem aquele carinho, não faz com aquele amor. Faz por fazer. São atos automáticos. Isto me deixa um pouco triste.”	Cristina: é ACS, 26 anos, casada, ensino universitário incompleto. Atua na área de saúde há 4 anos, como ACS, 3 anos e 10 meses na equipe atual. Além dos compromissos com esse cargo, dedica-se a atividades domiciliares e faz curso de graduação em enfermagem à noite. O que a motivou atuar em SF foi a vontade de ajudar a resolver os problemas e as necessidades das pessoas, buscando satisfação das mesmas. Cristina, naquela ocasião, era minha aluna no curso de graduação já há um semestre. Ela é uma pessoa bastante esforçada, lutadora, atenciosa, interessada em crescer, em ser uma pessoa tecnicamente competente. É também comprometida com suas responsabilidades de ACS.
<b>Ana (ACS):</b> “sou a Ana , tenho 24 anos. Sou agente comunitária de saúde. Trabalho há 4 anos e meio na área de saúde... Embora, ainda, não seja realizada profissionalmente, porque é o meu primeiro emprego. É... eu gosto do que eu faço, porque eu posso ajudar as pessoas. Às vezes, também a gente tem que pensar muito assim... que o nosso serviço ajuda as pessoas. Porque se a gente ficar pensando no salário no final do mês, a gente desanima um pouco (riso discreto). Mas, eu gosto. Eu gosto de trabalhar aqui. Eu gosto dessa equipe... e já trabalhei em outra equipe... e é isto.”	Ana: é ACS, 24 anos, solteira, ensino médio completo. Atua na área de saúde há 4 anos, como ACS, 2 anos e 3 meses na equipe atual. Além dos compromissos com esse cargo, dedica-se a atividades domiciliares e faz curso técnico em administração à noite. O que a motivou atuar em SF foi o querer ajudar as pessoas. Ana é uma pessoa jovem, calada e quieta.

<p><b>Maria Joana (ACS):</b> “sou Maria Joana, 22, 22 ou 23? (risos). 22 ainda, né? 22 anos. Sou formada em enfermagem. Sou ACS, aqui na, na unidade. Trabalho há seis meses só. Ainda não estou realizada, porque apesar de trabalhar na área que eu gosto, não recebo o salário que eu sou formada. Porque eu trabalho como agente... mas, eu gosto de trabalhar na área de saúde pública e... eu quero continuar. Eu não quero trabalhar em particular e nem em hospital. Gosto de saúde pública. Solteira, não tenho filhos... sou livre e desimpedida. (risos)”</p>	<p>Maria Joana: é ACS, 22 anos, solteira, ensino universitário completo. Atua na área de saúde há 4 anos e 6 meses. Como ACS e na mesma equipe há apenas 6 meses. Além dos compromissos com esse cargo dedica-se a atividades domiciliares e outras, não especificadas. O que a motivou atuar em SF foi a oportunidade de prestar um concurso público e continuar atuando na área de saúde. Maria Joana foi minha aluna no curso de graduação em enfermagem, é uma pessoa batalhadora e preocupada em oferecer os melhores cuidados à sua família.</p>
<p><b>Carmem (ACS):</b> “Bem! Meu nome é Carmem. Eu sou ACS. Tenho 41 anos. Estou quase aposentando! (em tom de voz mais baixo e de brincadeira) (risos). É... eu gosto mesmo, bastante de trabalhar... nessa, nessa profissão. É... é bastante gratificante poder ajudar as pessoas, principalmente, aquelas carentes de informação e de atenção. Assim... apesar de que a gente, às vezes, fica um pouquinho assim... frustrada, estressada... (risos). Mas, a gente sabe que faz parte da profissão, né? E... às vezes, uma coisa não resolve da forma como a gente queria... Mas, outras já têm um resultado muito bom, né? E, faz parte. Isso toda profissão tem. Casada e tenho dois filhos...”</p>	<p>Carmem: é ACS, 41 anos, casada, ensino médio completo. Atua na área de saúde há 4 anos, como ACS e na mesma equipe. Além dos compromissos com esse cargo, dedica-se a atividades domiciliares e faz curso técnico em radiologia à noite. O que a motivou atuar em SF foi o querer mudar de área de atuação, sair do comércio e a oportunidade de participar de um concurso público. Carmem é uma pessoa delicada, atenciosa, brincalhona e compromissada com suas responsabilidades. Foi com ela que eu estabeleci os primeiros contatos para me aproximar dos outros membros da equipe.</p>
<p><b>Camila (médica):</b> “sou médica... me formei em 2009. Sou solteira, meu primeiro emprego foi no SF, nessa equipe... e pretendo me especializar em Radiologia.”</p>	<p>Camila: é médica na equipe, 28 anos, solteira, ensino universitário completo, é recém-formada. Atua na área de saúde, em SF e na mesma equipe há 6 meses. Além dos compromissos com esse cargo, dedica-se a outras atividades como plantonista. O que a motivou atuar em SF foi a oportunidade que esse espaço oferece como fonte de aprendizado e de crescimento profissional e pessoal. Camila é uma pessoa que fala pou-co, reservada, colaborativa, compromissada com suas responsabilidades de médica da equipe de SF e com os sofrimentos e modos da andar a vida das pessoas que atende.</p>
<p><b>Sorriso (técnica de enfermagem):</b> “sou uma pessoa que gosta da vida, de sorrir, de música, mas aceito as dificuldades que ela me traz, buscando sempre uma alternativa que me faça feliz e a todos, que estão próximos de mim. Pois, ninguém é 100%, temos defeitos, mas precisamos viver com as diferenças. Faço academia e me preocupo com minha família. Às vezes, fico</p>	<p>Sorriso: é técnica de enfermagem da unidade, 49 anos, casada, ensino médio completo. Atua na área de saúde e como técnica de enfermagem há 5 anos. Na atual equipe há 9 meses. Além dos compromissos com esse cargo se dedica às atividades domiciliares. O que a motivou atuar em SF foi a oportunidade de ajudar as pessoas. Sorriso é uma pessoa participativa, alegre,</p>

<p>triste por não fazer tudo como queria. Sou mãe, avó. Sempre estou estudando e nunca deixo de tentar novamente.”</p>	<p>dinâmica e responsável com suas responsabilidades de técnica em enfermagem.</p>
<p><b>Katrina (ACS):</b> “Bom! Meu nome é Katrina. Sou ACS há 4 anos... Gosto do que eu faço. Só que eu sou muito preocupada. (riso nervoso) E isto me atrapalha um pouco. Mas... tudo bem, tá valendo... vamos tentando. É... tenho uma filha de 8 anos... que é a razão de minha vida. Sou mãe solteira... (riso) Sou mãe solteira, porém, consciente. E é só.”</p>	<p>Katrina: é ACS, 41 anos, solteira, ensino médio completo. Atua na área de saúde há 4 anos, como ACS e na mesma equipe. Além dos compromissos com esse cargo, dedica-se as atividades domiciliares. O que a motivou a atuar em SF foi a oportunidade de participar de um concurso público. Katrina é uma pessoa muito séria, calada, reservada. Porém, muito responsável e compromissada com suas responsabilidades de ACS.</p>
<p><b>Juliana (coordenadora das equipes SF):</b> “sou enfermeira, atuo na coordenação da Atenção Primária à Saúde e como docente nos cursos técnico e de graduação em enfermagem. Considero-me uma pessoa realizada pessoalmente e profissionalmente. Às vezes, me sinto um pouco sobrecarregada por acumular funções, porém feliz”.</p>	<p>Juliana: é coordenadora municipal das equipes de SF, 28 anos, solteira, ensino universitário completo e mestre. Atua na área de saúde há 7 anos, em SF há 6 anos. Além dos compromissos com esse cargo dedica-se a atividades de docente à noite. O que motivou a atuar em SF foi o processo de trabalho da Estratégia, o desafio de atuar dentro da proposta de organização da atenção à saúde e consolidação do SUS. Juliana é uma pessoa inteligente, compromissada com suas responsabilidades e muito competente tecnicamente. Os meus primeiros contatos com ela foram durante a graduação em enfermagem, quando desenvolvia atividades de supervisão de estágios. Depois fomos colegas de trabalho. Na ocasião, além de ser companheira na busca de operacionalizar o SUS, é uma grande amiga.</p>
<p><b>Gabriela (psicóloga):</b> “sou psicóloga, formada há 19 anos, tenho 42 anos, sou casada, tenho um filho de 14 anos. Já trabalhei como conselheira tutelar há 4 anos, em hospital psiquiátrico há 12 anos, no Centro de Apoio Psicossocial II há 6 meses, em consultório particular 2 anos. Agora, há 2 meses estou no NASF. É um trabalho novo, mas muito rico, gratificante e com muitos desafios”.</p>	<p>Gabriela: é psicóloga do NASF, 42 anos, casada, ensino universitário completo. Atua na área de saúde há 19 anos, em SF é recém-chegada. Seus compromissos profissionais são exclusivos a esse cargo. O que a motivou atuar em SF foi a oportunidade de participar de um processo seletivo. Gabriela foi a pessoa que teve menos contato dentre os participantes do grupo. Porém, ela me pareceu uma pessoa calma, atenciosa e disposta a atuar nessa nova proposta de apoio às equipes de SF.</p>
<p><b>Elexandra (pesquisadora):</b> tenho 32 anos, sou solteira, enfermeira, pesquisadora, docente em um curso de graduação em enfermagem. Desde que me formei, há 10 anos tenho atuado junto a equipes de SF, seja de forma direta, como enfermeira, seja de maneira indireta, como docente, acompanhando acadêmicos em aulas práticas ou estágios nesse contexto. Atualmente, sou pós-graduanda e tenho um desafio de construir uma tese numa perspectiva um pouco diferente da que estou acostumada a fazer pesquisa. Mas, isto, ao mesmo tempo em que suga dedicação, esforço e motivação, gera novos conhecimentos, buscando uma maneira de atuar mais respeitosa para com o outro.</p>	

Nas descrições de si, os participantes abordaram características pessoais, dados sobre a vida profissional e pessoal. Pelas descrições da pesquisadora é possível dizer que algumas características variaram, outras parecem comuns como, predominância de pessoas adultas jovens, com grau de escolaridade coerente com sua ocupação e com um tempo de atuação em SF acima de quatro anos. Tempo esse, marcado pelo período entre realização de um concurso público municipal e a data da pesquisa.

Grande parte dos participantes desenvolvia, naquele momento, outras atividades, além das vinculadas à ESF, buscando aumentar sua rentabilidade ou ainda ampliar sua formação. Dentre os motivos que os levaram a atuarem na ESF apareceu com destaque a afinidade com as atividades propostas pela estratégia, a oportunidade de ajudar as pessoas e ainda a oportunidade de prestar um concurso público e ter seu emprego “garantido”.

## **6.2 – Descrição do grupo**

Falarei do grupo enquanto uma construção social, uma prática discursiva, conforme as descrições trazidas por Rasesa e Japur (2007). Nesse sentido, falar do grupo compreende também em descrevê-lo de determinadas formas, com maneiras de funcionamento e características singulares.

Assim, passo a descrevê-lo, enfatizando seu caráter local das trocas dialógicas entre os participantes e dos relacionamentos, o que de acordo com Guanaes (2006, p. 117) contrapõe a “essencialização e reificação de um único discurso sobre ele”. Nessa direção, a descrição do grupo aqui apresentada, a partir de minha posição, enquanto pesquisadora constituiu-se uma dentre as muitas possíveis sobre ele. Essa foi organizada através de narrativas gerais de cada encontro construído com a terceira equipe de SF.

### **6.2.1 - Primeiro encontro grupal – construção de um contexto conversacional**

Em dia e horário agendado com a ACS, realizamos o primeiro encontro grupal.

Rasesa e Japur (2007) descrevem esta prática como conversas iniciais ou ainda como sessões de preparação, cuja função é promover uma participação mais



ativa, confortável das pessoas, reduzindo “expectativas irrealistas e conseqüentemente, o nível de atrito e ansiedade grupal e a taxa de abandono dos participantes” (p. 119).

Essas conversas foram desenvolvidas na própria unidade, no horário de atuação dos trabalhadores, numa terça-feira à tarde, num espaço de reuniões, onde tinha uma mesa grande com cadeiras em volta, estando uma de suas cabeceiras encostada na parede e sob a mesma havia disponível papéis e canetas para os participantes utilizarem, caso sentissem a necessidade de fazer alguma anotação.

Nesse dia estavam presentes nove membros da equipe (Camila, Esperança, Nilmar, Cristina, Maria Joana, Ana, Sorriso, Katrina e Carmem) e eu, pesquisadora.

*- Delimitação de algumas condições para conversarmos sobre o princípio da integralidade: o contrato grupal*

Após aproximações da equipe, convite a participarem do estudo e obtenção do consentimento, assim como entendendo a construção do grupo como uma prática social, dialógica e relacional, convidei os trabalhadores para construir uma maneira de realizar, de fazer acontecer as próximas conversas grupais por meio da delimitação de um contrato grupal, a fim de que todos participantes se sentissem mais confortáveis possíveis e como corresponsáveis pelas produções.

Então, entreguei a cada participante uma folha, contendo algumas questões de preparação e solicitei que refletissem um pouco sobre elas durante o intervalo que tínhamos até o segundo encontro. Essas foram apresentadas da seguinte forma:

“Nós queremos descrever como os trabalhadores de equipes de SF entendem “o que é integralidade”. Assim, nós sabemos que o SUS preconiza a integralidade como um princípio orientador para repensarmos, reorganizarmos as práticas e os serviços de saúde. Por outro lado, sabemos também que existe um desencontro entre o que o trabalhador de saúde quer oferecer, em relação à integralidade e o que o usuário pede, fazendo geralmente pedidos específicos e pontuais. Mas, imaginemos que os usuários, ao procurarem um serviço de saúde, realmente entendam o que é o princípio da integralidade. A partir desse pensamento, perguntamos:

- O que os usuários fariam de diferente do que eles fazem hoje?

- Que tipo de pedidos (necessidades, problemas) estes usuários fariam?
- Como os usuários abordariam você com os pedidos (necessidades, problemas) deles?
- O que você faria de diferente do que você faz hoje?
- Como você abordaria os usuários?
- De que maneira o entendimento dos usuários sobre integralidade libertaria você para realizar seu trabalho?"

Deixar estas questões com os participantes teve o propósito de criar um contexto de reflexão e de produção de possíveis descrições em torno do que seria a integralidade. Em outros termos, a intenção era ajudar os participantes a se prepararem para uma conversa sobre esse princípio e a construírem aproximações do que iriam falar durante o próximo encontro, reduzindo suas fantasias e ansiedades.

Dessa maneira eles ficaram livres para buscarem em livros e em internet, consultar alguns trabalhadores ou simplesmente refletirem sobre elas, tentando respondê-las.

Ao construí-las, utilizamos como estratégica o foco no usuário e no futuro. A primeira ação foi adotada para possibilitar uma abertura às conversas e evitar que os participantes trouxessem descrições teóricas de discursos dominantes, padronizados, deixando-os mais livres para falar sobre a integralidade.

Já a segunda, ou seja, a orientação no futuro foi pautada pelos dizeres de Rasesa e Japur (2007), quando afirmam que essa forma de se orientar busca antecipar o que vai acontecer, definir uma situação, contribuindo de maneira específica para a sua construção, uma vez que permite uma negociação entre os sujeitos envolvidos. Diferente de manter o foco no passado ou em um problema, de buscar um culpado, as causas e consequências de algo, que não está dando certo.

De certa forma essas ações surtiram efeitos como, interesse em pesquisar na internet, em materiais existentes na unidade, tentando responder às questões de preparação (relato da primeira equipe); curiosidade em saber o que era integralidade, disparando conversas informais nos momentos dos cafezinhos e busca em livros (relato da segunda equipe); por fim, reflexões sobre o que pensavam ser esse princípio, correlacionando com histórias vivenciadas em suas práticas (relato da terceira equipe), mesmo de forma enxuta, com pouco tempo de dedicação.

Após a entrega e leitura das “questões de preparação” os participantes e eu, negociamos algumas condições a partir de algumas questões orientadoras, a fim de definirmos sobre o que iríamos conversar, quando, onde, com que pessoas, de que forma, dentre outras, que se encontram no final do trabalho (Apêndice B).

Rasera e Japur (2007) afirmam que o desenvolvimento desse tipo de conversa permite a construção de determinadas condições comuns de entendimentos, um conjunto de descrições que se referem à ampliação das possibilidades de diálogo, de produção de sentidos, em que o pesquisador e os demais participantes do grupo atuam conjuntamente nessa delimitação, por meio de interações negociadas sobre vários aspectos, que podem ser renegociados e transformados no decorrer do grupo.

Como resultados dessas conversas fechamos: que não inseriríamos mais questões às já propostas para reflexão, por acharmos as mesmas bastante completas para discutirmos; que o próximo encontro seria dali há quatro semanas, se iniciaria às 13:30 horas, na própria unidade, com duração prevista em torno de três à quatro horas.

Para participarem do próximo encontro os membros da equipe iriam se organizar através das seguintes ações:

- \* colocar cartazes na unidade, informando aos usuários sobre a atividade de pesquisa e a necessidade de fechamento desta para o desenvolvimento. Essa informação também seria passada durante as visitas;
- \* concentrar algumas atividades (curativos) na parte da manhã;
- \* não agendar atendimento médico para a parte da tarde;
- \* pedir aos usuários, que necessitassem de receitas e exames agendados naquele dia que buscassem na unidade até às 13 horas;
- \* comunicar à coordenação das equipes sobre o fechamento da unidade no período da tarde para trabalharmos as reflexões sobre a integralidade.

Como expectativas, alguns participantes relataram que esperavam entender mais, aprender muito, certinho, com a opinião de cada um, o que era a integralidade, que estava sendo bastante falada na proposta do Plano Diretor. Que, por eles estarem vivendo essas mudanças, entender sobre a integralidade, naquele momento, iria ajudá-los muito. Esperavam ainda “receber” conhecimentos da pesquisadora e aprender muita coisa.

Essas expectativas foram trabalhadas, esclarecendo que tentar entender mais sobre a integralidade também era uma intenção nossa, que eu não estava ali para passar, sozinha, nada para eles e sim para que pensássemos e apreendêssemos juntos, que nos próximos encontros iríamos tentar construir uma forma de pôr a integralidade para funcionar, mas que isso dependeria também da prática deles no dia a dia, após aquelas atividades.

*- A composição do grupo para conversarmos sobre o princípio da integralidade*

Partindo do entendimento do grupo enquanto um processo negociado, que inicia desde a sua composição, convidei os participantes a pensarem se sentiam necessidade de convidar mais alguma pessoa para participar das nossas próximas conversas.

Após algumas discussões o grupo sugeriu que fossem convidadas mais três pessoas, sendo elas: a coordenadora das equipes de SF, uma professora do curso de graduação em enfermagem e uma terapeuta ocupacional, que atuava numa unidade básica de saúde próxima à área de abrangência da equipe. Tal convite foi sugerido a partir de algumas descrições produzidas pelos membros da equipe sobre as mesmas, que diziam ser pessoas abertas, dispostas e compromissadas com o que faziam. Nesse sentido, poderiam contribuir na produção de sentidos sobre integralidade.

Assim, me comprometi a convidá-las. Num primeiro momento, entrei em contato por telefone com todas para viabilizar o agendamento de um horário, que eu pudesse falar pessoalmente sobre o estudo e sua finalidade, assim como formalizar o convite às mesmas para participarem da coleta de dados.

Com a coordenadora das equipes de SF foi fácil. Pois, a mesma, já conhecia o projeto de conversas anteriores. Dessa maneira, esclareci apenas algumas dúvidas e repassei o convite do grupo. Ela aceitou, procedeu à leitura e assinatura do TCLE, ficando com uma cópia. Deixei ainda, nessa ocasião uma folha com as “questões de preparação”.

Com as outras duas pessoas sugeridas pelo grupo consegui falar pessoalmente com cada uma, em seus respectivos espaços de trabalho. Porém, elas argumentaram não haver possibilidade de contribuir, naquela ocasião, nem com a pesquisa, nem com o grupo, por atuarem no mesmo horário proposto para as discussões, sem possibilidade de adiarem ou cancelarem seus compromissos.

- *A entrada da uma profissional do NASF no grupo* - No dia agendado para o nosso segundo encontro grupal cheguei à unidade e encontrei uma profissional do NASF – uma psicóloga – que era recém-conhecida pela equipe e nessa condição, apresentava suas propostas de trabalho aos ACS.

Entendendo que ela também iria atuar com a equipe, ampliando a possibilidade de ajudá-la a produzir e operacionalizar sentidos de integralidade, negociei como o grupo a possibilidade de sua participação na conversa proposta para aquela tarde e na(s) subsequente(s). Isso, conforme Rasera e Japur (2007, p. 95) visa com “que cada participante se coloque de maneira compromissada com o outro, numa posição que possa facilitar as negociações no grupo”.

O grupo aceitou. Assim, realizei uma rápida conversa com a profissional me apresentando, repassando as informações sobre a pesquisa e realizando o convite a participar da mesma. Ela aceitou, assinando o TCLE.

#### - *Construção de acordos de convivência*

Ainda com o propósito de se criar as melhores condições conversacionais possíveis para a produção dos sentidos de integralidade construímos alguns acordos de convivência<sup>6</sup>. Solicitei a cada participante que pensasse e escrevesse alguns pedidos, que gostaria de fazer para os outros participantes e para mim (pesquisadora) para que durante as próximas conversas do grupo pudesse se sentir confortável. Além de pedidos, solicitei que pensassem também em ofertas, que poderiam fazer para que os outros também se sentissem confortáveis. Falar sobre isso objetivou posicionar cada membro do grupo como corresponsável pela sua produção, portador de diferentes obrigações e direitos durante sua participação na construção das informações.

Após uns dez minutos de reflexão, solicitei que cada um escolhesse e falasse um pedido que tinha para os outros do grupo. Informei-os de que essa fala poderia ser feita por meio de palavras ou expressões, de maneira ‘telegráfica’, para que pudéssemos ir abrindo algumas conversas. À medida que iam falando, eu ia registrando em papel *kraft*, fixado na parede.

Findada a rodada de pedidos, investiguei junto aos participantes se algum deles tinha ainda algum pedido escrito, em seus registros e que não havia sido

---

<sup>6</sup> Este procedimento utilizado na construção do contexto conversacional do grupo foi inspirado em minha participação em grupos coordenados por Profa. Dra Marisa Japur (2009).

falado. Responderam que não. A partir daí, eu os convidei a refletirem sobre os significados daquilo que falaram, fazendo perguntas a quem fez o pedido, mas abrindo também aos outros, para que trouxessem seus entendimentos, que poderiam ser semelhantes ou diferentes daquele expressado.

Como exemplo, o pedido de silêncio. Pergunta para reflexão: ‘Como você sente que está acontecendo silêncio?’ ‘Que ação o outro deve fazer para você entender que ele está lhe oferecendo silêncio?’

Isso foi feito, de maneira semelhante, também para as ofertas. Exemplo: Silêncio. ‘Que ação você fará para mostrar para o outro que você está fazendo silêncio?’

Japur (2009) enfatiza que esse processo conversacional é central rumo a começar-se a criar um espaço de escuta das diferenças de forma respeitosa, de questionamento do óbvio, ajudando a instrumentalizar as pessoas para se relacionarem com mais facilidade entre si, produzindo conversas “organizadas” (informação verbal)<sup>7</sup>.

Em outros termos, esse processo de negociação funciona como ferramentas, possibilidades das pessoas criarem acordos de convivência, de coordenação de ações sem abrir mão das próprias necessidades. Nesse sentido, pensamos que essas ferramentas podem ajudar o grupo a conviver em equipe, uma vez que elas criam também possibilidades para as pessoas se conhecerem melhor em relação a desconfortos e às expectativas produzidas no dia a dia de convivência.

Ao final, obtivemos a construção que segue nos quadros abaixo. Essa, conforme negociações, valeria para os demais encontros, enquanto estivéssemos juntos, sendo passível de renegociação.

- *Acordos de convivência*

**Quadro 03** - Pedidos dos participantes do grupo para os demais

<b>Pedidos</b>	<b>Desdobramentos</b>
- Silêncio	→ sem conversinhas paralelas enquanto uma pessoa estiver falando; → saber ouvir, prestando atenção.
- Educação/Respeito	→ respeitar o que o outro falar sem ficar criticando, mesmo que não concorde; → saber trabalhar com o diferente; → confiar, cuidar do outro para que ele se sinta bem.

<sup>7</sup> Informações fornecidas pela Profa Dra Maria Japur em atividades de grupais, em Ribeirão Preto, em 2009.

- Ética	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ se tiver que fazer algum comentário/crítica sobre a atuação do outro no grupo, que seja feito para o grupo;</li> <li>→ caso alguém sinta-se desconfortável por alguma situação, que exponha para o grupo, a fim de que se possa pensar, pensarmos, discutir e chegar a decisões compartilhadas;</li> <li>→ não falar mal do serviço ou de alguma pessoa que nele atua;</li> <li>→ ter compromisso de pôr em prática o que for produzido nas discussões sobre integralidade.</li> </ul>
- Organização	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ pedir oportunidade para falar, levantando a mão;</li> <li>→ não fugir muito do assunto → caso alguém sinta que isto esteja acontecendo trazer/falar para o grupo analisar;</li> <li>→ evitar interrupções, saídas → caso sejam necessárias que resolva o que tiver que resolver e volte logo;</li> <li>→ evitar de falarem ao mesmo tempo que o outro participante devido a gravação.</li> </ul>
- Participação	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ estar inteiramente presente, partilhando pensamentos e reflexões para produzirmos os sentidos de integralidade;</li> <li>→ expor para o grupo o que estiver vindo na mente, sem ficar preocupado se está certo ou errado;</li> <li>→ durante a conversa, se algum participante sentir que está produzindo algum sentido, que registre em seus papéis de anotações para, posteriormente, ser construído um quadro resumo.</li> </ul>

#### Quadro 04 - Pedidos do grupo para a pesquisadora

Pedidos	Desdobramentos
- Dar o seu melhor desempenho	→ esclarecer dúvidas; trocar experiências; conhecimentos para facilitar a compreensão da integralidade.
- Dar um retorno à equipe sobre o que for produzido durante as discussões:	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ dizer se o pensamento da equipe sobre a integralidade está “coerente teoricamente” com o que é proposto para ser aplicado;</li> <li>→ dizer se está sendo útil para a pesquisa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não esquecer o café;</li> <li>- Fornecer certificado de participação aos membros das equipes.</li> </ul>	

#### Quadro 05 - Ofertas das pessoas para o grupo

Ofertas	Desdobramentos
- Silêncio	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ não conversar enquanto uma pessoa estiver falando;</li> <li>→ ouvir, prestar atenção, fazer algum registro sobre o que estiver ouvindo, caso considerar necessário.</li> </ul>
- Educação/respeito	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ não criticar o que o outro falar;</li> <li>→ considerar que cada um tem uma forma de pensar, de se expressar;</li> <li>→ ouvir as necessidades do outro e tentar ajudá-lo.</li> </ul>
- Ética	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ falar para o grupo quando não concordar com alguma coisa ou com a fala de alguém;</li> <li>→ opinar nas decisões do grupo;</li> <li>→ evitar de falar mal do serviço ou de algum colega;</li> <li>→ comprometer a pôr em prática, dentro das possibilidades da equipe, a integralidade.</li> </ul>
Organização	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ levantar a mão quando quiser falar;</li> <li>→ reorganizar os compromissos para que quando estiver</li> </ul>

	participando não tenha necessidade de ficar saindo; → deixar o celular desligado ou no silencioso.
Participação	→ participar das discussões, dando opiniões, falando o que pensa sobre aquilo que estiver conversando, anotando alguma coisa, esclarecendo alguma dúvida; → estar em silêncio, mas prestando atenção.

#### **Quadro 06 - Ofertas da pesquisadora para o grupo**

<b>Ofertas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço em que todos terão oportunidade de falar e ser ouvido;</li> <li>- Sigilo quanto à identificação dos participantes (nome fictício), respeito, amizade, conhecimento e experiência;</li> <li>- Curiosidade e uma postura de parceira na construção das discussões;</li> <li>- Tentar proporcionar as melhores condições possíveis para todos se sentirem confortáveis durante nossos encontros;</li> <li>- Trazer o café;</li> <li>- Solicitar junto a minha orientadora a emissão dos certificados de participação.</li> </ul>

Segundo Rasera e Japur (2007) essa construção de acordos de convivência visa posicionar os participantes como membros ativos na produção do grupo. Trata-se de uma maneira de “construir com cada participante um pedido e uma posição para si próprio, para o pesquisador e os outros participantes na construção conjunta do grupo” (p. 109).

Esse processo de construção foi bastante interessante e respeitoso, por ter possibilitado a participação de todos como coautores, numa posição de troca, de negociação, de responsabilização, criando condições de ofertas e doações compromissadas para se envolverem no desenvolvimento da coleta dos dados.

Porém, essa construção gerou estranhamentos para todas as equipes, manifestando em demora na construção; risos intensos e nervosos durante essa e dificuldade de compreender o que deveria ser feito. Acredito que isto tenha acontecido pela pouca familiaridade dos participantes da pesquisa com esse tipo de procedimento.

De acordo com Hyde e Bineham (2000) oferecer uma inteligibilidade diferente da que as pessoas estão acostumadas, dentro de um campo de conhecimentos e práticas, pode ser uma tarefa complicada. Quebrar o paradigma hegemônico moderno da saúde, pautado em relações hierarquizadas, no tecnicismo, na distância entre teorias e práticas para oferecer um outro, fundamentado no processo de produção da realidade nas relações, caracteriza-se como um desafio, justamente por estarmos inseridos e vivenciarmos ainda uma forte cultura individualista.



### **6.2.2 - Segundo encontro grupal – produção de descrições sobre o princípio de integralidade, trabalhadas na análise**

O grupo foi constituído pela participação de doze pessoas (Esperança, Nilmar, Cristina, Maria Joana, Ana, Camila, Juliana, Sorriso, Gabriela, Katrina, Carmem e eu - pesquisadora), dispostas em torno de uma mesa, no mesmo espaço em que ocorreram as conversas de preparação e teve uma duração aproximada de três horas.

Iniciei perguntando se havia alguém que não conhecia algum dos demais participantes presentes. Responderam que todos já se conheciam. Assim, a fim de situar a coordenadora das equipes de SF e a psicóloga, que não estavam presentes nas nossas conversas de preparação fiz uma breve explanação sobre como essas aconteceram e o que havíamos produzido.

Em seguida realizei uma leitura dos pedidos e das ofertas pactuados pelo grupo (acordos de convivência), que foram apresentados em papel *kraft*, fixado na parede; convidei as “novas” participantes a fazerem seus pedidos e ofertas, mas as mesmas disseram que, dentre os trazidos, os seus já estavam contemplados. Então, solicitei ao grupo que analisasse o que estava escrito e verificasse a necessidade de retirar, modificar ou acrescentar alguns dizeres. No entanto, ninguém se manifestou. Dando continuidade às atividades e buscando maior conforto, convidei os participantes a construirmos uma sequência dos acontecimentos para aquela tarde.

Após algumas sugestões o grupo definiu que primeiro conversaríamos para produzirmos os sentidos de integralidade, depois pararíamos para fazer um intervalo e tomarmos um lanche e por fim construiríamos um resumo sobre os sentidos produzidos, a partir de anotações que deveriam ser feitas por cada participante, durante a nossa conversa, ao sentir que o grupo estivesse produzindo algum sentido sobre a integralidade.

Com base nessa sequência aconteceram nossas conversas grupais, cujo objetivo era possibilitar um contexto em que tivéssemos oportunidades de produzirmos sentidos sobre o princípio da integralidade conjuntamente, por meio da promoção de conversas dialógicas.

O contrato de convivência, as questões deixadas para preparação, o convite para participarem de uma pesquisa, a minha presença como pesquisadora, por ocasião da constituição do grupo, delimitaram alguns conteúdos e possibilidades de conversas para esse grupo e limitaram outras. Eram aceitas histórias, vivências

nas práticas de saúde e reflexões associadas ao princípio da integralidade. Outras discussões, que fugissem dessa temática, deveriam ser evitadas.

Atuei tentando promover um espaço dialógico e reflexivo entre os participantes, gerando oportunidades de negociações. Busquei também desenvolver uma participação ativa como coconstrutora, trazendo minha voz para o grupo; favorecendo a distribuição da fala; focando a interação grupal; observando o processo conversacional e reflexivo entre os participantes; sustentando narrativas; reiterando as descrições e histórias trazidas; convidando-os a refletir sobre o que estavam falando; estimulando-os à construção de descrições que potencializassem a negociação, a expansão e o enriquecimento da produção dos sentidos sobre integralidade. Assim, tentei ir construindo o meu lugar de facilitadora no grupo de maneira cooperativa e participativa, o que confrontou com uma forma diretiva, que eu estava acostumada a atuar.

A partir desse lugar é possível dizer, de maneira reduzida que foi um grupo muito participativo e reflexivo, em relação ao movimento entre os participantes e a interação.

No início os participantes se comportaram com timidez, trazendo alguns entendimentos particulares da integralidade, baseados em suas vivências nos serviços de saúde. A partir dessas conversas, eu tentava interagir com cada participante, que trazia o entendimento e convidava os demais a refletirem sobre que sentido aquilo fazia para eles. Esses respondiam ora por meio de descrições que complementavam, exemplificavam e até mesmo ampliavam para reflexões sobre suas próprias práticas, ora por meio de silêncio, escuta a descrições trazidas por outro(s) participante(s).

Dessa maneira, a participação verbal no grupo foi bastante variável entre os participantes. Alguns me chamaram atenção, como foi o caso da recepcionista Esperança, que participou intensamente de quase todas as interlocuções, verbalizando seus entendimentos, trazendo exemplos, convidando o grupo a retomar, em momentos de dispersão, retomando o que já havia sido abordado e fazendo reflexões sobre a necessidade e a maneira de mudar as práticas vigentes no contexto da equipe.

A coordenadora das equipes de SF, Juliana, também contribuiu bastante, introduzindo sentidos ainda não mencionados pelos outros participantes, com colaborações verbais extensas, esclarecendo alguns mal-entendimentos sobre a

estruturação das práticas, conectando-se com a integralidade, falando de um espaço um pouco mais institucionalizado da gestão, trouxe ainda avanços e dificuldades enfrentadas na operacionalização de alguns sentidos produzidos.

Nilmar iniciou a fala sobre a integralidade, retomou em alguns momentos de interrupção ou quebra de pessoas participando. Participou ativamente nas reflexões, assim como Cristina, Maria Joana e Sorriso, trazendo suas experiências, histórias e ajudando o grupo a correlacionar com a integralidade. Gabriela, acredito que pela sua pouca familiaridade com os demais participantes e com a estratégia de SF, entrou nas conversas, ajudando nas reflexões no final na primeira metade do tempo e, a partir daí, participou mais intensamente, interagindo com os outros participantes.

Camila, Katrina e Carmem falaram poucas vezes, especificamente, em momentos de conversações mais intensas com várias trocas verbais entre os participantes. Já, Ana, não participou verbalizando.

Após, aproximadamente uma hora e trinta minutos de reflexões, parecia haver certas repetições sobre os mesmos sentidos. Aqui, senti que houve pequenos momentos de descontração e dispersão entre os participantes. Mas, logo nós retomamos e as conversas giraram em torno da história de um usuário, portador de transtorno mental e de sua mãe (cuidadora). A partir dessa, fizemos algumas últimas correlações com a integralidade, principalmente, pautada pela organização dos serviços de saúde, buscando algumas respostas para as necessidades daquela família.

Há indícios ainda que esse grupo foi reflexivo, pois, nas várias vezes em que convidei outras vozes a entrarem na conversa, os participantes fizeram um “breve silêncio”, mostrando a necessidade de pararem e pensarem, talvez porque minha voz estivesse trazendo algo novo. Além desses, pelo conteúdo das conversas, em vários momentos, aparece uma articulação entre os sentidos de integralidade renegociados e a necessidade de reverem as práticas vigentes na equipe, em direção a operacionalizá-los.

Rasera e Japur (2007), pautados em produções na perspectiva construcionista, dizem que as conversas trazidas ao grupo pelos participantes são vistas como construídas na linguagem. São determinadas maneiras de descrições, vinculadas a um conjunto de valores e de discursos sociais, que geram os sentidos.

Assim, no grupo, a integralidade pôde ganhar descrições, a partir da possibilidade de diferentes suplementações entre os participantes o que contrapõe, conforme os autores acima, um entendimento naturalizado e inevitável de seu desenvolvimento, explicitando sua produção social.

Neste jogo, concordamos com os autores que a investigação proposta, caracterizada pela abertura à visão do outro sobre o que se conversa (no caso sobre a integralidade) pode ser entendida como oportunidade para perceber a integralidade como uma construção que ocorre a cada momento. Os sentidos podem assim ser redimensionados, gerando como implicações potencialidade para levar as mudanças em direção à maneira de atuar.

Como última tarefa proposta para aquele dia, construímos um resumo sobre os sentidos de integralidade produzidos. Tal resumo emergiu a partir de alguns enunciados dados pelos participantes, a mim, pesquisadora, que organizei o registro deles em uma folha de papel *kraft*.

É útil abrir um pequeno parênteses para dizer que além da coluna que traz os sentidos relatados pelos participantes, outra foi construída por mim a partir de contatos iniciais com as informações produzidas, que compreenderam transcrição, algumas leituras e recortes de partes das conversas. Essa tarefa foi desenvolvida durante o intervalo de tempo entre o segundo e terceiro encontro e teve o propósito de enriquecer as descrições já enunciadas pelos participantes, na produção do resumo.

#### **Quadro 07 – Sentidos de integralidade produzidos durante a conversa grupal**

<b>Enunciados dados pelos participantes</b>	<b>Enunciados detalhados pela pesquisadora com base numa leitura prévia das conversas</b>
<p><b>INTEGRALIDADE = ver a pessoa como um todo</b></p> <p>→ <b>integrar-se com os usuários na comunidade para conhecer as necessidades deles</b></p> <p>→ <b>integrar o usuário à unidade e não ficar a equipe de um lado e o usuário do outro.</b></p>	<p>→ ver o usuário enquanto sujeito portador de várias necessidades e não como partes isoladas. A organização dos serviços deve permitir essa maneira de ver e trabalhar as necessidades dos usuários;</p> <p>→ integrar a vida do paciente para conhecê-lo, identificar suas necessidades, não só físicas, mas também sociais, psíquicas, seu modo de viver a vida, as relações familiares, bem com seus recursos → atendê-lo ele como um todo, integralmente;</p> <p>→ ver não só a doença, mas o que está por trás, a história, o que está causando aquela doença;</p> <p>→ colocar o usuário dentro da organização do serviço de saúde, ter uma postura de comprometimento e responsabilidade, de vínculo para com ele. É uma forma de tentar romper com a fragmentação,</p>

	com a segmentação de muitas ações e uma possibilidade de praticar a integralidade.
<p><b>INTEGRALIDADE = ver a pessoa como um todo: fatores que dificultam:</b></p> <p><b>* interação das percepções, os entendimentos entre trabalhadores e usuários para organizar o serviço, numa rede.</b></p>	<p>* falta de conhecimento/falta de formação dos trabalhadores mais próxima das propostas do SUS;</p> <p>* postura de muitos profissionais marcada por limitações técnicas e de relacionamentos interpessoais;</p> <p>* desestrutura do serviço (nos vários pontos de atenção da rede);</p> <p>* sobrecarga das equipes de SF;</p> <p>→ gera oferta de serviços e demanda dos usuários fragmentada/pontual/específica;</p> <p>→ nos dias atuais os serviços de saúde ficam de um lado culpando os usuários pela má utilização. E do outro lado os usuários também não percebem a organização de um serviço estruturado e resolutivo;</p> <p>→ integralidade implica em mudança de postura profissional, que permita ampliar a percepção do profissional do processo de adoecimento e das necessidades do usuário, por meio de uma atuação mais multiprofissional, de um maior tempo de escuta, habilidade técnica, desenvolvendo suas ações com maior cautela, envolvimento com possibilidade de ampliação do relacionamento com o usuário, que permita a ele se comportar também de uma maneira diferente, a formalizar um pedido maior.</p>
<p>→ <b>Produção X qualidade → integralidade = ver a realidade, os dados e as necessidades da população</b></p> <p>→ <b>produção vai existir, só que de acordo com cada área, com cada agente → equipe vai pactuar a produção</b></p>	<p>→ a quantidade, o tempo (muito definido, fechado), impede a qualidade, o atendimento integral, humanizado, respeitoso e resolutivo;</p> <p>→ as práticas profissionais centradas apenas em números, metas, sem considerar a realidade, o contexto de vida do usuário e da comunidade;</p> <p>Integralidade → considerar a realidade e formar vínculo para aumentar a abertura para o usuário/ a comunidade expor suas necessidades, seus pedidos. Isso implica em aumentar o tempo do atendimento (consulta ou visita) e diminuir os números, que também precisam ser considerados para organizar ação e serviços.</p>
<p><b>INTEGRALIDADE DO SISTEMA</b></p> <p>→ <b>Intersetorialidade → organizar, conhecer os recursos da área e divulgá-los</b></p> <p>→ <b>articulação do PSF com outros setores da comunidade → levantar a disponibilidade de recursos, organizar, divulgar, envolver a comunidade</b></p> <p>→ <b>Estabelecer parcerias para desenvolver a participação da comunidade para essa apoiar o trabalho da equipe</b></p>	<p><b>INTEGRALIDADE DO SISTEMA</b></p> <p>= Articulação da equipe com outros setores da comunidade; articulação equipe-usuário, família, comunidade → mudar a prática na direção da integralidade, na formação das redes sociais e de apoio.</p>

<p>→ Integrar-se com a comunidade para programar o serviço → adequar-se mais dentro daquilo que eles esperam e conforme as necessidades adequar a organização do serviço.</p>	
<p>→ atuação multiprofissional → articulação com os profissionais do NASF</p> <p>→ Integrar ações individuais e coletivas/grupais</p> <p>→ Integrar ações curativas/preventivas e de promoção (trabalho grupal)</p>	<p>INTEGRALIDADE DO SISTEMA – rede de atenção à saúde</p> <p>= ser atendido nos diversos níveis/pontos de atenção, conforme as necessidades → continuidade do tratamento para resolver;</p> <p>– Impedimentos: (pelo modelo centrado em ações curativas mais pela descontinuidade de articulação [falta de comunicação] entre pontos da rede);</p> <p>* modelo curativo, oferta de medicamentos, receitas e atendimentos médicos mais reativos → começar a oferecer cura, prevenção, promoção → ofertar diversos tipos de ações para ter atendimento integral; mais ações coletivas/grupais X individuais;</p> <p>= trabalhar com prevenção (práticas grupais) → diminui a demanda no PSF por ações curativas, imediatas;</p> <p>* população = percepção curativa, pontual, físico X PSF = prevenção e cura, ver como todo, todas as necessidades;</p> <p>Vários profissionais (trabalho multiprofissional), maior integração dos profissionais → aumenta a possibilidade de resolver.</p>
<p>→ Articulação do PSF com outros pontos da rede de saúde → fortalecer comunicação entre os setores, através de mecanismos de referência e contrarreferência</p>	<p>* descontinuidade → articulação intersetorial do PSF com outros pontos da rede, muita demanda para pouco profissional;</p> <p>= descontinuidade quando volta para comunidade também acontece de outros pontos para o PSF;</p> <p>* integralidade em todos os pontos de atenção = oferecer ações de diversas naturezas → prevenção, promoção, cura, reabilitação; e articular um ponto com o outro → garantir a continuidade para tentar resolver);</p> <p>- fluxo/contra fluxo para garantir a continuidade = instrumento importante para viabilizar a prática da integralidade.</p>
<p><b>INTEGRALIDADE = HUMANIZAÇÃO</b></p> <p>Tratar com integralidade = Humanizar e acolher</p>	<p>→ Agir com humanidade</p> <p>= tratar a todos igualmente, independente do tipo de relação/afinidade que se tenha com eles (usuários) e do jeito que são;</p> <p>= comprometer a fazer aquilo que é possível (e impossível?) em relação ao que as pessoas estão procurando na unidade.</p>

Após o resumo, buscando dar continuidade ao processo de intervenção, definimos outra data para nos encontrarmos e ampliarmos nossa compreensão sobre os sentidos de integralidade produzidos, em direção a operacionalizá-los. Assim, ficou agendado que nos reuniríamos dali a quatro semanas, no mesmo espaço, dia da semana e horário. E, para participar os membros da equipe iriam se organizar da mesma forma como fizeram nesse encontro.

### **6.2.3- Terceiro encontro grupal – ampliando as descrições sobre integralidade na direção de operacionalizá-las nas práticas cotidianas dos trabalhadores**

Nesse dia estavam presentes nove participantes (Esperança, Nilmar, Cristina, Maria Joana, Ana, Camila, Sorriso, Katrina e eu – pesquisadora), os demais justificaram suas ausências. Reunimos-nos no mesmo espaço das conversas anteriores.

Primeiramente relembramos os acordos de convivência e suas adequações para continuarmos convivendo de maneira confortável para planejarmos ações que a equipe precisava parar de fazer, continuar ou começar a fazer para sistematizar as descrições de integralidade produzidas. Organizamos a sequência dos acontecimentos daquela tarde, que ficou da seguinte forma: leitura das descrições enunciadas, organizadas por linhas e apresentadas no quadro anterior, desenvolvimento de reflexões e produção de um quadro-resumo. Como eram várias descrições, acordamos que trabalharíamos o que fosse possível num espaço temporal de duas horas e meia.

Nessas conversas busquei atuar de maneira a ajudar a equipe a pensar em práticas a serem implantadas, revistas ou modificadas, discutindo alguns projetos de ação, que permitissem a equipe incorporar tais descrições enunciadas em suas práticas cotidianas.

Com a participação dos todos fizemos uma leitura do quadro, a fim de termos uma noção da produção descrita e de escolhermos por qual descrição o grupo gostaria de começar a conversar. Então, decidimos começar pelas descrições das três primeiras linhas do quadro com as descrições resumidas dos sentidos, por estarem correlacionadas entre si e pela ocasião que a equipe estava vivendo “discutir ações vinculadas à produção X qualidade das ações e ver a pessoa como um todo seria útil”.

Após essa definição, convidei os demais participantes a pensarem e escreverem algumas práticas que eles, enquanto trabalhadores de saúde teriam que parar, continuar e/ou começar a fazer para que aquelas descrições de integralidade acontecessem. Essas questões foram trazidas com o propósito de ajudar aqueles trabalhadores efetivamente a (re)pensarem suas práticas atuais, bem como de continuarmos conversando e ampliando nossa compreensão sobre a integralidade.

Passados dez minutos começamos a produzir o quadro-resumo. Nesse momento, os participantes iam trazendo seus enunciados, eu ia registrando em folhas de papel *kraft* fixadas na parede e convidando-os a refletirem sobre como poderiam tornar esses compromissos em ações concretas. Essas atividades tiveram como finalidade gerar entre os trabalhadores um processo de negociação e de compromisso público em direção à mudança.

No final dessas atividades tínhamos produzido o grande “resumo”, que foi deixado na unidade para uso da equipe, juntamente com cópias do quadro com os sentidos resumidos.

**Quadro 08** – Ações planejadas com a equipe para operacionalização dos sentidos de integralidade produzidos

PARAR	CONTINUAR	COMEÇAR
	<p>- colocar o usuário dentro da unidade, dentro da organização do serviço = trazer os usuários pra mais avaliações das condições de saúde.</p> <p>→ a médica + a recepcionista começou a organizar uma prática que associa o fornecimento de receitas de medicamentos controlados à presença do usuário para ser acompanhado, através de consultas agendadas.</p>	<p>- O HIPERDIA → integrar o paciente mais a unidade. Com ações, que façam com que eles tomem consciência de suas necessidades, estimulem a adesão ao tratamento e previnam complicações. Não vir só pra consultar, furar o dedo pra fazer uma glicemia, pra medir pressão, ou pegar remédio = respostas curativas + começar palestras; depoimentos, outras ações coletivas pra trabalhar educação em saúde.</p> <p>GRUPOS = ver recursos com a prefeitura + organizar agenda para ter tempo de preparo e desenvolvimento de forma a motivar os usuários a participarem e ter mais confiança no profissional.</p>
<p>- com preocupação exagerada com os números; esquecer uma parte dos números.</p>	<p>- Ter bem definida as características, os dados, os números da população cadastra e acompanhada.</p> <p>- informações sobre dados familiares, socioeconômicos através de levantamentos, a partir da ficha A.</p>	<p>- Instalar o SIAB (banco de dados) na unidade para facilitar a atualização (diária) pelos ACS/equipe, que trabalharão com dados mais confiáveis para programar, pactuar e avaliar os resultados de suas ações + 01 computador de acesso pros ACS.</p>



<p>- com muitos atendimentos individuais.</p> <hr/> <p>- com a for-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- com qualidade; vendo a pessoa como um todo → se colocando no lugar do outro, vendo o lado dele, sua história, suas possibilidades, condições, o porquê está ali.</li> <li>Mesmo os fora de área → ouvir, atender, saber orientá-los a procurar sua unidade de referencia pra dar continuidade ao seu tratamento; tratar com humanização → diferente de só mandar embora.</li> <li>- gostando do que faz, desenvolver uma postura de comprometimento e responsabilidade com o que faz.</li> <li>- tendo o compromisso de fazer o máximo pela gente, fazer direito, da melhor maneira possível pra evitar problema dentro da equipe e aumentar a satisfação, o vínculo, a confiança, a receptividade, a compreensão do usuário, que como contra partida melhora o seu tratamento para com a equipe</li> <li>- fazendo solicitações às outras equipes de prontuários dos usuários, que mudam para a área + registrando no caderno de protocolo os que são encaminhados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitação e comprometimento de todas as equipes + rever o processo de seleção (perfil)</li> <li>- Com mais atendimentos coletivos.</li> <li>- Ações coletivas pra comunicar com os usuários; informá-los sobre o que é o PSF, o NASF, os serviços e ações que desenvolvem, que profissionais atuam. Isto irá ajudar a mudar modelo, a sair dessa proposta curativa. Divulgar através de um informativo/ boletim. Mas de onde virão os recursos?</li> <li>* NASF?</li> <li>* articular com igrejas e entidades</li> <li>* colocar cartazes na unidade</li> <li>* integrar com a comunidade, com a associação de bairro; criar o Conselho local → que colaborar na divulgação das informações junto a população.</li> </ul> <hr/> <p>- Todos os ACS atualizar os dados, ter</p>
---	---	--

<p>ma de atuar → cada ACS faz do jeito que entende para organizar a sua microárea.</p>		<p>consciência, comprometimento de fazer um trabalho bem feito, falando a mesma língua → sentar e discutir o que fazer e de que forma</p> <p>- ter um retorno sobre os dados levantados (intersectorialidade → fluxo e contra fluxo de informações dos dados)</p> <hr/> <p>- fluxo e contra fluxo em relação aos usuários → muitos vezes esses não sabem explicar o que aconteceu com eles em outros pontos da rede → profissionais devem fazer registros nos prontuários eletrônicos → facilita o acesso as informação mediante consulta por outros profissionais</p> <p>* construir rotinas formalizadas → diferente de ficar a critério de funcionário ser ou não comprometido, uma vez que o foco tem que ser o usuário.</p> <hr/> <p>- Realizar reuniões de equipe para discutir, identificar as falhas no cuidado ao usuário → um membro que não faz a sua parte compromete o trabalho de todos na equipe, gera reclamações, descrédito por parte dos usuários, porque um membro depende do outro.</p> <p>* nas sextas-feiras à tarde a equipe deve fechar o PSF para:</p> <p>** passagem de plantão, os ACS e outros membros colocariam as situações vivenciadas com usuários, que seriam discutidas entre a equipe a fim de dar solução às mesmas.</p> <p>** expor e solucionar os conflitos que estariam acontecendo na equipe pra não acumular → os membros têm que estar dispostos a ouvirem, conversarem, com foco voltado para atenção ao usuário, que pode estar deixando a desejar, diferente de apontar defeitos ou corrigir as ações que o outro faz ou deixa de fazer.</p> <hr/> <p>- formar e trabalhar com o Conselho local = uma ferramenta pra ajudar a equipe a resolver situações do seu dia a dia tanto vinculadas aos usuários, como dentro da própria equipe, com pessoas não comprometidas.</p> <p>* equipe tem que estar estruturada, falando à mesma língua, ter mais segurança no que faz, deve estar integrada, para desenvolver e perceber o conselho local como um parceiro e não como um inimigo.</p>
--	--	--

Dessa forma, agradei os participantes por terem confiado em mim e contribuído na produção do material, que seria analisado e utilizado na construção de minha pesquisa. Disse-lhes que para aquele contexto nossas atividades estavam encerradas. Porém, me pus à disposição caso a equipe quisesse continuar conversando sobre a sistematização das descrições de integralidade e pensando a (re)organização de suas práticas.

## **7 - DESCRIÇÕES DOS SENTIDOS DE INTEGRALIDADE**

Nesse momento, passo a descrever os sentidos de integralidade produzidos por mim em contato com o material transcrito e editado, que foi construído dentro de um padrão de interação em que os trabalhadores de SF e eu falamos de nossos entendimentos de integralidade de maneiras diferentes, ora contribuindo com outros participantes, ora recebendo contribuições desses para a produção dos sentidos sobre este termo.

Vale lembrar que buscando produzir conexões criativas, a produção dessas descrições foi orientada pela questão: quais os sentidos que são construídos nos discursos de integralidade, enquanto um atributo das práticas dos trabalhadores e nos discursos que referem-se a essa enquanto um atributo da organização dos serviços de saúde?

### **7.1 - Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade enquanto um atributo das práticas dos trabalhadores**

Essa tematização envolveu dois subtemas, em que as descrições dos participantes do grupo giraram em torno da integralidade, enquanto um atributo desejável das práticas dos trabalhadores. Nessa perspectiva, as conversas privilegiaram como capacidade dos trabalhadores de integrarem-se “ao lado também de fora do paciente” a fim de escutar e obter uma apreensão abrangente das suas necessidades e de seu contexto de vida.

A partir dessa apreensão os participantes ainda construíram a integralidade como uma recusa dos trabalhadores e dos usuários em ter uma visão exclusivamente curativa e pontual para a doença que o paciente sofre e achar que é o remédio que faz o milagre.

Foram também apontadas necessidades de superação das questões relativas à organização dos serviços de maneira verticalizada, sem envolvimento dos trabalhadores e exclusivamente em números; às posturas reduzidas dos trabalhadores em olhar só a doença e respondê-la unicamente com métodos curativos e medicamentosos; à relação trabalhador usuário pontual, sem

possibilidade de responsabilização e formação de um relacionamento; e à desarticulação entre os trabalhadores e entre os serviços, para se praticar a integralidade produzida por esses sentidos. A seguir apresentamos os subtemas desse conjunto de sentidos.

### 7.1.1- Primeiro subtema:

**“Pressupõe o trabalhador se integrar com a vida, as necessidades do paciente lá fora, que não são somente biológicas para atendê-lo com um todo... integralmente.”**

Integralidade referida como apreensão ampliada dos trabalhadores em relação às pessoas atendidas, como sujeitos compostos e influenciados por diferentes dimensões.

Buscando tematizar esse subtema, recorreremos a momentos do grupo em que a integralidade foi descrita como uma apreensão ampliada dos trabalhadores em relação às pessoas atendidas, enquanto sujeitos integrados e influenciados por diferentes dimensões, contextualizadas ao longo de suas vidas.

As descrições em torno deste subtema começaram a partir do meu convite, enquanto coordenadora, aos demais participantes para pensarem em situações que já haviam vivenciado no dia a dia de suas práticas, que pudessem correlacionar com a integralidade.

Respondendo ao meu convite, Cristina (ACS) traz para o grupo uma situação:

*Cristina (ACS): Seria... no caso assim,  você se integrar com a vida do paciente lá fora... ver assim, por exemplo, é... um exemplo: uma pessoa vem aferir a pressão. Aí, a gente dá uma orientação pra pessoa com pressão alta. Vê se ela tomou remédio... vê água... é... fala sobre a dieta. Mas, às vezes, não observa a vida social... a psíquica da pessoa. A pessoa, às vezes, é um alcoólatra... às vezes, tá tendo algum problema. Então, a gente tem que se integrar com as necessidades dela lá fora... pra tá atendendo ela como um todo... integralmente. Observar todas as necessidades, né? Principalmente, lá fora e trazer pra resolver aqui dentro. (p. 5, L. 129 a 136).*

Para Cristina a integralidade pressupõe em o trabalhador se integrar também com o lado de fora do paciente, que estaria relacionado não só a dimensão física e biológica, que seria o lado de dentro, mas a outros eventos específicos do

processo saúde doença, gerados tanto por dimensões físicas, quanto por psicossociais e relacionais. Por esse entendimento Cristina distancia da apreensão reduzida do sujeito, como peça de uma máquina “estragada” ou uma doença física isolada do seu contexto de vida.

Em outro trecho também é produzido esse sentido de integralidade, ampliando a apreensão para as dimensões financeiras e ambientais:

*Esperança (repcionista):* Aí, teria que olhar a parte que ela falou também, da alimentação. A estrutura financeira...

*Cristina (ACS):* Então, tem que observar isto...

*Esperança (repcionista):* Porque... não tem como, você chegar prum... diabético assim... e falar: “Ah, você precisa de comer isto, comer aquilo.” Se ele só tem dinheiro pra comer arroz com feijão, né?

*Elexandra (pesquisadora):* Hum hum.

*Esperança (repcionista):* O básico? Aí, se você fizer assim... você tem que tá conhecendo a fundo.

*Cristina (ACS):* Mas, mas, é por isto que eu falei que a gente precisa se integrar com eles, lá fora, ver o ambiente que eles vivem. A gente tem que conhecer.

*Esperança (repcionista):* Então, tem que integrar. Porque se tiver integrado, dá certo...

*Cristina (ACS):* O social... (p. 9, L. 243 a 256)

Para atender a pessoa integralmente, Cristina e Esperança enfatizam que o trabalhador tem que observar todas as suas necessidades, tem que conhecer a fundo seu modo de andar a vida. Elas indicam uma insuficiência do trabalhador investigar apenas aspectos associados à dimensão física, já que outras também influenciam no processo saúde doença, posicionando no lugar de trabalhadoras experientes, que têm proximidade com as famílias, por meio de visitas, de vínculos, de tempo de convivência e de diálogos, que se interessam por suas realidades e seus contextos de vida e acreditam que isso deva ser considerado pelo trabalhador ao indicar qualquer conduta ao usuário.

Em outro trecho Juliana começa a trazer reflexões sobre formatos de relações entre trabalhador usuário, que poderia permitir uma apreensão ampliada das necessidades dos usuários. Num primeiro momento, ela aponta que o formato de pedido, pontual e específico, trazidos pelos usuários é resultado de uma relação reduzida, restritiva, estabelecida principalmente pelo polo trabalhador.

*Juliana (coordenadora):* Aqui, quando fala que tipo de pedido... demanda... necessidade... desses usuários. Ainda fico pensando no seguinte, né? Ele chega muito pontualmente... apontando a sua necessidade, né? Mas, tudo que tá por trás daquela necessidade, que ele aponta, quando ele vem

*falando: “Eu quero neurologista...” né? Bem, bem específico, aquilo. É, é... se houvesse essa... maior habilidade.... né? De tá, fazendo um relacionamento mais amplo... né? Um envolvimento... pra que ele trouxesse tudo isto. Ele conseguiria... é... como que eu digo? Formalizar assim... uma necessidade muito maior do que aquela pontual, específica, que ele... oferta pro... fornece pro serviço de saúde, pra resolver.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): E daí, muitas das vezes, a gente começa a entender que de repente uma atuação é... mais multiprofissional... né? Uma atuação... com tempo maior de escuta... uma cautela maior, poderia, tá, ampliando aí esse processo de... adoecimento, da percepção do adoecimento e da necessidade dele... né? O que a gente tem visto é que as equipes mínimas... estão muito sobrecarregadas... e, às vezes, essa sobrecarga muito grande, acaba limitando esse pedido do usuário, né?*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): Ela acaba impedindo mesmo de se ter uma... uma maior facilidade de comunicação... né? De contratualização... ali, entre os envolvidos. Acaba reduzindo mesmo, pra que ele venha com o seu pedido pontual. Imprimindo esse... esse formato.*

*Elexandra (pesquisadora): A Juliana tá trazendo alguma coisa vinculada à estrutura do serviço, à atuação do profissional de saúde... Como que isto articula pra vocês com a integralidade?*

*(BREVE SILÊNCIO)*

*Sorriso (Téc. enf): Eu acho que é a forma como os profissionais vêm atuando... né? O tipo de relação que eles têm estabelecido com os usuários... Se restringindo àquilo que é pedido, sem muita conversa... tem impedido essa questão, da prática da integralidade.*

*Juliana (coordenadora): Isto... Daí, eu acho que entra também a falta de tempo pra... pra uma escuta mais ampliada, devido o número de pessoas. (p. 7, L 187 a p. 8, L. 221).*

Aqui tanto Juliana como Sorriso criticam a postura dos trabalhadores que não utilizam de maior habilidade, de um relacionamento mais amplo, de envolvimento, de maior cautela e tempo de escuta para possibilitar aos usuários uma expressão maior de suas necessidades, bem como uma percepção ampliada sobre o processo do adoecimento por parte dos trabalhadores.

Seguidamente, Juliana justifica que a manutenção dessa postura, que limita o pedido do usuário, o processo de comunicação entre esse e os trabalhadores para apreensão ampliada das necessidades é decorrente da sobrecarga vivida pelas equipes, caracterizada por demandas de um grande número de pessoas, reduzindo assim o tempo para o atendimento.

Retomando a conversa, Juliana continua citando outros fatores, associados à organização dos serviços, que vêm imprimindo uma atuação do trabalhador muito distante do princípio da integralidade, enquanto uma abordagem

que amplia os relacionamentos, a escuta, os diálogos e as percepções sobre o processo do adoecimento do usuário.

*Juliana (coordenadora): Aquilo que a gente falou... de limitação. Um pouco também a respeito da questão de produtividade... Às vezes, a cobrança, a estrutura organizacional do serviço, né? Que também coloca isto, né? Uma... uma... limita até mesmo, essa atuação. Com um tempo muito rígido pro, pro, pra realização do procedimento, né? Números, né? A parte quantitativa falando muito alta aí, em relação à produção... e acaba gerando um pouco disso, né? Da redução... da substituição da, da escuta por uma pergunta. Você já pergunta respondendo, né? Isto acaba virando até rotina: "Tá tudo bem, não tá?" "O senhor tá bão, não tá?" Né? A gente já pergunta e já responde, restringindo aquele relacionamento ali. Aquela fala... que vai ampliar aí... a nossa percepção, né? Do adoecimento. Então, aí eu acho que volta um pouco, até naquilo que a gente começou falando. Essa, essa estrutura em que a gente está inserido. Ela acabou trazendo... imprimindo pra gente, uma, uma atuação muito diferenciada... muito... distante do, do princípio da integralidade, né? (p. 17, L. 459 a 472).*

Por essas falas Juliana relata que a estrutura organizacional dos serviços, centrada em produtividade, em cobrança, em tempo rígido para realização de procedimentos e a parte quantitativa falando muito alta limita a prática da integralidade.

Assim, começa uma sequência de discussões, com a participação verbal de várias pessoas do grupo, que focam as conversas em fatores limitadores da prática desse sentido produzido, vinculados à forma como os serviços têm se organizado, a partir de propostas como a do Plano Diretor de Regionalização. Ao desenvolver tais conversas, colocam-se na posição de pessoas indignadas, insatisfeitas com a maneira vertical de organizar os serviços e as práticas vigentes.

Essa sequência pode ter ocorrido devido à ansiedade dos membros da equipe em desabafarem suas insatisfações, repercutindo no desenvolvimento das conversas que privilegiaram oposições à organização de suas práticas, pautadas exclusivamente por números, por quantidades e por tempo rígido, sem considerar as necessidades das pessoas atendidas.

*Nilmar (ACS): Eu... que nem... essa parte de integralidade. O que tá acontecendo hoje, também com essa implantação do Plano Diretor. De que vai ter isto... eu acho assim. No meu ponto de vista, vai ser bom pra... pro serviço? Vai. Na organização? Vai. Mas... E no dia a dia ali? No pessoal ali? Na hora da visita nossa? Um exemplo assim, do agente de saúde. Será que vai ser bom? Ter ali 15 minutos pra tá conversando com o paciente. Ter estipulado*



horário. Será que vai ser bom pra eles? Humano pra eles? Eu acho que não. Eu acho que isto não seria legal.

Elexandra (pesquisadora): Hum hum.

Nilmar (ACS): Mas, assim, pela integralização... a humanização. Porque muitos casos é o seguinte: Você chega em casas, que nem muitas das vezes, o paciente hoje, como a gente é a porta de entrada, a referência deles. É... eles têm mais liberdade pra tá falando com a gente, no dia a dia. Pra tá expondo... os aborrecimentos deles, as dificuldades... que eles têm. A gente tem que ouvi-los, sem interrompê-los. Porque... eu acho assim, seria até falta de respeito da, da parte da gente mesmo, profissional com a população. Deles estarem falando com a gente. Falando a respeito da sua necessidade, e a gente fala assim: “Agora eu não posso mais ouvi-lo, porque...”

Maria Joana (ACS): “Acabou o seu tempo.”

Nilmar (ACS): “Acabou o seu tempo...” Eu acho que isto é uma falta de humanidade com eles.

Elexandra (pesquisadora): Hum hum.

Nilmar (ACS): Então, assim... eu sei que não é culpa da coordenação, não é culpa da... assim, da secretaria, não é culpa da população aqui. Eu sei que é de cima... é questão burocrática... é parte burocrática lá. Mas, eu, particularmente, não sei quanto às minhas amigas. Eu não posso falar por elas. Mas, creio eu, o que eu entendo por integralidade, por humanização, eu acho que isto não seria legal com a comunidade. Com a população, entendeu? Eu acho que não seria humano com eles. Eu acho que isto daí deveria ser um caso, que deveria ser revisto... esse tempo de visita.

Elexandra (pesquisadora): Hum hum. (p. 18, L. 485 a p. 19, L. 517)

Para Nilmar o tempo rígido, estipulado pela proposta do Plano Diretor de Regionalização é um fator “bom” para planejar números de procedimentos na organização dos serviços do ponto de vista dos dirigentes, dos pensadores governamentais da saúde. Contudo, ele vê isso como uma coisa “lá de cima”, uma questão burocrática, que interfere na prática da integralidade e em suas práticas cotidianas, por estipular tempo e gerar restrição no diálogo desenvolvido entre usuário e trabalhador, interrompendo a exposição de aspectos importantes sobre as necessidades dos usuários.

Conforme as descrições, a falha nessa forma de planejar as ações e os serviços de saúde encontra-se na focalização apenas quantitativa, não se preocupando com a qualitativa. Nesse processo, especificamente, nas práticas dos trabalhadores, uma apreensão abrangente do usuário, do seu contexto de vida e de suas necessidades, assim como o desenvolvimento de ações interventivas que obtenham resolutividade e satisfação do usuário e dos trabalhadores podem ser prejudicados ou até mesmo adiados.

Esperança (recepcionista): Isto pode interferir na prática da integralidade.

Nilmar (ACS): Isto... isto...

Maria Joana (ACS): A população tá tão carente de atenção... que tem paciente que você não consegue sair de lá com menos de 40 minutos... é impossível você atender um lá, na casa, na visita...

Gabriela (psicóloga): Mas, será que este tempo não é colocado, às vezes, porque... em alguma casa é até menos que isto, não é? Vamos pensar assim.

Nilmar (ACS): Isto...

Gabriela (psicóloga): Outra pode extrapolar...

Nilmar (ACS): Claro...

Gabriela (psicóloga): Mas, eu acho que depende da necessidade de cada um, não?

Nilmar (ACS): É. É tipo assim:

Gabriela (psicóloga): Assim... porque, o tempo é mais pra... ter uma forma, né?

Maria Joana (ACS): Bem, no Plano Diretor você tem que fazer... vamos só assim, rapidinho. (faz gesto pro colega do lado, pedindo espaço pra falar) que fazer 15 visitas por dia. Tem dia que você faz 20 visitas, tem dia que você não consegue fazer mais do que 5. O paciente não permite. E, lá tá que você tem que fazer 15 por dia. Então, isto não tem como! Você foge. Você afasta um pouco o paciente do seu trabalho.

Nilmar (ACS): É. Porque, você é cobrado daquilo.

Gabriela (psicóloga): Porque fica a quantidade e pode perder em qualidade, né? (p. 19, L. 518 a p. 20, L. 539).

(...) Esperança (receptionista): Não, mas aí... entra a parte do médico também, né? Porque eles cobram tantas visitas dos agentes e tantas consultas do médico. Você entendeu? O médico tem que fazer... 15 consulta de manhã e não sei quantas à tarde. Ele tem que fazer! Uai! Não, ué! Eu acho errado isto daí. Porque... é qualidade. Porque tem paciente que o médico vai ficar aqui 15 minutos, tem paciente que vai ser 20...

Maria Joana (ACS): Vai investigar o que o paciente tem...

Esperança (receptionista): Tem paciente que vai investigar. Tem paciente que é uma receita. Entra lá, é rápido.

Elexandra (pesquisadora): Claro. (p. 20, L. 550 a 559).

(...) Esperança (receptionista): Eu acho que isto não deveria existir. Nem pras consultas médicas, nem pras visitas dos agentes. Eu acho que esse negócio de tempo... é igual a...

Nilmar (ACS): Quantidade.

Esperança (receptionista): Quantidade... é igual ela falou ali. (refere-se à colega psicóloga) Você pega um paciente. Eu já trabalhei de agente. Você pega um paciente depressivo. Você fica lá 40... minutos. (gesticula com as mãos indignação). Você não tem como sair. Você não tem coragem de sair.

Elexandra (pesquisadora): É verdade.

Esperança (receptionista): A mesma coisa é o médico. O médico tá no meio de uma consulta lá: "Não, eu tenho que andar depressa, porque eu tenho outro paciente esperando." Uai? (p. 21, L. 575 a 586)

No decorrer da conversa Nilmar ganha aliados na crítica da organização das ações dos trabalhadores centradas em tempos rígidos em quantidade.

Gabriela tenta mudar o rumo das discussões, apontando que a realização das práticas deveria pautar-se numa flexibilidade de tempo de duração das ações

associadas à necessidade de cada caso. Alega ainda que ao produzir somente em torno do fator quantidade, pode-se perder em qualidade. Esperança concorda com ela.

*Nilmar (ACS): Isto... e é aonde que acontece. E se fosse hoje. Isto é uma realidade de integralidade. Se eles querem a, a... a quantidade. A gente dá quantidade. Passa nas casas: "Tudo bem?" Assina e vai embora. Faz 20, 30, 40 visitas. Agora se for pra fazer mesmo o trabalho do PSF, humanização... integralidade com a população, não tem como.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum. Hum.*

*Nilmar (ACS): Aí, é essa, a falha desse programa. Mas, eu acho que seria assim... interessante, porque tem muita coisa boa, que poderia ser útil... pra nós, profissionais, e pra população sim. Teria sim. Mas, tem umas falhas nele, que eles não souberam ainda interpretar. Porque eles não estão no dia a dia com a gente ali. E é a gente que tá na realidade, é que sabe. E eles lá em cima, não sabem.*

*Cristina (ACS): Mas, às vezes, Nilmar...*

*Nilmar (ACS): Quem manda... mandar é fácil! Agora, quem tá no dia a dia é complicado de fazer mesmo...*

*Cristina (ACS): Às vezes...*

*Esperança (recepcionista): Mandar é fácil. Difícil é fazer! (p. 24, L. 668 a p. 25, L. 683).*

*(...) Elexandra (pesquisadora): Vocês estão trazendo que pra organizar o serviço, eu não posso só considerar os números... né? Vamos pensar se isto daí tem algum sentido de integralidade?*

*(BREVE SILÊNCIO)*

*Cristina (ACS): Nessa forma de trabalhar a integralidade, no caso, atender ele integralmente... é devido ao tempo, que a gente demanda pra tá atendendo. Igual a Juliana mesmo, já colocou. Que tem a realidade... que é uma. E a necessidade que a gente vê que tá além. Só que, como o Nilmar mesmo tá pondo. Às vezes, cobra demais. (p. 25, L. 700 a L. 708).*

Nilmar mais uma vez relata sua discordância com parte dessa forma de organizar serviços, centrada somente em quantidade, de cima para baixo.

Por essas falas, se for para o trabalhador atuar restritamente para atender a produção em números, fica fácil uma vez que o trabalho será feito na superficialidade e com reduzida capacidade de resolutividade, o que gera "nas entrelinhas" desperdício de tecnologias, manutenção ou aumento de demanda por parte da população e ainda repetição de tarefas.

Nessa direção, ao programar ações e serviços de saúde focados unicamente em dados e em parâmetros, os gestores desconsideram as características de uma população específica, e dos processos de trabalho

presentes. Pois, nesse sistema arbitrário, o trabalhador fica impedido de analisar ou de dialogar sobre a qualidade e a significância que faz sobre aquele processo.

Nilmar clama para importância de ouvir o trabalhador, que está na realidade (na prática) para planejar formas de desenvolver serviços em que a quantidade, representada por parâmetros e por uma visão exclusivamente tecnológica e científica, possa ser complementar à qualidade, representada por práticas integrais, resolutivas e concretas. Dessa forma, ele aponta para necessidade de se desenvolver uma gestão participativa, indicando uma impossibilidade de ruptura entre o pensar e o fazer.

Eu tento intervir, reforçando que o tempo, apesar de ser um dos recursos utilizados para o planejamento, para o controle da produção das ações de saúde e o financiamento, não deve ser o único. As particularidades de cada área e de cada paciente têm também que ser consideradas.

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum. Eu vejo assim, esse processo como vocês estão colocando interfere bastante na questão da qualidade, né? Mas, esta é uma proposta que veio pra ser adaptada. A gente não vai poder tomar como norte somente quantidade pra trabalhar... entendeu? Eu acho que a gente vai ter que começar a olhar as particularidades de cada área... as particularidades de cada paciente. Porque se não, a gente vai ficar fazendo as coisas por fazer, pra satisfazer a necessidade de uma produção...*

*Nilmar (ACS): Isto...*

*Elexandra (pesquisadora): De um papel... de um pacto, que foi feito, às vezes, até de forma mal elaborada, né? Então, eu acho que num primeiro momento vem cobrando quantidade sim. Mas, através da própria quantidade, já se vê que essa quantidade de pessoas pra serem atendidas por uma equipe, não dá. Né? E isto daí... eu acho que o que vai contar mais vai ser o dia a dia de vocês.*

*Nilmar (ACS): É...*

*Elexandra (pesquisadora): Então, essas coisas a gente sente... e vocês estão tendo essa visão. E realmente interfere no processo. (p. 21, L. 587 a p. 22, L. 606)*

*(...) Esperança (recepcionista): Então, aí eu acho que a qualidade... é, no meu ponto de vista. A qualidade é mais importante. Que o médico atenda cinco... pacientes, bem feito. Entendeu? Que os agentes façam lá... 5, 6 visitas só por dia. Mas, que seja uma coisa de qualidade. Que não precisa voltar amanhã, depois naquela casa. (p. 22, L. 612 a 616)*

Esperança reforça a fala anterior de Gabriela, alegando que o tempo e a necessidade nem sempre combinam e que a qualidade nessas situações é mais importante que a quantidade.

Nessas falas parece ocorrer um foco na qualidade, excluindo, em boa parte, a quantidade. Ao alegar que atuar com qualidade, mesmo que sacrifique um

tempo maior, compensa mais do que gastar um tempo menor e produzir mais, no entanto, sem resolutividade.

Num segundo momento, retomo um pouco a questão quantitativa trazida por alguns membros da equipe como fator comprometedor do desenvolvimento da integralidade, chamando para a conversa a coordenadora das equipes, que havia retornado recentemente, a fim de obter maiores esclarecimentos sobre algumas diretrizes da proposta, que estava sendo sistematizada.

*Elexandra (pesquisadora): E aí... a gente ainda tava conversando que, às vezes, não dá pra gente ficar olhando só pros números, né? Que os números eles vão orientar? Com certeza vão. Que foi o caso que ela colocou. De repente tem gente que não tá fazendo nada.*

*Nilmar (ACS): Não tá fazendo um bom trabalho.*

*Elexandra (pesquisadora): Como que a gente mede se tá trabalhando ou não, atualmente, no serviço de saúde? Infelizmente, na maioria das vezes, são pelos números, pela satisfação da população também, né? Mas, a nível assim... de governo... dessas coisas, são os números que eles olham pra mandar verbas. São os números que eles olham pra ver se tá atuando ou não. Infelizmente, né? Não vem aqui na realidade medir o dia a dia, né? Então, nós estamos colocando aí um pouquinho essa questão exclusiva da quantidade, né? Como um fator que pode comprometer e limitar o desenvolvimento da integralidade? É isto gente?*

*Nilmar (ACS): É...*

*Juliana (coordenadora): É... eu acho que assim... até isto tem sido melhor visto e melhor entendido pelos... pela Secretaria de Estado quando dá aquela possibilidade da gente construir a agenda... e depois contratualizar o compromisso. Porque até então, o que a gente via eram números rígidos.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): Porque falavam de uma produção, sem mesmo conhecer quantos domicílios, que tinham... e aquela realidade local. Agora, quem realiza a, a agenda ali, com aqueles parâmetros, que são fornecidos por uma é... portaria, né? É o enfermeiro, que é o supervisor, que conhece aquela realidade, junto com os profissionais, que atuam ali. Então, dá uma habilidade maior... de tá é... tendo essa, essa, essa possibilidade de articular e colocar: "Pra mim esse tempo de visita, ele é insuficiente..." né? De chegar e de colocar quanto, como que você fez as adequações, as substituições na agenda... De deixar tempo pra educação permanente... pra reunião de equipe... Pra outras ações, que não somente em visitas. Porque nós tivemos um parâmetro aí, que colocava como que se o agente ficasse oito horas, por dia, em visita domiciliar... né? E que jogava um valor de 15 minutos e pedia aí 360.*

*Nilmar (ACS): Era.*

*Juliana (coordenadora): Era uma produção muito fora da realidade. Então, a gente já vê uma maior abertura, uma maior possibilidade de abertura pra que o supervisor da equipe contratualize com... aquele agente comunitário de saúde a sua produção... Conforme a necessidade de sua área. Que é até o próximo passo, as próximas oficinas, que ainda não foram replicadas... pras*

equipes, que a gente estava em treinamento a semana passada. Mas, é isto. É o contrato de gestão. Quem vai fazer essa contratualização de números. Não é o Estado que vai mandar um número pronto pro município, é cada município, articulando ali com a sua realidade... é ele que vai contratualizar com o Estado. Então, já é uma... uma possibilidade maior, né? Assim, de resolver essa ansiedade, que a gente tem... quanto ao planejamento do serviço com base em apenas números rígidos, sem levar em conta a realidade.

Elexandra (pesquisadora): Pensando assim, como que é isto que a gente tá conversando pra vocês? Vocês acham que tem alguma associação com a integralidade?

(BREVE SILÊNCIO)

Sorriso (Téc. enf): Eu acho. É claro... a qualidade. Porque na integralidade tem que resolver, tem que ter qualidade. (risos)

(RISOS)

Sorriso (Téc. enf): Claro! Porque a produção... Eu fico preocupada também com isto. Porque se fizer essa adequação... de acordo com a realidade de cada área... e tal... que tem. Vai tá priorizando a qualidade...

Cristina (ACS): Vai dar oportunidade pra atender com integralidade.

Sorriso (Téc. enf): Isto...

Nilmar (ACS): Porque quando foi passado pela primeira vez, foi que nem eu te falei: era assim, 15 minutos por visita e puf!

Elexandra (pesquisadora): Pronto, tchau.

Nilmar (ACS): Só que não é coordenação, não é o PSF, é lá em cima. Eles não veem que a gente, é que tá no dia a dia. É fácil eles mandarem... só que eles não tão vendo a realidade. Então, quer dizer, é... a gente aqui, que nem a Juliana acabou de falar. Nós, juntos com a secretaria é fácil de tá conversando, explicando e tal: “Mas, não dá tempo, é isto, é assim.” Explicar. É tudo conversado. Mas, eles lá em cima, não. Eles não querem nem saber. Eles ligam procurando: “Eu não quero nem saber. Se não tem os números aqui, porque não tá trabalhando!” Mas, por outro lado é o que a Cristina disse... se não tiver uma cobrança... o que acontece? Muitos profissionais que... entre aspas: “vai ficar na unidade o dia todo sem fazer nada.”

Elexandra (pesquisadora): É verdade. (p. 26, L. 727 a p. 27, L. 796).

(...) Nilmar (ACS): Entendeu?

Juliana (coordenadora): E, assim oh... o que eu vejo também de senso assim, muito presente de integralidade é esta questão de não engessar o profissional e organizar o serviço. Porque nós estamos a todo momento falando, que não tem como a gente trabalhar um... uma maior perspectiva da integralidade, sem uma organização do serviço... da rede. Então, ao mesmo tempo que a gente fala sobre uma questão muito engessada, que também é... dificulta aí... é... esse processo de integralidade, depois a gente fala também sobre a desorganização do sistema. Então, tem que ser medidas, que... garantam a organização... do sistema, né? Dos serviços, das redes de atenção, sem também é... interferir na qualidade da atenção. (p. 29, L. 802 a L. 812)

Juliana fala do lugar de gestora, de conhecedora da proposta como um todo que estava sendo implantada, orientando os trabalhadores e produzindo, de

certa forma uma interpretação diferente daquela descrita por alguns membros da equipe, que parecem organizar outros entendimentos sobre a programação dos serviços para viabilizar uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas atendidas.

Ela pontua que as pessoas da Secretaria do Estado (dirigentes lá de cima) têm dispensado um olhar diferente para a programação dos serviços, ao possibilitar a participação e a negociação com os trabalhadores na construção de pactos de compromissos, contrapondo a organização centrada em números rígidos, sem conhecer o território e as características da população atendida, ou seja, verticalizada e reducionista.

Pelas falas, associadas à proposta em implementação, Juliana deixa a entender que seria possível articular quantidade e qualidade na organização de práticas de saúde pactuadas e compromissadas com a integralidade. Isso seria sistematizado por uma pactuação ascendente, que consideraria os parâmetros preconizados em documentos oficiais, bem como as características da realidade, da população atendida e dos trabalhadores. Dessa maneira, os números e os tempos dispensados para seus cumprimentos seriam adequados conforme as necessidades, visando obter qualidade e resolutividade na produção final.

Nessas conversações, a opção adotada para a construção de sentidos de mudança parece passar por repasse de informações isoladas e fragmentadas, na direção de primeiro construir as partes, depois somar essas e produzir um todo.

Em outros termos, o que se deseja mudar e a direção que se deseja imprimir na mudança é produzido e conhecido, em sua totalidade, pelas pessoas que estão na função de gestoras, que por sua vez, vão distribuindo tarefas a serem implementadas pelos trabalhadores, que a medida que têm que desenvolvê-las vão tentando organizar sentidos, que pode ou não ir em direção à proposta imaginada.

Nilmar ressalta que o controle é preciso. Porém, não deve ser feito exclusivamente em torno da produtividade e a distância. Assim, ele convida os trabalhadores do nível de gestão, especificamente estadual e regional a vir também para o nível local para construção de contatos diretos e prolongados, que abram ao diálogo e a negociação com os trabalhadores, que operacionalizam na prática as ações de saúde.

No final, Juliana aponta que quando se propõe a atuar numa perspectiva da integralidade deve se pensar em uma articulação, uma complementação entre

quantidade e qualidade. Ela alega que o planejamento e a organização dos serviços não podem ser estabelecidos de forma ditatorial, rígida e engessada, em torno somente de tempo e/ou de números. No entanto, ela também acredita que não se pode ter qualidade nas ações de saúde sem estabelecer objetivos e metas, que se desejam atingir. Assim, a integralidade seria viabilizada por um meio termo entre essas formas de organizar os serviços de saúde.

Na análise desse subtema a integralidade foi descrita como uma postura dos trabalhadores de saúde, que devem abordar o usuário de maneira abrangente a fim de conhecer e de considerar todas as suas necessidades, que interferem no seu processo de vida e de adoecimento. A abordagem abrangente é caracterizada pelos participantes como uma prática que requer um tempo maior de escuta, de envolvimento com o usuário, uma abertura para a comunicação e a construção de relacionamentos, visando ampliar sua expressão em relação ao seu contexto de vida e suas necessidades, assim como a percepção dos trabalhadores.

O entendimento que se fez foi que essa abordagem está sendo impedida por vários fatores relacionados à forma como os serviços vêm se organizando no cotidiano, dificultando assim a prática da integralidade pelo trabalhador, compatível com esse sentido produzido. Porém, no decorrer das conversações foram se construindo outros entendimentos sobre esses fatores, amenizando as ansiedades e os desconfortos de alguns membros da equipe.

Ao partirem do entendimento que a organização dos serviços deve possibilitar o desenvolvimento da integralidade nas práticas dos trabalhadores, os participantes ainda indicam, nas conversações, a necessidade de rever e de buscar superar o processo de planejamento e de organização desses serviços e das práticas, de forma verticalizada, pautada somente em dados quantitativos e em números, sem conhecer e considerar as características do território e da população atendida, bem como sem escutar e envolver os trabalhadores nesse processo.

#### **7.1.2 - Segundo subtema:**

**“Trabalhadores e usuários não devem ter uma visão só curativa, só pontual para a doença que o paciente sofre e achar que é o remédio que faz o milagre.”**



Integralidade: capacidade dos trabalhadores de escutar e apreender de forma ampliada as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas, que buscam seus serviços e das melhores maneiras possíveis de respondê-las.

Seguindo as discussões grupais sobre as práticas dos trabalhadores e a integralidade, trataremos do segundo subtema gerado nas conversações, em que os sentidos da integralidade foram mencionados como uma atitude do trabalhador, diante do encontro com o usuário, permeada pela abertura para apreensão de outras necessidades além das físicas, relacionadas ao sofrimento, que motivou aquele encontro, bem como pela preocupação e compromisso de respondê-las da melhor maneira possível. Tal atitude implica ainda em contrapor a produção de respostas apenas pontuais, com recursos de caráter assistenciais e curativos, reduzidas ao uso de recursos tecnológicos disponíveis, como exames, medicamentos e consultas médicas.

Construímos sentidos em que tanto os trabalhadores, quanto os usuários devem recusar a visão unicamente pontual e curativa para a doença que o paciente sofre e o pensamento de que o único recurso a ser empregado é a medicação.

Em outros termos, abordamos recortes das conversas em que a apreensão da pessoa como um todo e portadora de um contexto de vida, indica que ela precisa ter outras atividades de cuidado, que não somente as voltadas pro uso de medicamentos.

As conversas estavam sendo permeadas por maneiras, que a equipe poderia ampliar seu enfoque de atuação para outras ações, além das curativas, das assistenciais e das medicamentosas, a partir da apreensão abrangente das necessidades das pessoas atendidas. Nessa perspectiva, Sorriso começa a explicitar que a população, a partir de uma percepção curativa, busca respostas nos serviços pontuais que deem resultado de imediato:

*Sorriso (Téc. enf): Então, eu acho assim... que a população. Ela tem uma percepção de... a... é curativa. Né? Eles querem assim... uma coisa que dê um resultado. Igual a Esperança falou... de imediato. Então, eles não buscam a prevenção, né? Que nem tem paciente... que já aconteceu comigo, de tá orientando... quanto a alimentação e tudo. E, às vezes, o próprio paciente reclamar e falar assim: “Não. Mas, eu quero só que olha a minha pressão. Não quero que me fale de nutricionista... que eu estou acima do peso... Que eu sou diabético... que eu tenho que fazer a dieta corretamente...” Entendeu? Ele quer ali, aquilo. Ele só quer saber o resultado da pressão*

dele. Como muitos outros, que a gente vê... que só quer saber o resultado da glicemia. Se deu 200... se deu 300... Não quer saber o que tá causando aquilo. Você fala assim: “Mas... ontem o senhor comeu alguma coisa assim... diferente... o que o senhor tomou hoje? No café da manhã... E tal?” Entendeu? Então, é, é o tal negócio... porque, prevenção é o trabalho. (p. 11, L. 298 a p. 12, L. 311).

Assim, tento compreender que relação ela estava fazendo com a integralidade e convidar outros participantes a entrar na conversa:

(...) Elexandra (pesquisadora): Daí, você está relacionando essa história com a integralidade em que partes? Só pra gente ir pontuando.

Sorriso (Téc. enf): Assim, porque a concepção da população é curativa... né? Eles têm essa concepção, que é o remédio, que faz o milagre assim! (estala os dedos) Entendeu? E... o que a gente... no caso do PSF, são estratégias... tudo isto daí que visam mais, justamente, um todo, né? Olhar a pessoa como um todo. Não só a parte ali, daquela doença que ela sofre. Mas, o contexto todo, as outras questões... psíquica... tudo...

Esperança (recepcionista): Não. Mas, é... Faz uns nove anos que eu trabalho no PSF, assim... teve uma mudança muito grande. Porque agora, eu percebo assim... que o trabalho dos agentes são maiores... as coisas, os agentes, tão, tão...

Sorriso (Téc. enf): Eu tou falando é justamente isto.

Esperança (recepcionista): Então, agora é hora de mudar... igual você tá falando assim... Então, pra, pra tirar um pouco, essa maneira curativa, imediata, que eles querem. Tipo milagreira... vamos dizer assim. Então, temos que trabalhar todos no mesmo, no todo, em outras necessidades. Fazer igual à Juliana falou... trazer eles, você entendeu? (...) Eu acho que tá na hora de mudar. Tirar essa impressão só curativa, este negócio: “Não, eu vou fazer isto e pronto e acabou.” Não... tem que trabalhar todo mundo, né? Num mesmo sentido... (p. 12, L. 332 a p. 13, L. 355).

Sorriso esclarece que a população ao ter uma concepção reduzida e curativa do homem e do processo do adoecimento, respectivamente, busca uma resposta nos serviços que promova a eliminação da doença, através do pensamento que o remédio soluciona tudo, milagreiramente, de imediato.

Porém, essa concepção é diferente da que os trabalhadores do SF devem ter do ser humano, enquanto uma pessoa composta por várias dimensões, pertencente e influenciada por um contexto, que necessita de outras atividades que não só remédio.

Nessa direção, Esperança refere-se à necessidade de mudar, de sair um pouco dessa maneira curativa, ao enfatizar a importância de todos da equipe trabalhar num mesmo sentido, do todo, com outras necessidades, para que a mudança ocorra.

Continuando seus esclarecimentos Sorriso aborda que existem muitos trabalhadores que ainda portam essa concepção curativa e reduzida do homem e do processo saúde doença.

(...) Sorriso (Téc. Enf): *Eu acho que aí, entra a visão do médico também, sabe?*  
(risos)

(Risos do grupo)

Sorriso (Téc. enf): *Sabe por quê? Porque tem muito médico, que ele só olha ali, a doença do paciente. Sabe? Esse, eu acho que se o paciente virar as costas, ele não sabe nem assim... o nome do paciente... Então, eu acho isto aí... não tou falando, assim. Eu tou falando que existem médicos. Na nossa rede, existe. Que você fala assim: “Nossa, ele deu um passe em mim.”* (risos)

(Risos do grupo)

Sorriso (Téc. enf): *Então... eu acho isto aí, assim... muito assim... falta de consideração com o ser humano...*

Elexandra (pesquisadora): *É verdade.*

Sorriso (Téc. enf): *Sabe? Você ir lá. Então, a pessoa passa até uma coisa, que não tem nada a ver pro paciente. Então, eu acho que... aí... porque... ele vai passar uma medicação... e tudo, tem que... ter um certo cuidado aí, com a pessoa. O respeito de falar: “Bom dia!” né?*

Esperança (receptionista): *Mas... (tenta interromper)*

Sorriso (Téc. enf): *Igual tem muitos, que eu já vi também: “O que você tem?” “Ué! Se eu soubesse...” Comigo mesmo, já aconteceu isto. (risos)*

(Risos no grupo)

Sorriso (Téc. enf): *Eu falei: “Se eu soubesse, eu não vinha aqui não.” Mas, também... um outro posicionamento. Vamos ver numa outra visão. Ao contrário, a do médico. O médico também, coitado! Tem uns também, que quer saber o que o paciente tem. Aí, existem aqueles pacientes, que já sabe tudo o que ele tem que tomar... tudo que ele tem que fazer... pra onde ele tem que ir... Ele sabe tudo. Aí, o médico não pode nem abrir a boca. Que ele tampa a boca do médico: “Não, eu quero é isto e pronto.” “O senhor me encaminha. O senhor...” Entendeu? Então, tem isto também. O contrário. São dois lados de uma mesma moeda. Mas, eu acho que a gente tem que continuar acreditando que o médico tá ali. Ele tem que também ser respeitado. E é ele que vai investigar, né? E saber. Ele tem que ouvir o paciente e ver o que ele tem... o que ele tá sentindo, né? Pra ele ver o que ele vai poder fazer.*

Esperança (receptionista): *Mas, aí entra dentro da parte...*

Sorriso (Téc. enf): *Então... Tem que ter um certo tempo, pra se fazer isto, né? (p. 15, L. 393 a p. 16, L. 424).*

Sorriso fala do lugar de usuária do serviço, que passa por abordagens pontuais, vigentes na prática de muitos trabalhadores, detendo-se a investigar restritamente a doença, sem possibilidade de um relacionamento mais abrangente, compromissado em escutar as necessidades do paciente. Ela critica o

comportamento desses profissionais, alegando uma falta de respeito e cuidado para com o outro (usuário).

Posteriormente, ela passa a analisar o outro polo da relação, a postura do paciente, relatando que tem também trabalhador que se interessa pelo paciente, se propondo a uma postura de abertura à expressão de suas necessidades. Mas, tem paciente que restringe a fazer um pedido pontual e específico, fechando a possibilidade de um relacionamento mais abrangente. Ela também critica a atitude desse, mencionando uma falta de respeito para com o outro, enquanto trabalhador responsável pelo atendimento.

Aqui, amplia uma característica do encontro entre trabalhador e usuário, indicando a necessidade de transformações nas atitudes diárias dos sujeitos envolvidos, que deve ser mediada pelo respeito e preocupação para com o outro, a fim de possibilitar uma expressão e uma apreensão abrangente das necessidades e das formas de respondê-las, na perspectiva de desenvolver a integralidade.

Nessas conversas, outro fator que nos chamou a atenção é que nesse encontro, em vários momentos podem ocorrer divergências entre o pedido feito pelo usuário e a resposta oferecida pelo trabalhador, deixando como grande desafio para transformação o estabelecimento de relações em que haja potenciais para tecer um novo terreno de necessidades, ou seja, a partir do que o usuário apresenta, o trabalhador deve estimular sua participação na identificação de suas necessidades como maneira de preservar sua autonomia e contribuir para o desenvolvimento de seu cuidado.

*Esperança (repcionista): Então Sorriso, igual você tá falando de médico. Aí... a gente não pode...*

*Sorriso (Téc. enf): Não. Eu não tou falando de médico. Eu tou falando de situações.*

*Esperança (repcionista): Não, você falou! Situações...*

*Sorriso (Téc. enf): Não. É diferente.*

*Esperança (repcionista): Então... a centralização nossa tem que ser aqui. Porque a gente não pode centralizar no que o médico... faz.*

*Sorriso (Téc. enf): Assim, eu tou falando de um modo geral sobre integralidade.*

*Esperança (repcionista): Então... Porque aí... entra a consciência de cada um, né? Cada um é responsável pelos seus atos.*

*Sorriso (Téc. enf): Não... Esperança. Eu não tou citando sobre áreas. Eu tou falando da integralidade como um todo.*

*Elexandra (pesquisadora): Sim.*

*Sorriso (Téc. enf): Aí, até tem a visão, né? Porque mudou-se essa visão. Antigamente, o paciente era olhado assim, só a doença, a parte curativa e tal. Agora, você vê o paciente como um todo, né? Mas, em várias ocasiões*

*assim... Você olha e vê muitos profissionais, que não vê o paciente como um todo.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Esperança (repcionista): Mas, é isto que eu estou falando...*

*Sorriso (Téc. enf): Você olha só o que tem que cuidar ali. Se é da infecção, daquela coisa... né? Daquele machucadinho, que tá no rosto. Às vezes, ele tá com uma abertura enorme, aqui, (põe a mão no abdome) no abdome e se passa despercebida. Ou, tá com uma úlcera, tá lá embaixo. (p. 16, L. 427 a p. 17, L 453).*

Nesse trecho, Sorriso esclarece as arguições de Esperança e conclui, dizendo que apesar de ter mudado a visão do paciente, de ser visto somente como a doença, a parte curativa, para uma pessoa que tem várias necessidades, ainda existem muitos trabalhadores que se restringem a manter esse olhar reduzido e objetivado.

No entanto, Esperança focaliza chamando a atenção do grupo, que a canalização da mudança não pode ocorrer somente em um profissional, pois todos precisam olhar para seus atos, deixando de olhar só a doença e/ou só o curativo.

Na sequência das conversações, Juliana ressalta que ao mesmo tempo em que a gente observa um movimento evolutivo, construído no sentido dos trabalhadores conseguirem apreender a pessoa, enquanto um ser integral e portador de várias necessidades ainda encontrava-se nos serviços de saúde trabalhadores, que pareciam estarem ausentes em tudo e sobre tudo o que vinha ocorrendo rumo à mudança. Esses, por sua vez, insistiam em responder a pessoa, atendendo uma queixa por atendimento.

*Carmem (ACS): Da integralidade, de ver a pessoa como um todo, ele (trabalhador) nunca ouviu falar.*

*Elexandra (pesquisadora): Aí, aproveitando o gancho nessa história, né? Eu tenho observado que em várias falas de vocês apareceu: “ver o paciente como um todo...” Como é isto pra vocês? Que entendimento vocês fazem disso?*

*(BREVE SILÊNCIO)*

*Maria Joana (ACS): Físico... psíquico... não tem que tratar só a doença. Tem que saber o motivo daquela doença... o que tem por trás, né?*

*Nilmar (ACS): A história, né?*

*Camila (médica): Às vezes, nem o próprio paciente sabe disso, né? Igual a gente vai ter o NASF, aqui, agora. Falta. Eu acho que falta bastante informação... Tanto... entre um serviço e outro... quanto pro próprio paciente... Assim, às vezes, ele chega querendo é... ser resolutivo, só que ele, o próprio paciente, não sabe que ele não é só... aquela doença física. É uma pessoa como um todo, tem a parte psíquica dele... tem a parte orgânica... que tem que ser tratada no geral. Não é só a doença, física, que a gente trata. Se tivesse um remedinho, que tratasse aquela doença... ia ser ótimo. Né? Mas, não é*

*assim. Às vezes, o que precisa melhorar é a relação familiar, a parte psicológica e daí a gente vê que nem o... o próprio paciente não tem essa... consciência.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Esperança (recepcionista): Da sua necessidade, né? (p. 42, L. 1171 a 1191)*

Nesse trecho também referiu-se à recusa, tanto por parte do paciente, quanto por parte dos serviços e trabalhadores, em reduzirem o olhar para a doença e para o remédio, mas, para o doente e suas várias necessidades. No entanto, Camila fala do lugar de trabalhadora, sobre a postura do paciente, que reduz sua apreensão em relação à pessoa, a um corpo com lesões, que deve ser tratada por meio de remédios, não reconhecendo-se como ser integral, portador também de outras necessidades, que requerem outras atividades para tratá-las.

Em outro momento da conversa estávamos refletindo sobre o segmento dos usuários pela rede, alguns ACS apontavam que, muitas vezes, o tempo de espera é longo para se conseguir uma consulta com especialista ou um exame de maior complexidade e com isto muitos usuários reclamavam. Assim, Carmem diz que a causa disso era o desajuste entre uma grande demanda e uma pequena oferta.

*Carmem (ACS): A demanda é muito grande... a demanda é grande, né? E, às vezes, o número de profissionais é pequeno pra atender tantas pessoas.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): E talvez até assim... o, o modelo em que a gente tá... utilizando. Né? Que não favorece esta questão, né? Nós estamos num modelo muito curativo. Então, assim, nós estamos batendo nessa tecla de cobrar... a população, tudo... mas, o que a gente tá oferecendo pra reverter essa busca... somente pelo atendimento médico? Somente pela receita? Somente pelo medicamento? Né? Então, ela tá utilizando... pela nossa percepção, por essas falas todas. Ela tá utilizando aquilo, que o serviço está... oferecendo. É aquilo que a gente fala. E aí a gente vai reagindo também, a gente reage, à medida que, ela vem aqui e... aciona. Se a gente se organiza... conhece essa realidade... busca essas articulações com outros setores, que a gente falou anteriormente, a gente consegue uma adequabilidade maior, de necessidade e de oferta. Né?*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): Então, é... todo, todas, todos esses excessos, essas dificuldades, que a gente acaba entrando em descrédito, talvez seja nessa forma organizacional, né? De como que a gente tá estruturando o nosso serviço, enquanto um serviço de Atenção Primária, né? Se eu tou lá criticando, que ela precisa, muitas das vezes, de hábitos mais preventivos... de tá mais envolvida em grupos, em ações. O que ela consegue... em relação a isto? Né? A gente entrando nas questões de promoção de saúde. Aquilo que, que eu oriento... aquilo que eu trago pro conhecimento dela, eu*

tenho que trazer também... condições pra que ela... consiga ter acesso... a tudo aquilo que eu tou... orientando, né?

*Carmem (ACS): Eu acredito Juliana que agora com a... com o grupo do NASF, a gente vai ter um pouco mais de credibilidade. Porque, assim, nós agentes, junto à população. Porque os grupos pra nós fica um pouco difícil quando a gente vai organizar. Porque, dependendo do assunto... eu sei que, às vezes, a gente pode convidar o médico, alguém pra tá vindo fazer uma palestra... Dependendo do assunto... a gente fica muito insegura... de tá formando aquele grupo com eles, sem ter um profissional mais... é...*

*Nilmar (ACS): Especializado...*

*Carmem (ACS): Qualificado praquilo. Então, muitas vezes, a gente vai abordar um assunto com eles, a gente fica insegura. Então, eu creio que agora, com os profissionais do NASF, a gente vai conseguir formar mais grupos... e vai ficar um pouco mais tranquilo. Então, talvez com os grupos, a gente consiga é... tá prevenindo mais. Realmente. (tom de riso) E então... (p. 30, L. 839 a p. 31, L. 882)*

Respondendo à fala de Carmem, Juliana chama a atenção para a importância também de rever o modelo que estão utilizando para estruturar os serviços, que oferece muito atendimento médico, receitas e medicamentos, estruturando-se muito numa perspectiva curativista e assistencialista, reagindo à medida que os usuários acionam, por meio do oferecimento do que tem em mãos.

Convida os trabalhadores a olharem suas práticas, alegando que ao conhecer a realidade e reconhecerem que os usuários precisam de outras atividades, de caráter de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde, devem orientar e proporcionar condições para que esses consigam ter acesso, revertendo essa busca centrada em procedimentos, medicamentos e consultas médicas. Indica que para reconstruir mudanças na concepção da população, primeiro tem que mudar as práticas que são oferecidas.

A integralidade foi abordada numa perspectiva que consiste aos trabalhadores conhecer e oferecer outras tecnologias aos usuários que possam proporcionar efeitos preventivos e promocionais, vivências alternativas e atividades que afastem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades”.

No início desse trecho, a conversa parecia tomar a direção de uma discussão da integralidade que requer mudança de postura dos trabalhadores, tanto na apreensão das necessidades, quanto nas respostas a essas, ampliando a diversidade oferecida. Porém, no seu desenrolar Carmem justifica o não desenvolvimento de tipos de ações preventivas e promocionais, reduzindo essas às

atividades de grupo, ao desenvolvimento de palestras, com a presença ou realizadas por um profissional especializado, qualificado para aquele assunto.

Esse conjunto de falas parece indicar que para se trabalhar com outras ações, além das legitimadas pelo modelo biomédico, requer do trabalhador uma apreensão ampliada das necessidades, assim como uma mudança no tipo das ações oferecidas e na forma de oferecimento, fazendo, às vezes, necessária a articulação com outros trabalhadores e setores.

Sorriso ainda contribui com as reflexões sobre esse sentido, informando a necessidade do retorno de informações sobre o usuário para que se consiga apreendê-lo de forma abrangente. Segundo ela é importante saber se houve mudanças no tratamento, o que aconteceu com o usuário durante o segmento todo (consultas médicas especializadas, públicas e/ou particulares, cirurgias, internações) nos serviços, que ele percorreu para dar continuidade a sua assistência.

*Sorriso (Téc. enf): E eu fico pensando ainda sabe no quê? No retorno...*

*Elexandra (pesquisadora): No quê?*

*Sorriso (Téc. enf): No retorno. Sabe? O retorno do paciente... depois de tudo que ele fez, aquele segmento todo. O retorno... O que aconteceu com aquele paciente? Aí ele passou, foi, encaminhou, foi lá no psiquiatra, tal, tal e ele nunca... a gente aqui é atenção primária, e ele nunca volta aqui pra falar, assim... A maioria não volta, né? O que aconteceu? Assim, pra dá o retorno pra médica, que foi a primeira que atendeu. Aonde ele tava, onde que ele mora... né? Onde tem os agentes dele... Né? Porque aí, dá aquela, fecha, né?*

*Gabriela (psicóloga): Mas, no caso, por exemplo, nas visitas os agentes não vão saber?*

*Sorriso (Téc. enf): Vão, mas, às vezes, a, a, a família leva pra internar não sei aonde... e, não sei o que... E não dão retorno nem pro agente.*

*Juliana (coordenadora): E também, assim... só ficar esperando o dia que o agente vai passar, porque muitas vezes, se ele não tem uma noção, né?*

*Maria Joana (ACS): Às vezes, o agente passou ontem e ele chega hoje da hospitalização e o agente só vai passar dali um mês, né?*

*Juliana (coordenadora): É...*

*Sorriso (Téc. enf): Ou, às vezes, até fez uma cirurgia e tal. Até a folha da cirurgia tem. Tem a folha da, da internação e tal. Mas, eu falo assim, esse retorno. Às vezes, ele muda de medicação... acaba que passou por um particular... né? E ele não vem aqui, não trás, né? E a gente tem que ficar pedindo: "Nossa, o que tá acontecendo?" Aí, ele já tá pedindo receita de um medicamento. Aí, a gente fala: "Mas, esse não tem aqui." (se refere ao prontuário) "Não? Mas, eu tou usando." "Mas, como?" "Não... é que eu consultei com um médico tal... não sei o que." Aí, ele passou por um particular, né? Aí, você cai à ficha, né? "Não, mas, aí, ele não deu uma receita pro senhor?" "Deu, deu. Mas ficou lá na farmácia." Aí, o que a gente*



*faz? Né? Aí, pede a doutora pra dar. Porque aí, ele precisa do remédio de novo, porque vai ser de uso contínuo.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Sorriso (Téc. enf): Aí, ele vai ter que ir atrás dessa receita. Voltar no médico... ou, não sei o que, pra dar um segmento ao tratamento dele. Aí, o retorno...*

*Elexandra (pesquisadora): Aí, como que a integralidade tá aparecendo?*

*Sorriso (Téc. enf): Precisa do retorno, né? Pra ficar, fechar completo. Isto daí é... faz parte da integralidade*

*Cristina (ACS): Ah, Elexandra! Eu acho assim... é... as diretrizes do SUS... demanda tempo pra... a gente tá em busca de, assim... de atingir, o objetivo. A integralidade. Eu acho assim, que tem melhorado muito. Igual... agora, com o sistema a gente tem é... as altas do hospital. Aí, tem como a gente tá buscando o paciente no dia seguinte. Até dá. Toda semana eles mandam o relatório de alta. A gente busca o paciente. Procura saber das necessidades. Então, tá melhorando muito. Mas, eu acho que demanda tempo. Por quê? Até a mentalidade do pessoal, o pessoal ficar todo educado... pra tá... entendendo o que é integralidade. Pra gente tá conseguindo é... atender com integralidade, demanda muito tempo. Porque a gente ficou muito tempo... na atenção curativa, né?*

*Elexandra (pesquisadora): Foi... É verdade... (p. 33, L. 913 a p. 34, L. 957)*

Sorriso refere, que muitas vezes o retorno para equipe, onde aquele usuário mora e utiliza o serviço não acontece, impedindo ou até mesmo comprometendo a qualidade e continuidade do tratamento, conseqüentemente a prática da integralidade.

Dessa forma, constrói-se entre os participantes a ideia que para a integralidade, na perspectiva da apreensão abrangente das necessidades e das formas de respondê-las acontecer, faz-se necessária a comunicação para que ocorra a articulação entre os serviços e os trabalhadores, a fim de permitir a circulação de informações sobre a assistência prestada ao usuário, assim como o acesso de maneira ininterrupta às várias atividades demandadas a sua situação em outro(s) ponto(s) de atenção, assegurando melhores condições para satisfação das necessidades.

Mais a frente, alguns participantes trazem a história de um usuário – João – portador de transtorno mental, que havia deixado a internação psiquiátrica a partir da responsabilização escrita de sua mãe – D. Maria (cuidadora). Aproveito o gancho nessa história para refletirmos sobre as questões deixadas para preparação, retomando o conteúdo da conversa para o tema integralidade:

*Elexandra (pesquisadora): Daí, vocês falando, né? Eu fico pensando, será que tipo de necessidade ela (D. Maria) traria pra gente resolver? Ela conhecendo a integralidade.*

Sorriso (Téc. enf): *A necessidade que ele... porque... se ela conhecesse, né? Como ela não conhece, é só medicamentos... se ela conhecesse, ela veria que ele é um ser humano, que ele precisa ter uma atividade... que a vida dele não é só voltada pros medicamentos. Que ele precisa produzir... entendeu? É, é... elevar a autoestima dele, com essa produção. Então, é... com tudo isso daí, ele voltar a ter uma vida, não totalmente assim... como antes. Mas, ter um início, né? Dele tá voltando...*

Elexandra (pesquisadora): *Hum hum. (Juliana volta do telefonema)*

Sorriso (Téc. Enf): *As atividades normais, pela idade, a faixa etária, tudo. Ou se pelo menos antes ele fazia alguma coisa, alguma atividade, ele poderia tá voltando a fazer um pouco dela. Ou que mudasse essa atividade, que ele fazia antes. Porque isto daí vai fazer ele se sentir melhor... vai gerar saúde pra ele... né? Felicidade.*

Elexandra (pesquisadora): *Então, Sorriso, você tá colocando que ela teria outros pedidos? Como é isto pra vocês? Que outros pedidos ela faria além de medicação, se ela soubesse o que é integralidade?*

Esperança (recepcionista): *Eu acho, pelo o que a Sorriso falou e pelo o que eu vejo, que ela não pediria só remédio e médico pra ele...*

Cristina (ACS): *Se ela soubesse, ela pediria alguma participação em atividades de lazer...*

Sorriso (Téc. enf): *Lógico... lógico.*

Elexandra (pesquisadora): *Até trabalho ela pediria*

Sorriso (Téc. enf): *Isto...*

Cristina (ACS): *A oportunidade dele tá fazendo uma atividade.*

Sorriso (Téc. enf): *Ele produzir... né? Volta a produzir.*

Esperança (recepcionista): *Com certeza.*

Maria Joana (ACS): *Ele é tão focado, que ele já chega aqui e pede medicação. O que você tiver e der pra ele de medicação, ele tá aceitando. Se você der um copo com água e falar que é remédio, ele quer. Ele é focado na medicação...*

Sorriso (Téc. enf): *Injeção não dói, de jeito nenhum. (p. 51, L. 1434 a p. 52, p. 1463).*

Sorriso associa a integralidade a uma concepção abrangente de homem e indica outras necessidades que seriam solicitadas por esse usuário, por meio de sua mãe, ao encontrar com um trabalhador de saúde, que inclui as de ordem psíquica, social e relacional.

Ao falarmos de outros pedidos que esses usuários fariam aos trabalhadores, como participação em atividades de lazer, trabalho, oportunidade de fazer uma atividade, de produzir para gerar saúde, se sentir melhor e voltar a viver, o grupo parece construir uma ideia de que o trabalhador precisa estar atento a escutar e apreender uma vez que pedidos de qualquer natureza podem ser feitos e trazidos pelo usuário.

Entretanto, cabe a ele refletir que nessa perspectiva de integralidade, muitas vezes os recursos disponíveis na unidade são insuficientes para responder

tais pedidos, fazendo-se, assim, necessária a articulação com outros setores da rede de saúde e/ou comunitária.

Portanto, a integralidade consiste em os trabalhadores conhecerem outras tecnologias, que possibilitem aos usuários apoio psicológico, vivências alternativas e atividades, que desviem o cuidado da correção de disfuncionalidades bio e fisiológicas para um aumento do diálogo, da autoestima, da produção de vida e da autonomia.

Na continuidade da discussão desse caso começamos a pensar como viabilizar o acesso desse usuário a outras ações, que o desfocasse um pouco do uso de medicamentos.

*Juliana (coordenadora): Ele (o usuário João) já tem um diagnóstico... fechado?*

*Esperança (recepcionista): Já tem Maria Joana?*

*Maria Joana (ACS): Quando eu peguei a área. Quando eu comecei na área, ela já não aceitava tratamento.*

*Esperança (recepcionista): Ele toma “enes” remédios...*

*Cristina (ACS): Ele é assim desde sempre. Pelo assim... (risos, porque interrompe a outra, sem levantar a mão) pelo que a mãe dele me relatou. Porque eu fui pesquisar mais assim, a fundo. Porque antes, era eu que fazia a área assim, né? Porque a Maria Joana pegou faz pouco tempo. Né Maria Joana? Aí, às vezes, assim... eu acho assim, que a mãe dele nem gosta de falar muito o que acontece lá. O real mesmo... que acontece. Porque, às vezes... acontece até coisa assim... pior que... o pessoal sabe, né?*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Cristina (ACS): Mas, ela relata que no parto... teve uma falta de oxigenação no cérebro.*

*Juliana (coordenadora): Tem alguma deficiência.*

*Cristina (ACS): Isto. Aí é... desde, né? Desde então.*

*Elexandra (pesquisadora): Gente! Mas, essa mãe pode estar com um sentimento de culpa muito grande, também... né?*

*Sorriso (Téc. enf): Precisa de tratar também...*

*Elexandra (pesquisadora): Ela também precisa, pelo que vocês estão falando.*

*Esperança (recepcionista): Eu acho que ela precisa. Eu acho que pra ela cuidar é, é assim... Eu vejo ela muito. Pra ela cuida assim, melhor dele, ela teria que tratar assim, dela primeiro. Entendeu? Porque além dele, ela tem uma irmã também que... teve fratura de fêmur. (p. 53, L.1495 a p. 54, L.1519).*

*(...) Esperança (recepcionista): Ela cuida do filho, você entendeu? Você vê que ela tá a ponto de explodir...*

*Maria Joana (ACS): Ela tá reclamando bastante à sobrecarga... da irmã e dele. (p. 54, L. 1526 a L. 1528)*

*(...) Esperança (recepcionista): Então. Eu acho, que ela precisaria de uma ajuda, pra desafogar ela. Não é?*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Esperança (recepcionista): Pra tirar um pouco dessa...*

Gabriela (psicóloga): Mas, será que ela nunca teve uma ajuda? Porque... eu tou pensando. Ele é assim desde criança, né? Que já?

Esperança (recepcionista): Aí, eu já não sei.

Gabriela (psicóloga): Assim... será que ela nunca passou? Ninguém sabe assim falar?

Esperança (recepcionista): Não sei... aí, eu não sei te falar.

Elexandra (pesquisadora): Mas, essas histórias assim. Acaba que a pessoa, às vezes, nem ela mesma olha pra ela.

Gabriela (psicóloga): Não, muitas vezes assim... as vezes, ela já passou por algum psiquiatra.

Esperança (recepcionista): Ela toma Amitriptilina, faz 500 anos.

Elexandra (pesquisadora): Até pra ajudar ele... né Gabriela?

Gabriela (psicóloga): Não. Porque, eu tou preocupada pelo seguinte... será que nunca ninguém atendeu ela?

Esperança (recepcionista): Uma vez, ela já deve ter passado. Porque ela toma Rivotril e toma Amitriptilina.

Gabriela (psicóloga): Ah, então... (p. 55, L. 1548 a p. 56, L. 1573)

(...) Esperança (recepcionista): Ele, ela leva no psiquiatra. Eu sei que ela leva certinho.

Camila (médica): Eu acho que a vida dela é o filho. Eu acho que ela nunca consultou, né? Ela só vem com o filho.

Esperança (recepcionista): Pegar remédio... receita dela.

Camila (médica): Ela já chega e fala assim: "Doutora dá um remédio pra tosse, pra esse... meu filho aqui. Porque ele tosse a noite inteira, não deixa o outro dormir, que tem que trabalhar no outro dia."

Cristina (ACS): O outro trabalha a noite e tem que dormir de dia.

Camila (médica): Eu acho que ela não se preocupa com ela. Só fala nele o tempo todo.

Elexandra (pesquisadora): Hum hum.

Camila (médica): Ela se anulou. Ele é a vida dela agora.

Esperança (recepcionista): Ela deixou de viver a vida dela, pra viver, né? A vida do filho, que tem problema.

Elexandra (pesquisadora): E, às vezes, a gente fica pensando assim, né? Essa internação, ela ver o filho internado foi uma coisa que gerou muito sofrimento pra ela.

Esperança (recepcionista): Ela viu ele amarrado lá. Aí, a hora que ela chegou lá, que ele começou a gritar e pedir pelo amor de Deus pra tirar ele, ela disse que não agüentou e assinou e tirou ele.

Cristina (ACS): Imagina você ver um filho amarrado assim.

Esperança (recepcionista): E ele tava em pleno surto.

Gabriela (psicóloga): Essa ligação é muito forte dela com o filho.

Esperança (recepcionista): É. É mãe, né? (p. 57, L. 1589 a L. 1612)

Cristina relata que ao pesquisar mais a fundo foi possível conhecer um pouco o contexto, a história de vida e a origem da doença de João e suas necessidades. Com base nisso, no decorrer da conversa os participantes explicitam indicações, que ao pensar em outras atividades de cuidado para responder às necessidades diversas de um usuário, às vezes, precisa tratar primeiro o cuidador,

que se encontra sobrecarregado, exausto, a ponto de explodir, para esse continuar cuidando melhor, ajudando o doente.

As conversas parecem indicar que a prática da integralidade, enquanto uma apreensão abrangente das necessidades, abarca em um esforço dos trabalhadores em compreender o sofrimento gerado pela doença e o significado que as propostas de cuidados adquirem na maneira de andar a vida do paciente, estendendo ao cuidador e a sua família, uma vez que o sofrimento de um membro, pelas exigências das necessidades acrescidas do envolvimento pelos laços afetivos fortes, pode gerar consequência na vida de outro membro e/ou da família toda.

Pelos relatos, D. Maria, a mãe, deixa de viver sua vida pra viver a vida do filho que sofre, passando a não se preocupar mais com ela, se anulando, só falando no filho o tempo todo. Mas isso, necessariamente, para D. Maria significa sofrimento, uma vez que desenvolver esses cuidados pode preencher sua vida e deixá-la mais tranquila. Nesse sentido, ela pode preferir continuar cuidando do filho a tê-lo distante, sendo cuidado por outros.

Ao falarem das condições que vivem D. Maria e sua família, os participantes se comovem com suas atitudes e passam a se preocupar com suas condições de vida com a finalidade de melhorar ou de ampliar as respostas ao processo de adoecimento de João.

*(...) Juliana (coordenadora): No CAPS assim... com a equipe do CAPS, já se tentou? Porque aí seria uma, uma outra medida aí, né?*

*Cristina (ACS): Alternativa.*

*Juliana (coordenadora): Que não a hospitalização. Porque lá tem os pacientes, que também são... é... intensivos, né? Que fazem ali, né? Um acompanhamento bem é... próximo. Todos os dias, de segunda a sexta-feira. Mas, não tem aquele modelo hospitalar... de sedação... de restrição... a não ser que seja em um momento de crise. Mas, se ele tá... na sociedade, se ele tá visitando os vizinhos, não tá agressivo... né? Assim, talvez o que a gente tá aí interpretando como um surto, pode ser melhor... controlado com... com o CAPS.*

*Esperança (repcionista): E ele ainda vai ter uma ocupação.*

*Elexandra (pesquisadora): Olha gente, pelo que eu estou percebendo nós estamos discutindo um pouco sobre esse caso e já estamos encontrando alguns possíveis desfechos por meio de articulações, etc. Vamos tentar destacar um pouco mais de que forma a integralidade pode estar aparecendo nessa história?*

*(BREVE SILÊNCIO)*

*Juliana (coordenadora): Assim... eu penso que a gente tem que chamar a atenção para uma questão, que já comentamos anteriormente... Pra importância de se conhecer o desenho da rede... né? Pra ir dando desfecho nos processos,*

*por meio de articulações dos pontos de atenção. Porque... por trás dessa estrutura, a gente percebe que tá uma família aí... em sofrimento.*

*Elexandra (pesquisadora): É verdade. Essa senhora deve tá sofrendo muito... Às vezes, até mais que o filho dela.*

*Juliana (coordenadora): Sim... sim.*

*Elexandra (pesquisadora): Eu acho que a integralidade também entraria na parte de ver toda essa situação, conhecer essa história mais a fundo. De sentar com a D. Maria e propor pra ela outras alternativas de tratamento. Às vezes, eu vejo, que seria caso de tratamento, de até levar ela junto. Ela visitar...*

*Cristina (ACS): Conhecer...*

*Elexandra (pesquisadora): Conhecer...*

*Juliana (coordenadora): Eles fazem um trabalho lá com a família...*

*Elexandra (pesquisadora): Pensar: “Não, aqui meu filho não vai...”*

*Carmem (ACS): Tá bem assistido...*

*Elexandra (pesquisadora): É. “Não vai tá... sendo mal tratado”. Digamos assim (faço gesto de colocar entre aspas). “Então, eu também posso ficar tranquila.” Então, eu vejo que é um trabalho que necessita mesmo dessa conversa, pra gente conhecer e ir articulando pra gente tentar... (p. 58, L. 1633 a p. 60, L. 1675)*

*(...) Esperança (repcionista): Trazer ele (o usuário João), tratar o paciente num todo...*

*Maria Joana (ACS): Tratar o paciente num todo.*

*Juliana (coordenadora): Diminuir... um pouco essa setorialização, né? E integrar mais todos os pontos... que é aquilo que a gente falou. Colocar o paciente do lado de dentro da rede. Porque o mesmo paciente daqui, que é o paciente de lá... que vai tá na hospitalização, né?*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): É a rede, que tem que formar... essa via de mão dupla, né?*

*Esperança (repcionista): Porque lá no... no CAPS tem horta comunitária, não é?*

*Sorriso (Téc. enf): Tem... é um tratamento mais humanizado, né? Com várias atividades... do que só assistir televisão.*

*Esperança (repcionista): Igual lá tem a horta comunitária. Aquele dia eles mostraram lá, né? Tem artesanato... Então, eu acho que pra esse paciente falta isto. Entendeu? É tirar um pouco assim... é... da cabeça dele, que ele tem que tomar só remédio e mexer com umas outras coisas... né? (p. 61, L. 1726 a p. 62, 1742).*

Após discutirmos um pouco sobre alguns possíveis desfechos para esse caso, associados com a integralidade, os participantes propõem a busca de outras medidas, ações alternativas, por meio de articulação com outro ponto de atenção, que respondam às necessidades do usuário de tratamento e também da cuidadora, visando diminuir suas preocupações, ansiedades e até mesmo sua sobrecarga.

Para realizar as articulações e, conseqüentemente, dar desfecho às necessidades dos usuários, Juliana chama a atenção dos participantes para a importância de se conhecer o desenho da rede.

Nessas discussões, a partir do conhecimento da história do usuário e de sua mãe (cuidadora) tento enfatizar a necessidade do trabalhador de propor e discutir com a cuidadora outras alternativas de tratamento, implicando em uma outra forma de atuar, que se distancia da atitude reduzida e unilateral de impor uma intervenção sem o aval do outro.

Os participantes ao continuarem conversando sobre a integralidade, enquanto um atributo desejável nas práticas dos trabalhadores, que consiste numa capacidade desses de escutar e apreender, abrangentemente às necessidades dos sujeitos que requerem suas atenções e de respondê-las das melhores formas possíveis, produziram alguns sentidos.

A partir da apreensão ampliada das necessidades dos sujeitos, os participantes criticaram tanto a postura dos trabalhadores, quanto dos usuários em manterem uma relação restrita, centrada em pedidos específicos e pontuais e em práticas curativas, imediatas e medicamentosas.

Assim, produzem-se convites para mudanças:

- na postura de todos trabalhadores da equipe, que precisam deixar de olhar só a doença e a parte curativa e ver o usuário, enquanto uma pessoa, portadora de contextos de vida e de necessidades diversas;
- na relação entre trabalhador e usuário, que deve ser marcada pela capacidade de interagirem-se, produzindo um ambiente respeitoso e acolhedor, que permita o diálogo, a preocupação com o outro, para possibilitar uma apreensão ampliada das necessidades e das formas de atendê-las;
- no tipo de práticas, atividades a serem oferecidas aos usuários e na forma desse oferecimento, proporcionando acesso a ações preventivas, alternativas, de lazer, que produza aumento da autoestima, da qualidade de vida, afastando o eixo do processo do cuidado de ações apenas curativas e medicamentosas, bem como remodelando a concepção do usuário em relação à solicitação e uso restrito de ações legitimadas pelo modelo biomédico. Para que isso aconteça, as conversas também indicam a necessidade de articulações com outros setores.

Essa perspectiva da integralidade, de apreensão ampliada das necessidades e das formas de respondê-las, nas discussões, também foi explicitada como a necessidade de articulação entre os serviços e os trabalhadores, viabilizando a troca de informações sobre o usuário e o acesso contínuo às suas

demandas. Em momentos finais da produção desse sentido, ela ainda foi relatada como uma postura do trabalhador, que deve estender seu olhar e escuta ao cuidador e à família do doente, uma vez que esses requerem também cuidados tanto para continuarem cuidando, quanto para permitirem que os outros trabalhadores contribuam nesse processo, por meio do desenvolvimento de suas ações.

## **7.2 - Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade enquanto um atributo da organização dos serviços de saúde.**

Essa segunda tematização envolveu também dois subtemas, que privilegiaram a análise dos momentos grupais em que as conversas trataram da integralidade enquanto um atributo desejável da organização dos serviços de saúde. No primeiro subtema os sentidos de integralidade foram produzidos como a capacidade dos trabalhadores de envolverem os usuários para participarem da apreensão abrangente das necessidades, assim como da elaboração das formas de respondê-las.

No outro subtema foram analisados sentidos em que a integralidade pressupunha numa possibilidade da equipe de SF estabelecer parcerias com outros setores, com a finalidade de garantir o acesso aos diversos recursos, tecnologias, que encontram-se espalhados em diversos espaços, para satisfazer as necessidades dos usuários.

### **7.2.1 – Primeiro subtema:**

**“Colocar o usuário do lado de dentro do serviço, considerando-o enquanto sujeito de necessidades, para organizar serviços de forma a ver suas necessidades e inseri-las dentro das prioridades de atenção dos trabalhadores.”**

Integralidade enquanto capacidade dos trabalhadores e gestores de saúde juntamente com os usuários em apreenderem de maneira ampliada as necessidades da população, possibilitando a sua participação na elaboração e implementação de respostas, por meio de uma perspectiva dialógica entre os diferentes sujeitos



envolvidos e entre seus diferentes modos de perceber e (re)significar necessidades e respostas.

Este subtema traz uma discussão sobre momentos das conversas grupais em que a integralidade foi abordada como a capacidade dos organizadores dos serviços de saúde (gestores e trabalhadores) em produzirem uma compreensão ampliada das pessoas, de suas necessidades e das formas de respondê-las, visando arranjos descentralizados, resolutivos e permeáveis à participação da comunidade.

Esse sentido foi produzido basicamente pelas conversas de Juliana, coordenadora das equipes, com pouca interação entre os participantes, a partir do meu pedido no início das conversas, quando proponho que trouxessem situações, experiências e/ou vivências de suas práticas cotidianas, que acreditavam ter alguma relação com o princípio de integralidade. Assim, Juliana, pautada pelo seu olhar de gestora, relata suas percepções:

*Juliana (coordenadora): Eu acho que... é... seria... a gente colocar o usuário... pra ser visto como do lado de dentro da organização do serviço de saúde. Porque, às vezes, a gente pensa só na organização estratégica do serviço, assim... do ponto de vista... administrativo, e não pensa nele estando do lado de dentro do serviço. Então, às vezes, a gente fragmenta, segmenta muito as ações, né? “Até tal ponto sou eu que faço... Até tal ponto eu não... não tem nada a ver comigo.” Eu joga a responsabilidade pra outro. Então, eu acho que... esse, esse fato dele ser colocado pra dentro. A gente olhar ele dentro do serviço de saúde, enquanto sujeito de necessidades... E o nosso serviço for se organizando de forma a ver suas necessidades e trazer isto pra nossa estrutura é... evitando um pouco esse excesso de burocracia e todos entre si, né? Tendo uma mesma postura... facilitando de uma forma é... a inseri-lo mesmo dentro das nossas prioridades de atenção. Porque eu acho que, às vezes, falta, né? Ele fica do lado de fora... das nossas decisões... né? E a gente burocratiza tanto: “Até tal ponto sou eu. Até tal ponto é um colega.” Que ele não consegue, né? Integrar nesse serviço. Fica totalmente distante do princípio da integralidade.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum! Juliana, deixa eu ver só se eu estou entendendo. Você tá colocando assim, que eu deveria ter mais comprometimento, responsabilidade com o usuário dentro do serviço. Seria isto?*

*Juliana (coordenadora): Seria isto.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum... (p. 4, L. 108 a p. 5, L. 128)*

Juliana faz um contraponto entre os fatores vigentes na forma de organizar os serviços que impedem a participação dos usuários nesse processo e a

apreensão abrangente dos trabalhadores em relação às necessidades da população por eles atendidos. Assim, ela vai também nomeando condutas que seriam desejáveis para modificar essa situação e permitir a prática da integralidade.

Segundo suas alegações, muitas vezes, os administradores e os trabalhadores de saúde só pensam na organização estratégica do serviço, acessando os usuários enquanto objetos, números, a partir dos quais planejam um conjunto de decisões técnicas. Com isso produzem excessos de burocracias, limitando a compreensão dos usuários sobre processo, além de fragmentar muito as ações e os serviços, em que cada trabalhador atende uma parte do sujeito e joga a responsabilidade para o outro.

Critica de certa maneira, a postura dos trabalhadores e gestores de saúde que se restringem a pensar apenas administrativamente, por meio de uma percepção reduzida e objetivada dos sujeitos sobre os quais os serviços e as ações irão incidir a condição de objetos fragmentados e descontextualizados, cujo saber, construído através das experiências de vida, de saúde e de adoecimento é desprezado, por ser considerado inferior ao saber científico e especializado. Isso dificulta a integração do usuário no serviço, na perspectiva de que ele fique do lado de dentro das nossas decisões.

A integralidade, nessa perspectiva de colocar o usuário e olhá-lo dentro do serviço de saúde, contraporia a postura criticada acima. Dessa forma, os trabalhadores e gestores ao pensarem a organização dos serviços deveriam adotar uma percepção da pessoa enquanto portadoras de várias necessidades, permitindo uma apreensão dessas e a partir delas estruturarem as ações que seriam priorizadas na atenção. Isso, conforme os relatos seria possível com a redução da burocracia, criada pelos trabalhadores e com a adoção de uma postura de abertura, para inserir os usuários nas decisões dos trabalhadores.

No decorrer das discussões, ao recorrer a algumas das questões deixadas para preparação, Juliana ainda aponta para outros fatores vigentes na forma de organizar os serviços que comprometem a construção da integralidade na prática dos trabalhadores, enfatizando uma indissociabilidade entre o pensar e o fazer.

*Elexandra (pesquisadora): Hum, hum. Daí, só pra gente não se perder. Vocês estão trazendo várias histórias interessantes. Acho que dá pra gente começar a*

*pensar um pouco, né? A respeito da integralidade aí. (...) Daí, a gente fica pensando... se esses pacientes, realmente entendessem o que seria integralidade, que tipo de pedidos eles fariam pra nós? Que tipo de necessidades eles teriam? Seria diferente do que eles têm hoje... seria a mesma coisa? Como que vocês vêem isso?*

*(Breve silêncio)*

*Juliana (coordenadora): Eu acho que seria bem diferente... né? É... A gente percebe que... essa falta de, do conhecimento... essa falta de um processo mais, mais próximo de formação desses, desses ideais do trabalho, é... gera pro trabalhador uma percepção dessa fragmentação, né? Do serviço muito é... muito restrito a um objetivo e, e assim... produz, nesse usuário uma sensação de que ele deve-se, também se privar e já ir buscar aquilo pontualmente. Aquilo que ele necessita... né? Então, a gente vê, pelos relatos de alguns usuários, a própria forma ou que o serviço de saúde está estruturado, ou até mesmo pela postura de muitos profissionais... que acaba com... a forma deles agirem, né? E a forma que o serviço está estruturado... já embuti essa... essa percepção, né? Então, eu acho que a... o bom uso do serviço viria com muito mais facilidade... Porque nos dias atuais, o que a gente vê é: que fica de um lado o serviço de saúde, jogando uma alta culpa quanto à utilização por parte do usuário. E, do outro lado à sensação de um serviço estruturado, resolutivo, também não chega pra ele. Então, fica parecendo que tá numa queda de braços, né? O usuário com uma percepção de cá, e o sistema, o serviço de saúde com outra percepção de lá. Então, seria essa interação das percepções e uma facilidade, né? Nesse... nesse entendimento, nessa... é, pensando aí numa rede como um todo. Porque a gente, às vezes, tem uma percepção mais... específica das unidades de atenção primária. Mas, é o mesmo indivíduo, que tá aqui, no PSF, que tá lá, no serviço especializado, que tá lá, na unidade de pronto atendimento e no hospital. Então, essa desestrutura... né? Essa falta de... organização, dos outros pontos também, dessa rede de atenção... elas favorecem essa percepção... e esse... jogo, né? De empurra de responsabilidades e de culpabilização também.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum. Então, pelo que você tá trazendo Juliana, é... Não teria integralidade devido à organização existente?*

*Juliana (coordenadora): Sim... eu acho que a organização não favorece isto. Tanto as pessoas... a organização... e... a estrutura do serviço, quanto também a questão de algumas limitações de grande parte dos profissionais que atuam. (p. 5, L. 138 a p. 7, L. 183)*

Os serviços ao serem organizados por trabalhadores, que em grande parte são limitados quanto ao conhecimento, a formação próxima aos ideais do trabalho (princípios do SUS – integralidade) se estruturam em torno de conhecimentos hegemônicos e biomédicos, legitimados culturalmente, apreendendo o sujeito enquanto um objeto, que pode ser visto por partes, a partir de uma produção fragmentada das ações, restrito a um objetivo de oferecer respostas pontuais. Essa estrutura e forma de organização gera no usuário uma ideia de que

ele deve privar-se de buscar outras respostas, que não aquelas oferecidas pelos serviços.

Tal contexto, caracterizado por uma não integração de percepções, por representações e visões de mundo diferentes, deixa de um lado os trabalhadores, jogando uma alta culpa nos usuários, quanto a má utilização dos serviços (excessos de buscas por consultas médicas, exames, encaminhamentos e medicações) e do outro os usuários não sentem que os serviços sejam resolutivos e estruturados.

Assim, a integralidade foi abordada como uma crítica à postura dos organizadores dos serviços de saúde, que acostumados a atuarem numa perspectiva mais biomédica e mecanicista não dispõem em escutarem as necessidades demandadas por aqueles que utilizam os serviços, desenhando uma arena, marcada pela impossibilidade de diálogo, de conhecimento das condições de vida da população e de implementação de mudanças, na busca de promover uma adequação entre práticas cotidianas dos trabalhadores e demandas.

Nessa proposta, Juliana exemplifica uma situação, convidando os participantes à reflexão:

*Juliana (coordenadora): E é aquilo que a gente falou... né? Assim... Essa integração de colocar o usuário... a família... e a comunidade dentro...*

*Esperança (recepcionista): Dentro...*

*Juliana (coordenadora): Dentro da unidade de saúde. Aí, a gente vai conseguir ampliar aí o nosso foco, enfoque de atuação também... né? Então, se, se eu estou vendo que as maiores deficiências e necessidades são no sentido de ter acesso... a essa alimentação mais saudável. Como que eu posso envolver a comunidade? Eu, sozinha, não tenho como ir lá, passar no hortifrute e trazer uma ferinha no final do mês pra todo mundo. Mas, eu tenho como envolver a comunidade... e buscar junto deles uma horta comunitária... né? Trazer a pastoral da criança... a pastoral da saúde... pra trabalhar, pra se envolver. Nesse aspecto.*

*Cristina (ACS): Integrar então os outros setores...*

*Esperança (recepcionista): Tem que ser um conjunto, né?*

*Maria Joana (ACS): Não só a equipe do PSF, mas os outros setores da comunidade.*

*Juliana (coordenadora): Isto... as pessoas, né? De volta naquilo, não tem como a gente ficar aqui, no nosso quadradinho, né? Dentro da nossa unidade... buscando ter uma postura de integralidade perante... a comunidade como um todo, né? Eles são... do mesmo jeito que a gente falou dessa integração da rede, dos outros pontos de serviço... Eles são os mesmos que estão na escola... que estão na igreja... que estão em outros locais, né? Então, vamos envolver tudo nessa...*

*Maria Joana (ACS): É. Porque, se trabalhar com integralidade, com as outras partes da comunidade, a gente vai trabalhar com a prevenção e... desafogar um pouco o PSF. Aí, não fica essa demanda toda.*

*Esperança (repcionista): Aí, saí né? Se trabalhar todo mundo integrado, como vocês estão falando. Aí, sai desse processo imediato... né? De, de pronto atendimento imediato... que a pessoa vem: “Ai! Eu quero um ortopedista. Eu quero um otorrino. Eu quero isto, eu quero aquilo...” Eles mesmos já acham que eles estão, né?*

*Juliana (coordenadora): E, até aquele paternalismo, né? Do paciente que... ele chega, a gente imprime uma forma de cuidado e coloca: “Siga-se”, né? Uma vez que ele é sujeito. Ele tá envolvido enquanto cidadão, né? Em questões de direitos e de deveres também. De tá participando ativamente... de buscar junto com o serviço de saúde as melhores formas... né? De... resolver os seus problemas. Não só dele, mas da comunidade como um todo. Né? Essa percepção... também de saúde coletiva, vai de encontro com o que o Nilmar colocou... Né? É... Deles estarem vendo também... tendo essa percepção, entre eles, de prioridades de atenção... né?* (p. 9, L. 257 a p. 11, L. 294)

Juliana relata a apreensão de uma necessidade (alimentação saudável), que aos olhos dos serviços estruturados numa perspectiva reduzida não caberia aos trabalhadores de saúde respondê-la e muito menos articularem para que fosse respondida por meio de outros. No entanto, pensando na integralidade como uma capacidade de propor arranjos resolutivos e permeáveis a participação dos usuários, ela cita maneiras como isso pode ser feito.

Alguns participantes entram na conversa. E Juliana complementa, dizendo que para o trabalhador ter uma postura de integralidade ele tem que sair do seu quadradinho (unidade) e envolver-se com a comunidade, com outros equipamentos comunitários (escola, igreja) para ampliar seu enfoque de atuação.

Esperança acrescenta que se trabalhar todo mundo integrado, modifica o tipo de pedido (específico e pontual) feito pelos usuários. Juliana ainda relata que as modificações podem se estender às práticas dos trabalhadores, deixando de ser prescritivas e impositivas, uma vez que o usuário sendo considerado como sujeito pelo trabalhador, teria oportunidade de participar ativamente da busca das melhores formas de responder às suas necessidades, juntamente com o serviço.

Esse sentido foi produzido por meio de críticas às posturas dos organizadores dos serviços de saúde, de apontamentos de posturas desejáveis, na direção a praticar a integralidade e de citações de exemplos.

Assim, a integralidade foi abordada enquanto capacidade dos trabalhadores de saúde de ouvirem e valorizarem as demandas dos usuários, de considerarem as necessidades da comunidade na organização do serviço, que neste sentido seria colocar o usuário, a família e a comunidade dentro dos serviços

de saúde para ajudar a organizá-los. Tal inclusão deve permitir a participação de todos os sujeitos envolvidos na apreensão abrangente das necessidades das pessoas atendidas pelo serviço e na elaboração de respostas às mesmas.

### 7.2.2 – Segundo subtema:

**“Envolver todos serviços de saúde e outros pontos de serviços na comunidade para dar segmento, continuidade no tratamento.”**

Integralidade caracteriza-se pela articulação entre os vários serviços em uma rede para garantir o acesso às necessidades demandadas pelo usuário, em cada situação, de maneira ininterrupta às diversas tecnologias que estão distribuídas em uma ampla gama de serviços.

Nesse subtema foram selecionados recortes dos momentos grupais em que a integralidade esteve caracterizada como a possibilidade de articular recursos, tecnologias para construir uma rede, que atue enquanto um dispositivo para ampliar a capacidade de resposta, satisfazendo as necessidades diversas dos sujeitos.

Esse trecho da conversa foi novamente apresentado para abrir a construção desse subtema pela potencialidade em exemplificar, além da possibilidade da participação do usuário na apreensão das necessidades e na elaboração das respostas, o envolvimento de outros equipamentos comunitários para aumentar as possibilidades de satisfazer as demandas das pessoas atendidas.

*Juliana (coordenadora): E é aquilo que a gente falou... né? Assim... Essa integração de colocar o usuário... a família... e a comunidade dentro...*

*Esperança (repcionista): Dentro...*

*Juliana (coordenadora): Dentro da unidade de saúde. Aí, a gente vai conseguir ampliar aí o nosso foco, enfoque de atuação também... né? Então, se, se eu estou vendo que as maiores deficiências e necessidades são no sentido de ter acesso... a essa alimentação mais saudável. Como que eu posso envolver a comunidade? Eu, sozinha, não tenho como ir lá, passar no hortifrute e trazer uma feirinha no final do mês pra todo mundo. Mas, eu tenho como envolver a comunidade... e buscar junto deles uma horta comunitária... né? Trazer a pastoral da criança... a pastoral da saúde... pra trabalhar, pra se envolver. Nesse aspecto.*

*Cristina (ACS): Integrar então os outros setores...*

*Esperança (repcionista): Tem que ser um conjunto, né?*

*Maria Joana (ACS): Não só a equipe do PSF, mas os outros setores da comunidade. (p. 9, L. 257 a p. 10, L. 271)*

Juliana identifica uma necessidade que não pode ser satisfeita com as tecnologias que a equipe de saúde têm em mãos. Todavia, ela abre a possibilidade de satisfação ao sugerir a construção de articulações com outros setores da comunidade.

*Juliana (coordenadora): De repente assim, a gente resgatar, que assim... é... nós precisamos... aqui é que nós temos a possibilidade de junto com eles, com a participação deles, de tá movimentando, né?*

*Esperança (recepcionista): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): Não vamos esperar que isto parta é... somente é... somente deles, né? E, até mesmo... e a gente fala tanto nessa questão de que ele é que vem trazer isto pra gente. Até mesmo, que os outros setores também pensem nisto e venham nos procurar nesse sentido de uma maior integração... é bem aqui mesmo. Já com esse vasto conhecimento sobre a necessidade de saúde da população... dessa, desse relacionamento bem próximo com eles, é que a gente vai conseguindo juntos estruturar, né? Se a gente ficar é... acaba que a gente cai um pouco naquele comodismo, né? De ir fazendo... ir fazendo... fazendo. Vai virando uma certa rotina e a gente começa a não ter mais essa percepção crítica, né? Da onde nós estamos deixando... Da onde a gente tá quebrando, né? Esta questão da, da integralidade... da atenção à saúde.*

*Elexandra (pesquisadora): Hum hum.*

*Juliana (coordenadora): Então! Eu acho que a gente tem que pensar muito nisto. Desde o início da Estratégia de Saúde da Família já vem, a gente já vem obtendo alguns resultados? Positivos? Sim. Mas, o que mais a gente pode fazer? Em que? Quais são os pontos que a gente vê as maiores fragilidades junto da comunidade? Pra poder tá... buscando cada vez melhores resultados... em relação à integralidade.*

*Elexandra (pesquisadora): Então, a Juliana tá conversando um pouco sobre a organização de serviços. Vamos pensar que entendimento de integralidade está por trás disso que ela está falando?*

*(BREVE SILÊNCIO)*

*Esperança (recepcionista): Eu acho... que ela está falando da equipe juntar com a comunidade, pra junto pensar nessa mudança do serviço, não é?*

*Juliana (coordenadora): É... E aí, o PSF estaria num posicionamento privilegiado pra ser o articulador, né? O maior articulador. Não como único responsável, né? Mas, por ter um, uma... visão mais privilegiada... da realidade pra articular os outros pontos da rede. (p. 13, L. 356 a p. 14, L. 387).*

Convida os trabalhadores da equipe a juntarem com a comunidade, com outros setores para se movimentarem, respondendo às diversas demandas. Enfatiza ainda que, a procura por uma maior integração deve partir da equipe, ao invés deles ficarem esperando iniciativas da própria comunidade ou de outros setores da saúde para que isso aconteça. Pois, a equipe apresenta maior potencialidade para estruturar, principalmente a articulação com a comunidade por estar em uma

posição privilegiada de conhecimento em relação às necessidades e por possuir um relacionamento mais próximo com as pessoas daquela área.

A integralidade é tratada como a capacidade de trabalhadores, a partir de uma apreensão ampliada dos aspectos condicionantes e/ou determinantes do processo de adoecimento de uma dada população e dos recursos que possuem, articular com os outros setores, especificamente os comunitários sociais e de apoio, na construção de uma rede de serviços, a fim de aumentar a capacidade de respostas às demandas das pessoas.

Em outro momento, as conversas no grupo priorizavam críticas em relação à organização das práticas pautadas em quantidade excessiva e em um tempo rígido para o seu desenvolvimento Gabriela muda a direção das reflexões:

*Gabriela (psicóloga): Eu tou pensando aqui. Eu acho que tinha que voltar assim, um pouquinho no papel de cada um, né?*

*Esperança (recepcionista): É...*

*Gabriela (psicóloga): Por exemplo, qual que é o papel do agente, né? O que ele tem que tá ouvindo? O que ele tem que tá em busca nessas visitas? Porque realmente, nem o próprio profissional vai resolver tudo.*

*Nilmar (ACS): Hum hum.*

*Gabriela (psicóloga): Né? Então, é uma forma de vocês também dentro... dessa visita de quinze minutos... tarem assim... pontuando, muitas vezes, com aquela pessoa. Se ela tá te contando uma depressiva, né? Então, ela começa a falar e ela não para. E, ainda mais se tem alguém pra ouvi-la.*

*Esperança (recepcionista): Nossa!*

*Gabriela (psicóloga): A hora que encontra: “Ah, é esta mesma, né? Esta eu vou pegar e vou ficar com essa pessoa pra... pra mim ouvir.” (tom de riso) Né? Então, eu acho que tem formas... que... que até no nosso grupo, nós vamos tá vendo isto. Né? De você tá fazendo com que esta pessoa é... consiga procurar... um outro lugar... pra tá falando...*

*Maria Joana (ACS): Então, mas...*

*Gabriela (psicóloga): Não cortando ela. Falando: “Eu tenho que ir embora.” Né? Mas com, com palavra assim, tem como você... fazer ela entender que você tem que fazer outras visitas, né?*

*Maria Joana (ACS): Mas, nem sempre tava tendo lugar pra atender essa demanda, né? Aí, não tem como tá encaminhado aquele paciente pra determinado lugar, se não vai ter... quem receber o paciente. Aí, ele fica parado no meio do caminho. Você não termina de atender ele e...*

*Gabriela (psicóloga): E não tem pra onde mandar.*

*Nilmar (ACS): Isto...*

*Maria Joana (ACS): E não tem outro profissional pra você encaminhar o paciente. e aí, como que fica?*

*Gabriela (psicóloga): Aí, é verdade. Aí, já é outra... né? Outra realidade.*

*Maria Joana (ACS): Não tem como você atender ele como um todo.*



*Nilmar (ACS): Porque... tipo assim. Às vezes, eu passo na casa de um paciente hoje. Eu tento ser o máximo de humano, de integral com ele e... você nota que ele precisa de, por exemplo: "Ai, eu preciso de um especialista." Assim, você nota que ele precisa de um psicólogo. Um exemplo. Lógico, que eu não vou mandar ele pra um psicólogo! Eu vou encaminhar pra doutora, aqui do PSF. Só que daqui, a doutora fala que ele deve ser encaminhado pro psicólogo. Chega lá: "Ah, não tem vaga em tal lugar." Aí, ele vai ficar esperando. Aí, eu vou chegar na casa dele, no próximo mês, ele vai falar: "Até hoje não marquei."*

*Gabriela (psicóloga): Vocês tão dizendo que, às vezes, a realidade é outra...*

*Nilmar (ACS): Isto...*

*Gabriela (psicóloga): E vocês, que estão ali com a demanda, e vocês têm que resolver.*

*Nilmar (ACS): Isto.... (p. 22 L. 622 a p. 24 L. 665).*

Aqui, parece ocorrer divergências de entendimentos sobre a atuação do trabalhador de SF. Gabriela por essas falas convida a uma análise dos papéis de cada um, parecendo apreender de maneira reduzida o ser humano, suas necessidades e até a capacidade de resposta às essas pelo trabalhador. A partir de uma significação legitimada pela cultura biomédica em que o ser humano é objetificado e fragmentado em partes cada vez menores, ela deixa a entender que o papel de ouvir, "escutar" a pessoa cabe ao psicólogo, que na figura de um especialista, por formação, seria um dos únicos capaz de responder às necessidades psíquicas da pessoa e não um ACS, visto como um leigo no assunto.

No entanto, no decorrer da conversa, os ACS Maria Joana e Nilmar apontam pra outro entendimento, construído com base em suas experiências como "leigos". Eles referem-se ao usuário enquanto pessoa, influenciada por várias condições de vida que no momento de suas práticas necessitam de serem ouvidas, pelo menos para amenizar sua necessidade, uma vez que pode haver uma impossibilidade de dar segmento ao seu tratamento por outro profissional especializado, em outro local.

Essas conversas ainda apontam para uma situação que diz respeito à falta de vagas, que deixa o usuário parado no meio do caminho, impedindo que ele seja atendido como um todo. Tal situação, associada à gestão do serviço, pode levar o usuário, assim como o trabalhador a se voltarem para buscas e/ou indicações de recursos restritos à demanda de agendas dos serviços de saúde, conformando uma prática, que tende a superlotar as agendas com situações de diferentes necessidades, inclusive com as que poderiam ser trabalhadas em outros espaços e grupos da comunidade. Isso ainda pode restringir uma articulação entre a gestão

dos serviços e a gestão do cuidado, tão necessária, quanto a intersetorialidade quando se pensa em prestar atenção na perspectiva da integralidade.

(...) *Esperança (receptionista): Mas, o que a Maria Joana falou tem a ver com a integralidade. Dela falar que, que atende o paciente num todo, não tem? Porque é igual ela falou. Às vezes, precisa do psicólogo. Manda pro psicólogo. Então, quer dizer que tá integrada ali, a rede, né? De tá. Da consulta. O paciente vem... consulta. Não, o agente. Começando, o agente faz a visita. Aí... "Não, é caso pro psicólogo." Passa pelo clínico. Aí, o clínico encaminha. Aí, já tá faltando lá. A vaga lá, né? Aí, tá faltando...*

*Camila (médica): Aí, tem uma descontinuidade do tratamento.*

*Esperança (receptionista): Isto... Aí bloqueia, né? Corta o vínculo? Né? Cortou.*

*Elexandra (pesquisadora): A continuidade...*

*Nilmar (ACS): Isto... porque se tivesse o segmento. A sequência, seria muito mais fácil.*

*Esperança (receptionista): Aí, seria integralidade.*

(...) *Cristina (ACS): Eu acho assim, que isto entra na falta intersetorialidade. Que é a integralidade do sistema. É um ajudando o outro. Pra tá funcionando direitinho...*

*Nilmar (ACS): Pra dar sequência até... o final. (p. 29, L. 813 a p. 30, L. 836)*

Assim, foram se produzindo conversas que enfatizaram a integralidade como a capacidade dos serviços de SF articular com outros serviços especializados, através da formação de uma rede, para permitir que os pacientes tenham condições de percorrer seu caminho até outro trabalhador de saúde, num outro ponto de atenção, para que seja atendido no seu todo.

Juliana, nessa parte da conversa, compara a forma de atuação dos profissionais, dentro do modelo ambulatorial, com os que atuam na proposta de SF, alegando que antes a prática era centrada em um atendimento totalmente individual, pontual, sem maiores possibilidades de articulação e de preocupação com a comunidade como é hoje.

*Juliana (coordenadora): E, assim, colaborando, contribuindo, colaborando aí... (tom de riso) com a formação desse conceito, que é algo que a gente também tem expectativa. Por quê? É... O modelo desses profissionais, que a gente tinha centrado no ambulatório... eles é... é um atendimento totalmente individual. Totalmente focado... né? No indivíduo. E, não na comunidade. Não tem toda essa, essa, essa possibilidade de uma articulação maior, né? E além do mais, a gente tem visto também que assim, os outros setores. Eles também estão cronificando assim... os, os pacientes. Às vezes, aumentam o tempo de hospitalização psiquiátrica... o tempo de hospitalização clínica... até mesmo no CAPS, por quê? Quando ele volta pra comunidade... Como que acontece esse processo de reinserção? Que habilidade, por exemplo, que... a rede de saúde mental tem... de fazer uma*

alta pra um paciente, que já tá em condições, sendo que ele vem pra comunidade e não vai ter essa múltipla atuação, né? Pra dar segmento e evitar uma nova agudização e uma outra... hospitalização psiquiátrica? Né? Então, assim... seria esse fortalecimento da atenção primária, tanto com questões de tecnologia mesmo. De tecnologia de equipar, de dar mais possibilidade pras unidades. Quanto essas tecnologias humanas mesmo... de vir a somar, né? As nossas ações.

*Elexandra (pesquisadora):* Disso que a Juliana tá colocando... da necessidade de se ter organizada uma rede. Como que vocês articulam isto com a integralidade?

*Juliana (coordenadora):* Eu vejo assim, da integralidade da rede mesmo. De, de tá conseguindo trabalhar essa integralidade em todos os pontos de, de atenção... de articular um ponto com o outro... garantindo, né? Assim... é... uma atuação segura... ética, resolutiva, né? E não que a gente só simplesmente direcione pra outro ponto, sem ter esse compromisso, essa responsabilidade de que aquele ponto está realmente preparado, né? Habilitado, pra poder dar segmento... a atenção à saúde. (p. 32, L. 883 a p.33, L. 911)

Nessa direção, Juliana relata que essa reduzida possibilidade de articulação da equipe de SF com outros setores, acaba cronificando os usuários em outros pontos de atenção da rede, aumentando o tempo de hospitalização, por na comunidade, nas práticas estruturadas pela equipe de SF, existir diminuídas possibilidades de retorno, de reinserção, de uma múltipla atuação dos trabalhadores para dar segmento e evitar uma nova crise e outra hospitalização. Para isso ela indica a importância da equipe de SF estar preparada, habilitada para dar seguimento a atenção à saúde do usuário.

A integralidade foi produzida como uma organização de uma rede, caracterizada pela articulação entre o serviço de SF e outros pontos de atenção à saúde, a fim de garantir um segmento, uma reinserção do usuário na comunidade, por meio de uma atuação da equipe segura, ética, resolutiva, compromissada, com possibilidade de continuar satisfazendo as necessidades reabilitativas e preventivas das pessoas encaminhadas.

Dando continuidade à conversa, os participantes começaram a falar sobre as expectativas em relação ao trabalho que iria ser iniciado pela equipe do NASF. Falavam sobre a possibilidade de articulação entre esses trabalhadores com os da equipe de SF para aumentar a capacidade de solucionar alguns problemas da população, através da troca de ideias, de um maior apoio, formação de grupos, realização de palestras.

Nilmar (ACS): *Só completando o que a Carmem disse... Eu acho que... que nem... como a Gabriela disse. A equipe do NASF, que tá vindo agora pra unidade. É... é mais uma equipe, que tá vindo pra somar... Creio eu, que a população vai sentir mais... como que eu vou te explicar? Assim...*

Maria Joana (ACS): *Mais amparará.*

Nilmar (ACS): *Vai ter um apoio maior... pra tá é... tipo assim, pra tá resolvendo os problemas, que eles têm. Vai ter um suporte pra eles: “Opa! Lá no PSF agora... não tem só os agentes. Ou, só a doutora pra fazer o atendimento. Não. Tem sempre uma equipe fazendo... dando palestras, tendo aquele grupo fazendo... o trabalho deles pra tá ajudando na comunidade.”*

Elexandra (pesquisadora): *Hum hum.*

Nilmar (ACS): *Então, creio eu assim, que... nós, agentes, no dia a dia nas visitas, se tiver algum problema diferente, a gente pode tá vindo trazendo, através do pessoal do NASF também. Passando pra eles: “Olha, tem isto na área e tal”. É uma troca de ideias.*

Elexandra (pesquisadora): *Entendi.*

Nilmar (ACS): *Pra tá ajudando a gente. E eles ajudando a gente também... pra desenvolver uma solução pra aquilo ali. (p. 34, L. 958 a p. 35, L. 976).*

Nesse momento, Gabriela começa descrever como que ocorrerá a estruturação de algumas atividades para aumentar as condições de reinserção dos usuários, vindos de outros serviços e com isto vai exemplificando algumas maneiras de articular com outros serviços, formando uma rede.

(...) Gabriela (psicóloga): *Nós vamos iniciar com os grupos, né?*

Esperança (recepcionista): *Hum hum.*

Gabriela (psicóloga): *Vai começar com um... pequeno grupo.*

Esperança (recepcionista): *É...*

Gabriela (psicóloga): *Porque as pessoas vão começando, a saber, que existe. Né? Por exemplo, lá do hospital psiquiátrico. Então, a gente vai ter essa...*

Esperança (recepcionista): *Esse vínculo?*

Gabriela (psicóloga): *É... com eles. Por exemplo: “Que paciente que tá tendo alta?”  
Aí, vamos ver lá.*

Esperança (recepcionista): *A tá.*

Gabriela (psicóloga): *Psicótico, alcoólatra... né? Quem são eles? “Ah, é da minha área.” Né? Então, por exemplo, o hospital tem que tá sabendo que eu posso formar um grupo de psicótico.*

Esperança (recepcionista): *Hum hum.*

Gabriela (psicóloga): *A saúde mental tem que tá sabendo disso. Mas, como eu falei com as meninas, anteriormente, né? A gente não pode é... é, eu vou pegar os pacientes de lá e vou formar este grupo, né?*

Esperança (recepcionista): *Não.*

Gabriela (psicóloga): *A gente tem que ter um respeito com o que já tá acontecendo... e depois a gente vai lá, no CAPS pra falar: “Bom, eu tou lá. Eu quero montar esse grupo, receber esse paciente, nem que seja uma vez por semana.” Pra ele não ficar só naquela instituição, pra ter um local também pra ele ir. Como se... Então, assim, a gente vai tá formando... igual eu falei. Vai demorar um pouco... né? Porque é novo o serviço e a gente vai...*

*Esperança (receptionista): É verdade.*

*Gabriela (psicóloga): Mas, quando tiver essa ligação... às vezes, a gente não vai dar conta da demanda... (risos)*

*Nilmar (ACS): É...*

*Esperança (receptionista): Vai ser uma coisa... eu entendo assim, oh... vai começar um elo e vai ter vários elos...*

*Gabriela (psicóloga): A demanda instalou...*

*Esperança (receptionista): Um elo vai puxando o outro...*

*Gabriela (psicóloga): Vai... alguma coisa a gente tem que começar, né? Começa num ponto... depois vai abrindo...*

*Elexandra (pesquisadora): Vocês estão construindo uma rede... né? De assistência. Que nem entrou o NASF, é mais uma equipe de apoio, né? Se eu preciso de resolver a situação daquele paciente, eu sei com quem conversar. Ela falou: Saiu lá do hospital. O hospital já vai estar sabendo que acontece um grupo assim, cozido e assado. E vai saber pra onde encaminhar esse paciente. Porque aqui, não é a porta de entrada? E o paciente não é responsabilidade da equipe de PSF? Então, se ele sai e é assistido em outro local, é pra cá que ele vai voltar, né?*

*Esperança (receptionista): Com certeza.*

*Elexandra (pesquisadora): E essa rede organizada, desenhada, ela tem que ser divulgada. Também não resolve começar o trabalho do NASF aqui, se o hospital não sabe o que acontece aqui.*

*Gabriela (psicóloga): Hum hum.*

*Elexandra (pesquisadora): Então, a partir do momento que eu entendo qual é a função daqui, qual a função de cá... é tranquilo pra mim conduzir o paciente, orientar esse paciente o que ele precisa e onde ele vai procurar ajuda. Né? Então, essa conversa entre os serviços de saúde, o que é feito num ponto de atenção, o que é feito no outro tem que existir. Eu acho até que precisava de criar um manualzinho pra isto. Né? (p. 36, L. 1008 a p.38, L. 1063).*

Gabriela enfatiza que para articular com outros serviços deve procurar esses e comunicar as ações, que estão sendo desenvolvidas na unidade SF, mas respeitando as atividades que esses já desenvolvem. Esperança e eu participamos das discussões. Chamo a atenção do grupo para a importância da divulgação sobre o tipo de assistência oferecida, a fim de que todos os serviços e trabalhadores envolvidos na rede saibam, aumentando o seu potencial de conexão e respostas aos usuários.

No final, busquei retomar que entendimento o grupo estava produzindo sobre a construção da rede comunitária e a integralidade:

*Elexandra (pesquisadora): Na comunidade vocês percebem alguma possibilidade de complementar aí... essa rede?*

*(BREVE SILENCIO)*

*Elexandra (pesquisadora): Porque a gente até agora tá falando do desenho muito da rede...*

*Juliana (coordenadora): Só do sistema de saúde... né?*

Elexandra (pesquisadora): Assistencial... né? A rede digamos, que: “formal.” Né? (faço gestos de colocar aspas) E a integralidade fala também da formação de redes de apoio e sociais. Como vocês entendem isto?

Esperança (recepcionista): Aqui tem associação de bairro. Não tem?

Maria Joana (ACS): Tem, mas tá parado agora.

Juliana (coordenadora): Seria a possibilidade de construir outras redes... com a comunidade, fora do setor saúde...

Cristina (ACS): No caso é... grupos assim... da comunidade... assim? Que você tá querendo dizer?

Elexandra (pesquisadora): É... (faço gestos de aproximação, balançando a cabeça)

Cristina (ACS): Mas, tem, não tem?

Juliana (coordenadora): Provavelmente sim... porque, às vezes, na comunidade a gente já tem muita coisa construída e por a gente ficar no nosso quadradinho, digamos que... isolado. Né? A gente perde a oportunidade de conhecer e até usar esse tipo de recurso, né?

Esperança (recepcionista): Então, até tem, né? Tem a... aqui, tem o NATA, né? Na paróquia ali tem o NATA. Os Narcóticos Anônimos... tem, tem sim... já funciona.

Katrina (ACS): O Amor Exigente.

Esperança (recepcionista): O Amor Exigente... tem um que, que são duas vezes na semana. Tem a... pastoral da criança... né?

Elexandra (pesquisadora): Hum hum. (p. 63, L. 1754 a p. 64, L. 1782).

(...) Esperança (recepcionista): Tem um, um... né? Um grupo de pessoas idosas... que tá sempre promovendo... as coisas. Né? Entre eles... Então, tem. Eu acho que falta... até que ter, tem. Falta é... fazer a comunidade se é... como que fala? Descobrir essas coisas. Porque fica todo mundo na mesmice ali, entendeu? PSF segunda, quarta e sexta. Segunda, quarta e sexta. Entendeu? Então, tem outras coisas que... passa despercebido. O Amor Exigente mesmo... é uma coisa que... que tenho certeza, que quase... que pouca gente sabe. E temos uns profissionais lá fazendo o trabalho deles, né? Tem dado resultado.

Elexandra (pesquisadora): Vocês chegaram a desenhar isto no diagnóstico de área, ou não?

Esperança (recepcionista): Fez?

Cristina (ACS): Sim...

Elexandra (pesquisadora): Porque quando você fala, eu fico pensando... que através do diagnóstico, a gente tem possibilidade de ir atrás, descobrir o que faz, que horário, como se faz pra ter acesso.

Esperança (recepcionista): Eu acho que a gente colocou, não colocou? O que tinha?

Carmem (ACS): Colocou, mas não tão detalhado assim.

Elexandra (pesquisadora): Isto é importante. Porque... o desenho dessa rede é muito importante pra que a integralidade aconteça. Porque nem tudo a gente vai conseguir resolver...

Esperança (recepcionista): Exatamente.

Elexandra (pesquisadora): Na área de saúde... como a Juliana coloca. A hora que eu preciso integrar esse paciente à comunidade... a hora que tem o pedido ali oh. Que nem essa senhora: “Será que ela não tá pedindo pra mim uma vaga de emprego ou outra coisa?” Meu Deus! Eu aqui, na saúde, nem se eu buscar na rede de saúde toda... eu não acho isto daí não... né? Então, se a integralidade está vinculada a essa resposta, de atender o paciente no seu

todo... eu tenho que ter outros recursos em mãos... também. Não só os recursos da área de saúde.

Esperança (receptionista): É. Mas, pra isto, você tem que conhecer bem o que existe na comunidade...

Elexandra (pesquisadora): Sim...

Esperança (receptionista): Pra poder divulgar pra pessoas...

Elexandra (pesquisadora): E pra isto... Eu tenho que ir atrás... Pra fazer o desenho de outras redes, que não são as de saúde... mas, que tão diretamente vinculadas. Porque essa população, ela não é só um paciente. Ela é uma pessoa que vive numa comunidade... né? (p. 64, L. 1795 a p. 66, L. 1831).

Alguns participantes foram entrando nas discussões, citando grupos que conheciam na comunidade, principalmente após alguns esclarecimentos de Juliana. No caminhar das conversas, Esperança chegou à conclusão que muitos grupos desenvolviam trabalhos com a comunidade, mas o que faltava era fazer a comunidade descobrir aquelas coisas. Por todos ficarem concentrados só nas coisas que já existem na unidade de SF, essas outras passavam despercebidas.

Assim, argumentei mais uma vez sobre a importância de ter o conhecimento sobre o que existe, como funciona e as possibilidades de acesso, por meio do diagnóstico de área, desenvolvendo dessa forma, uma descrição, um desenho da rede, que poderia contribuir para atender todas as necessidades demandadas pelas pessoas que buscavam o serviço.

A ideia de integralidade, nesse momento, se mostrou ligada à possibilidade dos trabalhadores da equipe de SF construir outras articulações e redes com a comunidade, através do conhecimento, divulgação e uso dos seus recursos, aumentando a quantidade, o tipo e a capacidade das respostas oferecidas atenderem os usuários no seu todo, com recursos para além dos que os trabalhadores têm em mãos.

Os recortes deste subtema tentaram explicitar a possibilidade da equipe de SF de articular, estabelecer parcerias com outros serviços, seja os associados ao próprio sistema de saúde, seja os pertencentes à comunidade, com o propósito de se construir uma rede, em que o usuário tenha acesso às tecnologias por meio de encaminhamentos e reinserções para continuar satisfazendo suas várias necessidades.

Ainda foram privilegiadas pelos participantes a importância da equipe de SF desenvolver uma função articuladora nesse processo, bem como a necessidade

dos trabalhadores conhecerem e divulgarem os vários recursos da rede, ampliando seu potencial de conexão e uso, na condução responsável, segura e resolutiva dos usuários.



## 8 - DISCUSSÕES:

O MS, através da publicação da Portaria 648 de 28/03/2006, aprova a Política Nacional da Atenção Básica, que define como modelo de Atenção Básica à Saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS a ESF. Desde então, essa passou a ser priorizada pelo Pacto pela Vida, no sentido de garantir expansão de cobertura e qualidade da atenção.

Nessa direção, a Atenção Básica e a ESF têm dentre seus fundamentos garantir: a possibilidade de acesso, de forma universal e contínua a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, possibilitando a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; a estimulação da participação popular e o controle social; a efetivação, a integralidade em seus vários entendimentos, como: integração de demanda espontânea e ações programáticas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho de maneira interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006b).

Além desses fundamentos, elas apreendem o homem como um ser integral, considerando-o sujeito, em sua singularidade, na complexidade e na inserção sócio-cultural e busca desenvolver ações de prevenção e tratamento de doenças, de promoção de sua saúde e de redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Dentro desse desenho organizativo a integralidade, em seus vários entendimentos, deve produzir contribuições importantes, buscando a mudança do modelo e a consolidação do SUS, por meio de sua ação norteadora, que deverá orientar, na organização dos serviços, o planejamento, a gestão e a implementação de ações, por meio da definição de um conjunto de tecnologias, que serão usadas para produção direta de cuidados às pessoas acompanhadas.

Pautada por essas informações, enfatizando a necessidade de uma transformação nos modos de pensar e fazer saúde, a análise desenvolvida teve como enfoque uma conexão entre os sentidos produzidos e os discursos sobre esse termo, norteadora pela questão “quais os sentidos que são construídos nos discursos

de integralidade enquanto um atributo das práticas dos trabalhadores e nos discursos que referem-se a essa enquanto um atributo da organização dos serviços de saúde?” Isso foi feito a partir dos recortes de momentos das conversas grupais dos participantes, produzidos com base nas questões deixadas para preparação e nas vivências cotidianas dos trabalhadores de SF sobre o princípio da integralidade.

Ao recorrermos a diferentes discursos de integralidade produzimos vários sentidos. A partir disso e do entendimento que descrever algo de uma determinada maneira sustenta determinadas formas específicas de viver e agir no mundo e restringem outras, buscamos descrever, nessas discussões “quais as implicações dos sentidos de integralidade, produzidos nesse padrão de interação na construção de práticas e serviços integrais e do SUS?”

No primeiro eixo de análise, “Quando os participantes recorrem à integralidade enquanto um atributo da prática dos trabalhadores” chamou nossa atenção nas conversas à recorrência da apreensão da concepção ampliada de homem na produção dos sentidos. Para esse grupo um dos primeiros sentidos de integralidade construídos foi o de homem enquanto um ser integral, composto e influenciado por várias dimensões, como físicas, biológicas, psicossociais, relacionais, ambientais, financeiras e familiares inerentes a cada pessoa.

Em vários momentos da conversa esse sentido foi construído com muita propriedade pelos participantes do grupo, que puderam exemplificar situações, a partir de suas experiências cotidianas, que acreditavam estar intrinsecamente vinculada a ver o homem como um todo.

Essa construção pode ter sido facilitada pela forma que o processo de trabalho acontece na ESF, em que por meio do cadastramento, da oportunidade de acompanhar toda família, de forma contínua, com contatos frequentes e com realização de visitas, o trabalhador tem possibilidade de estabelecer um relacionamento de proximidade, de vínculo, de confiança, de respeito e de responsabilidade, de conhecer em profundidade a estrutura, o funcionamento das famílias e suas condições de vida, de compreender e considerar a singularidade de certos comportamentos, e a origem de várias demandas.

Pontes, Silva Junior e Pinheiro (2006) alegam que a vivência, a relação pessoal e humanizada, que o trabalhador estabelece com os usuários possibilita a construção de um olhar abrangente sobre eles. Nesse contexto, os usuários passam a serem vistos e apreendidos dentro de suas famílias e de sua comunidade,

influenciados pelas condições financeiras, pela cultura e rede de relações afetivas, entre outras características.

Sobre essa apreensão abrangente, “adequada” das necessidades dos usuários, Starfield (2002) diz que ela constitui em uma poderosa ferramenta para o trabalhador escolher o tipo de tecnologia que deve ser prestada a fim de atender as mesmas.

Esse repertório, que os participantes utilizaram na construção desse sentido de integralidade, leva-me a pensar numa apropriação interessante em direção à mudança das práticas e da organização dos serviços vigentes.

Mattos (2006a) afirma que o homem ao ser apreendido como um ser único, indivisível, fonte e centro de valores, influenciado pelo seu contexto de vida, por uma rede de relações que estabelece consigo, com a família e o meio, constitui uma premissa básica para viabilizar o desenvolvimento de uma atenção humanizada e integral.

Os participantes associaram que para o trabalhador desenvolver seu papel de atender o homem integralmente, no seu todo, ele tem que conhecer a fundo o modo de andar a vida e observar todas as necessidades dos usuários, para produzir respostas resolutivas e satisfatórias. No entanto, referiram que isso vem sendo impossibilitado pelo reducionismo das práticas de alguns trabalhadores e por algumas formas de organização atuais dos serviços.

Por esse motivo, essas impossibilidades ficaram vinculadas à questão de superações de concepções e atitudes diárias dos sujeitos envolvidos na relação trabalhador e usuário, encontro, por meio da qual acontece o trabalho em saúde. Isso foi trazido na análise dos momentos grupais também do segundo subtema “Trabalhadores e usuários não devem ter uma visão só curativa, só pontual para a doença que o paciente sofre e achar que é o remédio que faz o milagre”.

Tais concepções foram caracterizadas pelos participantes como uma apreensão objetivada e reduzida do homem, a dimensão biológica e a doença. Já em relação às atitudes foram descritas por um lado – polo trabalhador - por abordagens pontuais, relações restritas à investigação de doenças e de disfuncionalidades, práticas curativas, fragmentadas e descompromissadas com o cuidado. Pelo outro – polo usuário - por pedidos pontuais, específicos e curativos, que buscam respostas a eliminar as doenças de forma medicamentosa e imediata.

Para essa superação ficou indicado pelas conversas, que os trabalhadores, embasados na concepção de homem integral, portador de várias necessidades de diversas naturezas devem iniciar as mudanças. Eles devem se interessar por conhecer as condições de vida dos usuários, sua inserção no contexto familiar e considerar tais informações para indicar as condutas. Isso pode ser feito, conforme as discussões, pela ampliação de relacionamentos, por estabelecimento de vínculos, tempo de convivência, diálogo, respeito, maior habilidade de escuta, de envolvimento e de preocupações com o outro (usuário), que permita a expressão abrangente de suas necessidades e a apreensão ampliada pelo trabalhador para construções de respostas, que não se reduzam às medicamentosas.

Aqui, a integralidade configura outra forma de relacionamento entre trabalhadores e usuários, que pode ser traduzida em desenvolvimento de ações humanizadas, terapêuticas e apropriadas socialmente.

Franco e Merhy (2005) argumentam que várias experiências de mudanças nos serviços de saúde têm sido organizadas apostando nos modos inovadores do agir do trabalhador com os usuários, resignificando a relação com os mesmos, legitimando práticas acolhedoras, que viabilizem espaços de fala e escuta nas relações de cuidado.

Silva Junior, Merhy e Carvalho (2005); Lacerda e Valla (2005a) advogam a favor da valorização da relação entre trabalhador e usuário como estratégia terapêutica; como um dos determinantes de resolutividade das necessidades de saúde dos usuários. Pois, segundo esses autores, maior parte da eficácia da ação do trabalhador não está no uso do seu conhecimento tecnocientífico, mas na satisfação gerada no usuário pela qualidade da relação de vínculo, de interesse, de respeito e de amparo às suas necessidades. Enfim, na maneira como são estabelecidas as relações entre esses sujeitos.

Vale chamar a atenção que atender integralmente, com o propósito de gerar respostas resolutivas e satisfatórias gera como implicações não somente conhecer e considerar as diversas necessidades do usuário de forma unilateral, mas também alinhar o que é pedido por ele ao que é apreendido e ofertado pelo trabalhador.

Muitas vezes, os trabalhadores na ansiedade de responder às várias necessidades detectadas e contribuir para aliviar o sofrimento do outro se esquecem de consultá-lo sobre o que é melhor para ele. Assim, acabam “enquadrando” o

pedido do usuário em situações já previamente conhecidas e tradicionais, em que tende a generalizar a oferta de respostas, divergentes das demandadas, que por sua vez, não fazendo muito sentido para o usuário, quando não o faz perder a credibilidade nos serviços.

Nessa direção, Pereira (2011) informam que a escuta ampliada pressupõe também em reconhecer que cada encontro entre usuário e trabalhador é dinâmico e inédito por diversos aspectos, especificamente pelos associados à subjetividade. E mesmos que apresentem características que sejam comuns nunca serão iguais. (informação verbal)<sup>8</sup>

Acreditamos que o que deva ser comum no desenvolvimento de todos é uma postura do trabalhador de disponibilidade em dialogar com o usuário, no sentido de escutar e apreender também sob o foco dele qual é a necessidade e por meio da sua coparticipação, ajudá-lo a ampliar as possibilidades de enfrentamento das demandas. Pois, ninguém melhor que o próprio usuário para definir o que é melhor para ele.

Uma segunda superação necessária, produzida nos discursos dos participantes, refere-se à conformação verticalizada dos serviços de saúde, centrada em produtividade, nos conhecimentos estatísticos da realidade e em números de procedimentos, que devem ser realizados com tempo rígido.

Nessa produção, eles referiram que a organização dos serviços deve viabilizar condições de praticar a integralidade, garantindo um “adequado” tempo de escuta dos aborrecimentos, das dificuldades e das necessidades da pessoa.

Ceccim e Ferla (2006) sobre isso enfocam que a integralidade, enquanto uma postura de responsabilidade pelo cuidado, pressupõe no desenvolvimento de práticas baseadas no conhecimento do contexto de vida e de trabalho dos usuários e no respeito, possibilitando um espaço temporal necessário à escuta das queixas, ao atendimento e as intervenções pertinentes as suas demandas, tornando-se dessa maneira coresponsável pelo enfrentamento de aspectos associados ao processo saúde e doença.

Cecílio (2006) defende que no encontro do trabalhador com o usuário deve sempre haver de predominar a preocupação e o compromisso de se realizar a melhor escuta possível as demandas apresentadas pelas pessoas, que recorrem

---

<sup>8</sup> Atividade de orientação realizada pela Profa Dra Maria José Bistafa Pereira, em março de 2011, em Rib. Preto.

aos trabalhadores. Essas podem ser configuradas por busca de respostas às más condições de vida, que a pessoa está vivendo ou já viveu; acesso a alguma tecnologia de saúde, disponível para melhorar ou aprazar sua vida; procura de vínculo (a)efetivo com algum membro da equipe de trabalhadores, e/ou ainda, procura de ter maior autonomia na maneira de viver a vida.

Assim, ao pensarem a organização dos serviços e das práticas, os participantes indicam que não só parâmetros quantitativos, mas as características do território, dos trabalhadores e das pessoas acompanhadas precisam ser consideradas para se promover uma adequação entre quantidade e qualidade dos cuidados.

Clamam ainda para a importância de escutar o trabalhador, abrir para sua participação no processo de apreensão das necessidades, de negociação e de pactuação das ações, por eles situarem-se em melhor posição para interpretar as necessidades apresentadas pelas pessoas de uma determinada área de abrangência e serem responsáveis por fazerem as ações.

O planejamento, nessas condições, não deve reduzir-se a um conjunto de decisões técnicas, mas, deve-se abrir à participação dialógica entre os diferentes sujeitos, como gestores, trabalhadores e população, tanto para programar, quanto para efetivar as ações e os serviços.

Pensar numa perspectiva da integralidade pressupõe em recusar uma fragmentação entre o pensar e o fazer.

Diferente de apenas um grupo de pessoas envolvidas no processo de gestão, programar e conhecer a direção que se deseja imprimir para se produzir a mudança e ir passando para os trabalhadores em forma de tarefas fragmentadas e isoladas, todos devem conhecer o todo para que tenham condições de contribuir na construção de partes combináveis.

Se os trabalhadores não tiverem clareza sobre o que se deseja mudar, sobre qual a direção que se quer imprimir e sobre quais serão suas contribuições e as dos outros envolvidos na construção do todo podem correr o risco de cada um produzir sua parte, de uma maneira particular e a produção produtiva de um inverter a contribuição do outro, reduzindo a performance de toda proposta. Assim, valorizamos o todo para além da soma das partes.

Foi ainda sensivelmente considerada, por alguns participantes, a necessidade de circulação de informações, promovendo articulação entre os

serviços e entre os trabalhadores para apreensão completa dos acontecimentos vividos pelo usuário em outros serviços e continuidade da atenção das melhores maneiras possíveis

Nessas condições, para ser possível a prática da integralidade, enquanto uma apreensão abrangente das necessidades dos sujeitos e das melhores formas de respondê-las, outros sentidos de integralidade, na maneira de organizar os serviços também necessitam ser desenvolvidos, como: o planejamento e a implementação das ações de saúde baseadas em indicadores epidemiológicos e na apreensão ampliada das necessidades da população e particularmente, dos usuários; a possibilidade de desenvolver uma postura de abertura e diálogo com os outros – os trabalhadores – implicados na formulação e efetivação de ações, que visam a produção de respostas às demandas. Diferentes de serem reduzidos a condição de “robôs”, cumpridores de tarefas programadas por gestores, a partir de um formalismo quantitativo; a capacidade de reconhecer a interdependência entre trabalhadores e a necessidade de negociações e pactuações buscando articular o trabalho das várias equipes e dos vários serviços em uma rede, viabilizando tanto o fluxo de usuários, como de informações.

Fez também parte da conversação grupal os dizeres que, para obter uma apreensão abrangente das condições de vida dos usuários, os trabalhadores devem conhecer e considerar o sofrimento causado pela doença e pela proposta de tratamento na vida do doente e de sua família. Nesse sentido, as atividades de cuidados devem priorizar, muitas vezes, o cuidador ao doente, para que produza condições de continuidade do cuidado.

Esses dizeres foram produzidos rumo ao que Cecílio (2006) já enfatizava, que para a intervenção de um trabalhador ter possibilidade de atingir sua eficácia necessita de se ter um bom conhecimento sobre a maneira de andar a vida da pessoa atendida, incluindo o conhecimento sobre seu vínculo com outras equipes ou trabalhador, com outros membros da família, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença.

Outras indicações de superação, enfatizadas pelo grupo, dizem respeito à menção da integralidade como capacidade de respostas diversas. Ao conhecer as condições de vida e as várias necessidades do usuário, o trabalhador deve reconhecer que ele precisa de outras atividades que proporcionem efeitos preventivos e curativos, de melhoria e aumento da qualidade de vida, autonomia e

autoestima, por meio de vivências alternativas, apoio psicossocial, relacional e até financeiro.

Segundo Ceccim e Ferla (2006) a produção do cuidado gera como implicação um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde vinculados com a produção de respostas possíveis às dores, às angústias, às aflições, aos aborrecimentos, aos sofrimentos e às necessidades, que chegam aos serviços de saúde.

Como resposta, Pinheiro e Mattos (2006) alegam que o uso do cuidado, enquanto tecnologia, aponta para sua caracterização por meio da renovação das práticas de saúde, que se desenvolva numa dimensão de integralidade da atenção com a oferta de novas práticas terapêuticas.

Assim, cabe ao trabalhador, conforme as conversas produzidas, conhecer outras tecnologias, articular serviços de saúde e/ou comunitários e oferecer condições de acesso dos usuários a elas. Isso nos convida a pensar na complexidade das práticas de atenção, que devem ser pelos trabalhadores formalizadas.

Os discursos produzidos entre os participantes parecem indicar clareza no reconhecimento da necessidade dos usuários de outras tecnologias além de consultas, exames e medicamentos para se ter saúde. Porém, a construção de uma prática terapêutica, buscando viabilizar condições de acesso a essas, aparenta ser ainda incipiente.

Ao não reconhecerem como sua função a produção de dispositivos, que articulem outras tecnologias, espalhadas no próprio setor saúde e/ou em setores comunitários para responder as várias necessidades trazidas, os trabalhadores diminuem sua potencialidade de gerar respostas resolutivas e satisfatórias aos usuários.

Pontes, Silva Junior e Pinheiro (2006) argumentam que apesar de ser construídas diferentes tecnologias de produção de práticas cuidadoras, o aprendizado e a operacionalização pelo trabalhador requer que seu agir seja contextualizado com a capacidade de reconhecer as competências e responsabilidades tanto suas, quanto dos serviços.

Nesse sentido, Starfield (2002) afirma que a prática da integralidade, nesse contexto de atuação não se faz apenas com o reconhecimento adequado da



completa diversidade de necessidades que um usuário porta pelo trabalhador, requerendo também que esse organize um conjunto de recursos para atendê-las.

No segundo eixo de análise, “Quando os participantes recorrem a integralidade, enquanto um atributo da organização dos serviços de saúde”, as conversações estiveram voltadas às maneiras de produzir respostas às necessidades amplamente apreendidas, envolvendo mais ativamente questões da participação dos usuários, de outros setores da saúde e ainda de setores da comunidade nesse processo de produção.

A forma como esses sentidos foram produzidos, possibilita-nos dizer que apresenta semelhanças em relação à produção da tematização anterior, “Quando os participantes recorrem a integralidade, enquanto um atributo das práticas”.

A apreensão do sujeito, como um ser portador de diversas necessidades, bem como um cidadão portador de direitos e deveres, que deve ser envolvido pelos trabalhadores e gestores na elaboração de respostas resolutivas às demandas, orientou as discussões dos participantes na produção de um diagnóstico crítico à maneira de organização vigentes nos serviços e na proposição de intenções de mudanças, buscando por em prática esse sentido de integralidade.

As críticas privilegiaram a atuação dos trabalhadores e gestores na organização dos serviços de saúde. Nessa situação, particularmente Juliana, relatou que os organizadores ao olharem para os usuários como objetos, números descontextualizados, unilateralmente, programam administrativamente as ações, que devem sobre esses incidir. Isso impossibilita a interação entre sujeitos – trabalhadores e as pessoas da comunidade, o conhecimento das percepções e condições de vida delas e leva a programação de serviços fragmentados quanto aos procedimentos e tarefas, burocratizados tecnicamente, que deixam os usuários do lado de fora das decisões.

Mattos (2006a) afirma que a integralidade apreendida como uma característica desejável da organização dos serviços de saúde traz como implicação a produção de críticas à organização pensada de maneira unilateral, centralizada, vertical, a partir somente de um conhecimento especializado e científico. Em que os atores envolvidos na função de planejamento e gestão não dispõem a escutar as necessidades das pessoas que utilizam o serviço e muito menos conhecer suas condições de vida.

Isso requer superação para que a integralidade aconteça. Conforme os relatos, essa seria viabilizada por meio da atuação do trabalhador de colocar, no sentido de envolver os usuários, como agentes ativos nas suas tomadas de decisões, visando construir a proposição das melhores formas de responder às necessidades das pessoas. Esse processo deve ser caracterizado por posturas de abertura dos trabalhadores ao diálogo com os usuários, para que eles possam trazer suas necessidades, prioridades e juntos chegarem a uma interação de percepções para organizar os serviços, que devem ser oferecidos.

A participação ativa dos usuários junto aos trabalhadores para organizar os serviços de saúde aqui foi indicada, no sentido de possibilitar diálogos, nos quais as necessidades e as respostas possam ser coletivamente resignificadas, negociadas e configuradas.

Nessa direção, Guizardi, Pinheiro e Machado (2005) informam que a participação, no contexto do SUS e especificamente na ESF, deve ser defendida enquanto espaços que possibilitam a expressão e a intervenção de diferentes sujeitos implicados com as formas como as necessidades são socialmente produzidas e se efetivam em ações governamentais.

Lacerda e Valla (2005a) ainda enfatizam que a participação empoderará a população, que se fortalece através das relações entre sujeitos, nas trocas, nos encontros e nos convívios, compartilham necessidades e respostas, resignificando suas experiências e atribuindo sentidos novos às mesmas.

No segundo subtema: “Envolver todos os serviços e outros pontos de serviços da comunidade para dar segmento, continuidade no tratamento”, a forma como os recursos seriam oferecidos foi por Juliana mencionada. Ela disse que para envolver os usuários nas decisões também implica em os trabalhadores articularem com os setores da comunidade, construindo uma rede, que funcione como dispositivo tanto para ampliar a capacidade de respostas às diversas necessidades das pessoas, quanto para a busca de compreender as formas de andar a vida, de fazer e de agir das pessoas de uma comunidade.

Segundo Lacerda e Valla (2005a) o ordenamento da atenção através da articulação com outros setores, necessariamente implica para trabalhadores, gestores e usuários desenvolverem práticas de saúde que dão lugar a expressão dos sujeitos para possibilitar o conhecimento, a troca de percepções sobre fatores que condicionam e/ou prejudicam as condições de saúde e as várias atividades e

práticas desenvolvidas na comunidade, que muitas vezes se apresentam “invisíveis” para os trabalhadores e para os próprios serviços de saúde.

Ainda informam que as várias práticas nas redes, especificamente as sociais, devem acolher os sujeitos e suas necessidades, por meio de relação dialógica, de vínculo entre comunidade atendida e trabalhadores, norteadas por valores de solidariedade.

Assim, nessa tematização, algumas produções foram desenvolvidas, valorizando a integralidade enquanto possibilidade da equipe de SF, como maior articulador, estabelecer parcerias com outros setores, a fim de garantir o segmento, a continuidade do tratamento dos usuários.

O estabelecimento de parcerias aqui foi tratado no sentido do que Cecílio (2006) afirma sobre a insuficiência de apenas um serviço de saúde singular responder todas as demandas trazidas pelos usuários, indicando a necessidade de articulação com outros espaços, em que encontram-se distribuídas diversas tecnologias para promover o acesso a essas para que o atendimento realizado obtenha resolutividade.

Nessa perspectiva, cabe aos trabalhadores ampliarem também suas capacidades de estabelecem alianças, que conforme Ceccim e Ferla (2006) pode ser no interior do próprio sistema de saúde com outras áreas das políticas públicas e ainda com outras áreas sociais para organizar uma rede de cuidado ininterrupto e progressivo, viabilizando fluxos efetivos de usuários na busca de tecnologias para responder suas necessidades.

A articulação do serviço de SF com outros serviços assistenciais, curativos, especializados, de maior densidade tecnológica, num fluxo aparentemente crescente (referência), envolveu a participação verbal de vários membros do grupo, que apontaram a presença de alguns aspectos dificultadores da continuidade do tratamento dos usuários em outros setores e, conseqüentemente, da integralidade, gerando certos desconfortos, descréditos por parte desses em relação aos serviços oferecidos pelo município, como representante do SUS.

Assim, essa construção parece indicar a necessidade de existir uma forte associação entre a gestão dos serviços e a gestão do cuidado, a fim de produzir ações de cuidados integrais na atenção.

Segundo Pinheiro e Mattos (2006) a produção do cuidado enquanto tecnologia envolve três características importantes como, a democratização do

processo de trabalho na organização dos serviços de saúde; a valorização do cuidado enquanto uma tecnologia complexa em saúde e por último a renovação das práticas de saúde, em que para produzir a integralidade da atenção faz-se necessária a oferta de novas práticas terapêuticas por meio da organização e efetivação de redes. Definidas num formato de “cadeia de cuidado progressivo em saúde, no qual se considerem a organização e o funcionamento horizontais dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir oportunidade, integralidade e resolução dos processos de atenção à saúde” (p. 17).

Já a articulação da equipe de SF como outros segmentos do setor saúde, num sentido contrário, do contrafluxo, visando promover a reinserção do usuário às ações de equipe de SF e à comunidade, foi produzida com uma participação verbal mais ativa da coordenadora das equipes, da psicóloga do NASF e minha. Os membros da equipe pareciam estar ouvindo essas conversas pela primeira vez, ao participarem pouco, verbalmente, ao argumentarem situações que exemplificavam, tentando entender sobre o que estava se falando.

Na articulação da equipe SF com outros setores da comunidade, o diagnóstico de área mostrou-se, pelas conversas, ser mais utilizado com a finalidade de atender questões burocráticas, cartoriais e/ou solicitações feitas nos processos de treinamentos do que gerar implicações para pensar o processo de trabalho realizado pela equipe. Em outros termos, as discussões deixam a entender que a forma de seu uso por esse grupo aponta para quase nenhuma possibilidade de cumprir o papel de ferramenta potente para identificar recursos presentes na comunidade e contribuir na construção de redes sociais e de apoio, ampliando a capacidade de respostas às diversas necessidades dos usuários.

Dessa maneira, a formulação de respostas, configuradas a partir de uma apreensão abrangente das necessidades, de maneiras dialógicas entre os diferentes sujeitos e modos de percebê-las, com o uso de rede, como dispositivo para praticar a integralidade foi produzido com pouca propriedade, por vários participantes desse grupo. Houve uma participação mais intensa, nessas construções, de Juliana (coordenadora).

Isso pode ter acontecido a meu ver, por dois motivos. Por um lado, pelo efeito gerado pelo meu pedido inicial aos participantes. A coordenadora das equipes, na posição de gestora, responde minha solicitação ao trazer situações vividas em

suas práticas cotidianas, que acreditava ter correlação com o princípio da integralidade. Por outro, os demais participantes, na maioria trabalhadores, podem ter se balizado por conhecimentos tradicionais do modelo biomédico, em que apreende o pensar e o fazer saúde de forma fragmentada. Assim, eles continuaram legitimando essa prática, atribuindo a tarefa de planejar a organização dos serviços exclusivamente à pessoa do gestor, enquanto portador de conhecimento técnico científico específico a esse fim.

Nessa perspectiva, pensamos que a forma como foram produzidos esses sentidos, por vários participantes desse grupo, apresenta pouca potencialidade para construção articulada de maior quantidade de respostas, de diferentes naturezas, visando ampliar o enfoque de atuação da equipe, de maneira a atender com segurança, competência e resolutividade as necessidades dos usuários e a transformar a organização dos serviços de exclusivos para responder às doenças para os serviços integrais e integrados, que buscam responder às diversas necessidades do usuário.

## **9 - CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM CONSTRUCIONISTA SOCIAL PARA PRÁTICA DE ALGUNS SENTIDOS DE INTEGRALIDADE**

Ao abrirmos espaços conversacionais aos trabalhadores para falarmos sobre suas práticas, tentamos criar possibilidades diferenciadas, que estimulassem a produção de novos sentidos com a intenção de contribuirmos para a construção de outros caminhos possíveis para efetivação da integralidade na produção de oferta de cuidados.

Ao criar tais possibilidades diferenciadas aproximamos também da prática de alguns sentidos de integralidade, especialmente no que se refere à valorização da participação dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de ações e serviços de saúde. Aqui, produzida apenas pela participação coletiva de gestor e trabalhador.

A prática desse sentido da integralidade tem sido bastante demandada por vários estudiosos sobre esse assunto (CAMPOS, 2005; GOULART; FREITAS, 2008; TRAD; ESPERIDIÃO, 2009), pela Política Nacional de Humanização - PNH (na literatura) (BRASIL, 2004, 2006c) e também por acontecimentos neste estudo (na prática dos trabalhadores). Pois, se os trabalhadores não são considerados enquanto sujeitos, se não participam das formulações das diretrizes técnico políticas e também das deliberações sobre as mesmas, que possibilidades eles constroem para produzir isso junto aos usuários?

Pela literatura, no cotidiano, a forma de organizar e gerenciar o trabalho humano nos serviços de saúde tem sido caracterizada por condutas verticalizadas e centralizadoras, em que o gestor concentra poderes para decidir e direcionar as decisões e ações, deixando de lado o envolvimento e a participação dos trabalhadores no processo de discussões e reflexões sobre a própria prática. Isso, conforme os autores acima citados, pode gerar uma alienação do trabalhador (recurso humano), reduzindo-o a mero executores de tarefas, recebidas de maneira fragmentada, sem noção do resultado final da própria intervenção e com pouca possibilidade de produzir assistência integral, compromissada e resolutiva (GOULART; FREITAS, 2008; TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Ao centralizar as decisões e excluírem os trabalhadores desse processo em que poucos decidem pela maioria, os gestores produzem barreiras para a

transformação e a mudança, no cotidiano das práticas de integralidades desenvolvidas pelos trabalhadores.

Durante as conversas grupais, os participantes criticaram intensamente a maneira de organizar ações e serviços de saúde de forma objetiva e centralizada, com tomadas de decisões unilaterais, sem o envolvimento deles no processo de gestão. Isso foi ainda reproduzido pela participação verbal, quase que solitária da gestora, na pessoa da coordenadora, na produção dos sentidos associados aos discursos da organização dos serviços e pela incipiência dos trabalhadores reconhecerem como suas tarefas desenvolver práticas de gestão na articulação e no estabelecimento de parcerias com outros serviços de saúde, com outras áreas sociais e com outras políticas públicas, a fim de viabilizar o acesso as respostas demandas pelas diversas necessidades trazidas pelos usuários.

Segundo Brasil (2009), na perspectiva da PNH, produzir transformações na gestão e nas maneiras de ordenar a atenção e as ofertas de cuidado traz como implicações a deflagração de um processo cultural, que requer a construção de novas relações entre sujeitos e de novos processos institucionais; bem como, a reestruturação das organizações, que necessitam de uma nova arquitetura capaz de propiciar e fomentar novas maneiras de circulação de poder e de produção de subjetividades, com capacidade também de fomentar a produção de inovações nas práticas de saúde.

Associados as novas maneiras de produção e circulação de poder em saúde alguns princípios são destacados por essa Política (BRASIL, 2006c) como, a ampliação do nível de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos ou nos processos de gestão e atenção em saúde; a construção de protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS; o estabelecimento de vínculo solidário e de participação coletiva no processo de gestão; o fomento do protagonismo e da autonomia dos sujeitos.

Esses princípios deixam a entender que não é possível uma dissociação entre as maneiras de cuidar, de gerir e de apropriar do trabalho. Assim, acreditamos que as contribuições da abordagem construcionista, utilizada neste estudo, caminharam nessa direção das transformações propostas pela PNH, que também é norteada pela integralidade, enquanto princípio.

Uma primeira contribuição incidiu sobre o reconhecimento e a valorização dos participantes (trabalhador, gestor e pesquisador), enquanto sujeitos, seres

humanos com suas complexidades, inseridos e influenciados por diversos contextos, expectativas e experiências.

Isso foi reproduzido na produção das informações quando informamos a todos sobre todas as etapas da pesquisa, quando abrimos para o diálogo e à democratização, na construção de acordos de convivência e no delineamento dos encontros, quando escutamos e compartilhamos expectativas, quando tivemos a preocupação em promover o conforto entre todos, quando abrimos a corresponsabilidade e coparticipação de todos para exporem suas interpretações sobre a temática e quando produzimos o planejamento das ações a serem implementada, visando à transformação nas práticas vigentes.

Enfim, nos três encontros tínhamos, por questões éticas, uma orientação prévia de como seriam desenvolvidos esses. Porém, a participação de todos no processo de construção e implementação das ações não ficou comprometida pela oportunidade, em vários momentos, de exporem suas opiniões e participarem nas reflexões e nas decisões.

Outra contribuição ocorreu na forma de se relacionar entre os sujeitos. Esses foram respeitados, valorizados e cuidados, no que se referem a suas falas, seus comportamentos, seus conhecimentos e suas necessidades como premissa para construção de maneiras de estabelecer relações de trabalho mais dialógicas, compartilhadas e democráticas, em que os diversos e os diferentes saberes foram usados para sustentar, modificar, abandonar ou, ainda, introduzir diferentes descrições.

A produção dos sentidos de integralidade num padrão de interação relacional, interativo, dialógico e colaborativo, viabilizou abertura de várias formas de participação negociadas e compromissadas com a produção de descrições, envolvendo os trabalhadores na gestão das ações e dos serviços. Essa foi apreendida enquanto espaço que possibilitou a criação de vínculo entre trabalhador e gestor, o compartilhamento de poder; a liberdade de analisar e de opinar sobre contextos, políticas e práticas; e o direito de participar, decidir e planejar condições e métodos concretos para a produção de mudanças no sentido de implementar as descrições.

Campos (2005) define gestão, como uma prática democrática, uma cogestão que rescinde com organogramas piramidais e gera unidades de produção com equipes interdisciplinares, comprometidas em um mesmo modo de trabalho que



visa conciliar desejos subjetivos com objetivos e finalidades construídos, compartilhadamente, no trabalho em saúde com a população.

Nesse contexto, houve distribuição mais homogênea do poder, em que o exercício da comunicação se deu entre os vários participantes, possibilitando um maior contato entre os sujeitos e o encontro das diferenças. Isso ocorreu com mais destaque em momentos que conversávamos sobre a organização pautada em apenas números e em outros que falávamos sobre as diversas necessidades dos usuários. Aqui, articulamos diferentes saberes e práticas.

Por meio dos processos conversacionais, ainda desenvolveu-se contribuições na construção contextualizada de possibilidades de transformações nas práticas vigentes.

Conforme dizeres de Goulart e Freitas (2008) essa prática que aproximou de uma gestão participativa, constituiu em uma das formas de implicar os trabalhadores nas propostas de transformação das ações e serviços de saúde preconizados pelo SUS.

Os trabalhadores ao pensarem e escreverem algumas práticas que eles, teriam que parar, continuar e/ou começar a fazer para que aquelas descrições de integralidade acontecessem lançaram mão de suas criatividade e do desejo de transformação da situação de saúde indesejada. Essa prática de integralidade incorporou uma forma de gestão criativa, inovadora e humanizada, em que os trabalhadores foram convidados a construção de planejamento de ações implicadas nas propostas de reorganização dos serviços de saúde, por meio da linguagem, entendida com seu caráter performativo.

Aqui o papel do gestor, na pessoa da coordenadora das equipes, que estava ausente nesse encontro, seria de estimular o diálogo, buscando escutar e entender, a partir da perspectiva dos trabalhadores quais seriam seus conhecimentos e suas propostas, a fim de ajudá-los a ampliarem suas possibilidades de enfrentar os obstáculos.

Assim, as práticas discursivas e relacionais constituíram em uma ferramenta poderosa na construção do futuro, por produzir sentido para quem executa as ações e conseguir reposicionar esses sujeitos na relação para a produção de contratos de corresponsabilização no cuidado.

McNamee (2007) afirma que este tipo de procedimento gera espaço de conversa, espaço para estabelecer e criar acordos coletivos compromissados com a

mudança. Dessa maneira, segundo a autora, isso gera um convite direto à ação, um possibilidade de vivenciar as discussões em ação, em que a mudança começa a acontecer a partir destes acordos (informação verbal)<sup>9</sup>.

Spink e Frezza (2000) dizem que essa forma de produzir o conhecimento cria possibilidade de reconstrução de realidades e de práticas, uma vez que estão sempre contextualizadas dentro de uma cultura e de seus padrões, num constante movimento de compreensão da realidade como algo socialmente construído, podendo assim ser desconstruído e reconstruído.

---

<sup>9</sup> Aula proferida pela Profa Dra Sheila McNamee na disciplina: “Repensando práticas de cuidado na saúde coletiva: diálogo, colaboração e trabalho em equipe”, do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, em agosto de 2007, em Rib. Preto.

## 10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido na Linha de Pesquisa de Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, trazendo reflexões sobre a integralidade, considerada por vários estudiosos sobre essa temática como o mais desafiante, dentre os princípios, no contexto de efetivar as transformações nas maneiras dos trabalhadores de produzirem cuidados de saúde, bem como no modelo assistencial, na direção de contribuir para a consolidação das premissas do SUS.

Teve como foco descrever os sentidos de integralidade produzidos com os trabalhadores de SF, relativos ao cotidiano de suas práticas de atenção à saúde, num contexto relacional, dialógico e específico, por meio de performances construcionistas. Essas descrições foram organizadas em duas tematizações: “Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade, enquanto um atributo das práticas dos trabalhadores” e “Quando os participantes recorrem ao discurso da integralidade, enquanto um atributo da organização dos serviços de saúde”.

Nessa direção, as contribuições dessa pesquisa incidem numa dimensão tanto técnica como política da integralidade, enquanto princípio norteador das mudanças necessárias nos conhecimentos e nas práticas em saúde.

Durante as conversas, os participantes do grupo falaram sobre as questões deixadas para preparação e sobre histórias cotidianas, que acreditavam estar relacionadas com a integralidade.

Num primeiro conjunto de sentidos essa foi abordada numa perspectiva de apreensão abrangente do homem e de suas necessidades pelos trabalhadores, assim como das melhores maneiras de respondê-las. Após introdução de entendimentos sobre esse termo por alguns participantes foram-se produzindo, por meio de uma interação face a face, de descrições e posicionamentos, de consideração ao saber do outro uma autoanálise das práticas atuais. Isso envolveu identificações, discussões e reflexões sobre perspectivas tradicionais e biomédicas presentes na relação entre os sujeitos envolvidos no encontro, por meio do qual ocorre o trabalho em saúde; na postura dos usuários e dos trabalhadores; e na organização das práticas e dos serviços de saúde, que vinham produzindo um distanciamento da efetivação desses sentidos.

Assim, de modo mais contextualizado, colaborativo, e com a corresponsabilidade dos participantes envolvidos, à medida que se conversava novas formas de participar dos relacionamentos, novas posturas e novas maneiras de organizar as práticas e os serviços foram também organizadas.

Nessas conversações, os participantes apontaram para uma indissociabilidade operacional entre os sentidos da integralidade produzidos a partir dos discursos das práticas e os produzidos a partir da organização dos serviços. Pois, para apreender as necessidades do usuário e tratá-lo como um todo a organização dos serviços deve ser conformada a partir de relações horizontalizadas, porosas à participação dos trabalhadores, com valorização de parâmetros e necessidades da população, e ainda com articulação entre os serviços e os trabalhadores.

Já num segundo conjunto, os sentidos compreenderam a capacidade dos trabalhadores de envolverem os usuários, como cidadãos para participarem da apreensão abrangente das necessidades e da elaboração de formas de respondê-las. A possibilidade da equipe de estabelecer parcerias com outros setores, formando redes para garantir o acesso continuado, também fez parte dos entendimentos de integralidade aqui produzidos.

A produção desses sentidos ocorreu com menor distribuição das falas no grupo quando comparada ao primeiro conjunto, numa perspectiva de apreensão abrangente do homem e de suas necessidades pelo trabalhador. Essa ocorreu num caráter mais descritivo e informativo. A coordenadora contribuiu bastante nomeando e exemplificando sentidos, convidando os participantes a refletirem sobre o que falava.

No que se refere ao fluxo das conversações ocorreu algo semelhante entre os conjuntos de sentidos como, a introdução de entendimentos sobre o termo foi seguida de autoanálise sobre as organizações atuais, com identificação de elementos dificultadores da prática do sentido de integralidade produzido, convite a reflexões e nomeação de condutas desejáveis, como: postura de abertura à participação dos usuários para trazerem suas necessidades e decidirem sobre as respostas a essas; busca de articulações com outros setores, visando construir redes de saúde e comunitárias que permitam um fluxo e contrafluxo dos usuários para continuarem recebendo melhores respostas, demandadas pelas suas necessidades.

Um olhar atento ao modo como esses participantes referiram à integralidade na construção desses sentidos parece indicar previamente, que os discursos sobre esse termo, para estruturar o SUS e privilegiados pela ESF conviveram com discursos mais tradicionais, trazidos pela racionalidade científica moderna e pelo modelo biomédico de fragmentação do homem. Porém, essa convivência não foi pacífica, uma vez que os discursos tradicionais, usados para descreverem práticas de atenção e organização dos serviços vigentes, foram empregados como um dispositivo na construção de intenções de mudanças, de superações daquela estrutura, na busca de operacionalizar os sentidos produzidos com os discursos de integralidade.

Isso pode ter ocorrido, pelo fato da integralidade ter sido apreendida numa perspectiva de lente, que possibilitou, por meio de um olhar ampliado para as práticas e os serviços, desenvolver pensamentos críticos e indicar uma direção que se quer imprimir à transformação.

Franco e Merhy (2005) dizem que a mudança de atitudes, bem como a assunção de uma nova postura de modelo de atenção não se desenvolvem de forma tão fácil como parece. Pois, conforme esses autores, por os trabalhadores deterem saberes e práticas tradicionais, que refletem na forma de produção dos procedimentos, requerem uma desconstrução no aspecto cognitivo e subjetivo do projeto que veicula até então, que pode ser feito por meio de processos de autoanálise sobre sua tradicional forma de agir e de produzir saúde junto ao usuário.

Por essas discussões daria para afirmar, de antemão, que as conversas, que permearam esse grupo falaram da apreensão da integralidade em vários entendimentos. Assim, essas informações produzidas foram suficientes ora para gerar autoanálise e reflexões das práticas vigentes, visando desconstruir aspectos de um projeto tradicional, vinculado ao homem fragmentado, ora para gerar primeiras aproximações do sentido da integralidade, enquanto uma postura de articulação de diversos tipos de tecnologias para responder as necessidades de várias naturezas dos usuários.

Outra contribuição interessante dessa pesquisa diz respeito à maneira como ocorreu a produção das informações, que foram trabalhadas na análise desse estudo. Essa se constituiu de um empreendimento ativo e cooperativo de pessoas em relação, que aproximou-se de uma prática da integralidade.

Por meio das interações grupais, orientadas na perspectiva sócio construcionista, que apreende as pessoas como seres circunscritos em diferentes contextos, como cultural, social e histórico específico, foi possível construir outra maneira de relacionar entre pesquisador e participantes (gestora e trabalhadores).

Nesse sentido, a perspectiva Construcionista Social mostrou potência nessa pesquisa para aproximar de ações práticas de alguns sentidos da integralidade, por possibilitar uma construção relacional, interativa, dialógica e colaborativa para produção dos sentidos, por viabilizar a abertura de várias formas de participação negociadas e compromissadas com a produção de descrições, assim como por permitir respeito e o cuidado com o outro ao escutar e considera o seu saber para sustentar, modificar, abandonar ou, ainda, introduzir diferentes descrições. Por meio dos processos conversacionais, desenvolveu-se construções contextualizadas e com possibilidade de transformações nas práticas vigentes.

Assim, para continuarmos produzindo descrições sobre a integralidade e outros princípios envolvidos na proposta do SUS, a abordagem epistemológica Construcionista constitui-se em uma alternativa útil, na direção de valorizar a produção dos sentidos nas interações e nas práticas dialógicas entre sujeitos envolvidos no processo. Tais produções tem potências para construir e legitimar também possibilidades transformativas na realidade, ao sustentar outras formas possíveis de viver e agir na produção de cuidados em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>10</sup>

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 157-166.

BERNARDES, E. H.; PEREIRA, M. J. B.; SOUZA, N. R. Integralidade, na concepção de enfermeiros, na Estratégia de Saúde da Família. **Revista eletrônica de saúde mental, álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n.1, art.09, 2007.

BERNARDES, E. H. **Princípios do Sistema Único de Saúde**: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais. 2005. 191f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução às teorias e aos métodos. Lisboa: Porto Editora, 2003.

BORGES, S. L. S. **Dificuldades do adoecimento e do tratamento**: sentidos produzidos com pessoas portadoras de insuficiência renal crônica em um grupo de apoio. 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Integralidade da Atenção à Saúde**. Texto adaptado por: Maria do Carmo Gomes Kell Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc>> Acesso em: 10 set 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

---

<sup>10</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Gestão participativa**: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**/ Milton Menezes da Costa Neto (org.). Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. (caderno de atenção básica nº 1 – programa saúde da família)

BURR, V. **Na introduction to social constructionism**. Londres: Routledge, 1995.

CAMARGO-BORGES, C. **O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família**: articulando saberes e práticas. 2007. 196 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CAMARGO-BORGES, C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em um grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 160 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto e Contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, jan/mar, 2008.



CAMARGO JUNIOR, K. R. de. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 11-15.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 35-44.

CAMARGO JUNIOR, K. R. de. et al Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 223-244.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 24-87. (Saúde em Debate. Série Didática, 76, 3).

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 69-92

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 165-184.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem de projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 211- 226.

CECCIM, R. B. et al. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 113-126

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 197-210.

FERLA, A. A. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 171-186.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. de. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 61-88.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO, R. Um olhar sobre práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 35-60.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181-194

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995

GERGEN, K. J. O movimento do Construcionismo Social na Psicologia moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar – INTERthesis**, Florianópolis, v. 06, n. 01, p. 299-325, jan./jul. 2009.

GERGEN, K. J. **An invitation to social construction**. Londres: Sage, 1999.

GERGEN, K. J. **Realidades y relaciones**: aproximaciones a la construcción social. Traducción de Ferran Meler Orti. 1. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1996.

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

GOULART, B. F.; FREITAS, M. I. de F. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizados pelo Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, set. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=s0102-311x20080009000018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=s0102-311x20080009000018&script=sci_arttext). Acesso em: 20 jan 2011

GUANAES, C. **A construção da mudança em terapia de grupo**: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor, 2006.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. **Estudos de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2. 2008 p. 117-124.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 225-238.

HYDE, B.; BINEHAM, J. L. From debate to dialogue: toward a pedagogy of nonpolarized public discourse. **Southern communication journal**, v. 65, n. 2/3, p. 208-223, winter/spring, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidade. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 20 jan 2011.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral a saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005a. p. 279-292.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005b. p. 145-168.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS**. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974-1996. 1997. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LUZ, M. T. **Relatório do V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. (Serie Estudos em Saúde Coletiva n. 136)

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006a. p. 39-64.

MATTOS, R. L. A. de Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006b. p. 119-132.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005a. p. 45-59.

MATTOS, R. A. de. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005b. p. 33-46

MCNAMEE, S. Relational Practices in Education: teaching as conversation. In: ANDERSON, H.; GEHART, D. (Eds.). **Collaborative Therapy: relationships and conversations that make a difference**. New York: Brunner-Routledge, 2007. p. 313-336.

MCNAMEE, S. Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: PARE D.; LARNER G., editores. **Collaborative practice in psychology and therapy**. New York (NY/USA): Haworth Press; 2004. p. 9 - 21.

MCNAMEE, S. Bridging incommensurate discourses: a response to Mackay. **Theory in Psychology**, London, v. 13, n. 3, p. 387-396, 2003.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MERHY, E. E. Engravando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 195-206.

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

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

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da ESF. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatoria.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf_relatoria.php). Acesso em 20 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. OPAS/WHO, 2005.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p.103-9, 2001.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, set/out. 2009

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 13-34.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 37-56

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 07-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 11-26.

PONTES, A. L. de M.; SILVA JUNIOR, A. G. de.; PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 251-274.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. **Grupo como construção social: aproximações entre o construcionismo social e a terapia de grupo**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2007.

SILVA JUNIOR, A. G. da.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77-90.

SILVA JUNIOR, A. G.; et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-90

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 241-257.

SILVA JUNIOR, A. G. da.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 93-110.

SILVA JUNIOR, A. G. da.; PONTES, A. L. de M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 113-128.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia social. SPINK, M. J. (Org). **Práticas discursivas e**

**produção de sentido no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 17-39.

SPINK, M. J. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 63-92.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 63-92.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R. R. o acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 89-112.

TEIXEIRA, C. F. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 423-426, 2002.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1414-32832009000500008](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-32832009000500008). Acesso em 20 jan. 2011.

VAITSMAN, J. Subjetividade e paradigma de conhecimento. **Boletim técnico do SENAC**, v. 21, n. 2, p. 3-9, maio/ agosto 1995.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 39-57, 1998.



## APÊNDICES

### Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Elexandra Helena Bernardes, sou enfermeira, aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Estou estudando sobre o tema: Integralidade e trabalhadores de equipes de Saúde da Família. Sou a pesquisadora responsável, juntamente com minha orientadora Profa Dra Maria José Bistafa Pereira, enfermeira, professora desta mesma escola.

Meu interesse em estudar esse tema justifica-se pelo fato de que já realizamos um estudo no ano de 2005 e encontramos trabalhadores que atuavam no serviço de Saúde da Família e apresentaram dificuldades em compreender o princípio da integralidade. Isto tem favorecido o atendimento as pessoas, por esses trabalhadores de forma fragmentada, ou seja, valorizando apenas a queixa que diz respeito à parte física do ser humano, não valorizando sentimentos, vida familiar, profissional, dentre outras situações.

Assim, o objetivo desse estudo é descrever os sentidos de integralidade produzidos com os trabalhadores de equipes de Saúde Família, em relação ao cotidiano de suas práticas de atenção à saúde. Por meio desse estudo pensamos que poderemos estimular a construção de novos entendimentos sobre o princípio da integralidade, e ainda potencializar a produção de novas ações na maneira de prestar assistência aos usuários.

Para que isso aconteça precisamos de sua colaboração e gostaríamos de poder contar com sua participação que será através de:

Um primeiro encontro, que será em data e horário agendado previamente com você e os demais membros da sua equipe, durante seu horário de trabalho, na unidade onde você trabalha, com duração de aproximadamente noventa minutos. Deste encontro participará você, as outras pessoas da sua equipe e eu (Elexandra). Ele acontecerá para termos a oportunidade de nos conhecermos, conversarmos sobre o estudo e como esse será realizado para que todos se sintam confortáveis. Nesse momento, vocês também serão convidados a participarem dos demais encontros da pesquisa e se você aceitar, te pedirei que assine este Termo. Ainda neste encontro vou deixar com você uma folha contendo algumas perguntas que conversaremos durante o próximo encontro.

Este será com você, com os demais colegas de sua equipe, que também concordarem em participar, comigo (Elexandra) e outras pessoas que o grupo achar interessante. Esse segundo encontro acontecerá, na data que agendarmos durante o primeiro, também será durante seu horário de trabalho, na própria unidade ou em outro local, conforme escolha do grupo. É prevista a duração média de três horas, podendo ser revista essa previsão, se nós, participantes, sentirmos necessidade.

Gostaria de te informar que o restante desse primeiro e o segundo será gravado em aparelho de MP3, caso todos os participantes concorde.

Após conversarmos sobre essas perguntas no segundo encontro, juntos vamos decidir a data do terceiro e último para darmos continuidade a esse assunto. Nesse, vocês serão convidados a pensarem algumas práticas que terão que parar, continuar e/ou começar a fazerem para que as ações conversadas e imaginadas sobre integralidade, durante o segundo encontro, possam acontecer.

No terceiro encontro discutiremos estas práticas pensadas e montaremos uma proposta para começarem a fazer a partir do próximo mês. Vale informar que este último encontro acontecerá no mesmo local do segundo, será gravado em aparelho de MP3, também é previsto uma duração média de três horas, com possibilidade desse tempo ser revisto.

Venho ainda te esclarecer que essa proposta, que acabamos de mencionar poderá ser modificada caso nós, participantes tenhamos sugestões e/ou necessidades. As informações e as respostas que forem dadas por você não te causarão nenhum dano, risco ou ônus, serão tratadas em sigilo no conjunto dos demais participantes; que sua participação será voluntária; sua identidade não será revelada publicamente e seu nome substituído por um fictício, de acordo com sua escolha; que a qualquer momento da pesquisa, você tem o direito de não continuar participando e de retirar este consentimento. Para se comunicar com os pesquisadores sobre qualquer esclarecimento, entrar em contato Elexandra Helena Bernardes, no end: Av. Juca Stockler, 1130 – Bairro Belo Horizonte, Passos-MG, CEP: 37 900 – 106, e-mail: [elexandrah@hotmail.com](mailto:elexandrah@hotmail.com), fone: 35 3529 6011, em horário comercial de segunda a sexta-feira; Maria José Bistafa Pereira pelo e-mail: [zezebis@eerp.usp.br](mailto:zezebis@eerp.usp.br), fone: 16 3602 3403, em horário comercial de segunda a sexta-feira. Gostaria de te dizer também que esse Termo será feito em duas cópias, ficando uma com você e uma guardada comigo (Elexandra).

Espero ter esclarecido, mas fique a vontade para solicitar qualquer outro esclarecimento que precisar.

\_\_\_\_\_  
Elexandra Helena Bernardes  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Maria José Bistafa Pereira  
Orientadora responsável

Assim, levando em consideração todas as informações esclarecidas acima, eu \_\_\_\_\_ declaro o meu consentimento de usar as minhas opiniões/manifestações para este estudo, podendo torná-las públicas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Local: \_\_\_\_\_ e Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## **Apêndice B - Questões para o estabelecimento do contrato de convivência.**

1 - Vocês acham que é necessário acrescentarmos outras questões associadas à integralidade para conversarmos na próxima ocasião?

2 - Quanto tempo vocês acham que seria suficiente para pensarmos nessas questões relacionadas à integralidade para nós começarmos a conversar sobre elas?

3 - Como você imagina que seria esse encontro para conversarmos sobre a integralidade? (o que você espera que aconteça?)

3.1 - Onde querem conversar sobre estas questões? Como deveria ser organizado esse espaço físico? Que tipo de recursos deveria existir?

3.2 - Como seria o desenvolvimento do encontro, das conversas?

3.3 - Quanto tempo deveria durar?

3.4 - Como vocês se organizariam para participar?

3.5 - Acham que devemos convidar para essa conversa outras pessoas, além dos membros da equipe e da pesquisadora?

4 – Tem alguma pergunta que você gostaria que eu fizesse para você ou para o grupo, que eu (pesquisadora) não estou fazendo?

### **- Construções dos acordos para convivermos bem durante os encontros.**

\* Que pedidos eu tenho aos demais participantes para que eu possa me sentir confortável para estabelecermos uma conversa sobre a integralidade e participar da pesquisa?

\* Que pedidos eu tenho, a pesquisadora (Elexandra), para que eu possa me sentir confortável para estabelecermos uma conversa sobre a integralidade e participar da pesquisa?

\* O que eu tenho a oferecer para os demais participantes do grupo e a pesquisadora para que eles se sintam confortáveis para estabelecermos uma conversa sobre a integralidade e participar da pesquisa?

## ANEXO – Folha de aprovação do Comitê de Ética.



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 012/2008

Ribeirão Preto, 12 de fevereiro de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 11 de janeiro de 2008.

**Protocolo:** n° 0839/2007

**Projeto:** SENTIDOS DE INTEGRALIDADE PRODUZIDOS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO COTIDIANO DE SUAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

**Pesquisadores:** Maria José Bistafa Pereira  
Elexandra Helena Bernardes

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

  
**Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado**  
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.  
**Profª Drª Maria José Bistafa Pereira**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP