



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

VILARA MARIA MESQUITA MENDES PIRES

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PROCESSO DE
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
*DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA DE RELAÇÕES***

**FEIRA DE SANTANA
2007**

VILARA MARIA MESQUITA MENDES PIRES

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PROCESSO DE
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
*DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA DE RELAÇÕES***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:
Prof^ª. Dr.^ª. Maria Angela Alves do Nascimento

**FEIRA DE SANTANA
2007**

P667i Pires, Vilara Maria Mesquisa Mendes.

Integridade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações [manuscrito] / Vilara Maria Mesquita Mendes Pires: Feira de Santana, 2007.
135p..

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007.

Orientadora: Profª Drª Maria Angela Alves do Nascimento

1.Integralidade 2.Saúde Coletiva 3.Jequié-Ba I.Universidade Estadual de Feira de Santana. II. Nascimento, Maria Angela Alves do. III. Título. IV. Título: desafios na construção de uma prática de relações.

CDU 614.2

VILARA MARIA MESQUITA MENDES PIRES

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PROCESSO DE
TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
*DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA DE RELAÇÕES***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 16 de janeiro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Angela Alves Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^ª. Dr^ª. Roseni Pinheiro
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Alves Nery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Ao meu amigo, namorado e esposo **Roberto**, pelo incentivo e contribuição no meu crescimento pessoal e profissional, que soube ouvir e entender minhas angústias sempre trazendo elementos necessários para o bom êxito deste trabalho: amor, alegria e amizade.

Ao meu querido filho **Gabriel**, pessoa que me mostrou que na vida sempre vale a pena lutar pela felicidade. Representando para mim fonte de paz e alegria, a qual representa inspiração e coragem para minhas conquistas.

Ao meu pai **Oscar Mendes** que conhecendo sua história, e as dificuldades passadas posso considerá-lo um vitorioso, pois foi com você que aprendi que respeitar o ser humano é a essência para se tornar um profissional. Por mais que a vitória seja minha, ela é antes de tudo fruto do seu apoio e dedicação incondicional. Obrigada por existir.

A minha mãe **Edilia Mesquita**, por sempre estar ao meu lado, sempre acreditando no meu sucesso me incentivando com seu carinho, compartilhando sempre comigo no cuidado com Gabriel nos meus momentos de ausência e impaciência. Obrigada por existir.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre se fazer presente em minha vida, refúgio nos momentos de aflição, e fonte inesgotável de fé, o que me faz levantar todas as manhãs.

A minha **família**, por ter compreendido meus momentos de ausência, amos vocês, obrigada por me entenderem.

A professora **Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento**, pelo respeito, compreensão e carinho na construção deste trabalho, sempre com palavras acolhedoras, nunca me deixando desanimar. Foi mais que uma orientadora, é uma amiga de todas as horas na minha vida, obrigada por me conduzir.

A professora Mestre **Rhanes Oliveira da Hora**, amiga que me introduziu na Saúde Coletiva de modo apaixonante. O que me inspirou como profissional.

A **Janete e Daniela**, amigas, funcionárias do Colegiado de Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, pelo incentivo durante o processo seletivo do mestrado, sempre dedicadas.

A amiga **Lyra Cândida**, pelo carinho e incentivo durante nossos estudos para a seleção do mestrado e contribuição na construção desse projeto.

Aos meus grandes amigos e companheiros, **Mariluce, Ana Cláudia, Marcos Vinícius e Hyrlana**, pelo carinho, atenção e disponibilidade, pelo apoio que d eram, de diferentes formas e em diferentes momentos, a realização deste curso, vocês nem sabem como foram importantes para mim.

Ao meu amigo de sempre, **Álvaro**, pelo incentivo, carinho e disponibilidade no auxílio aos trabalhos de digitação e por acreditar no meu sucesso.

A minha amiga e irmã **Carla Angélica**, pelo carinho e incentivo sempre acreditando no meu sucesso. Pessoa fundamental nos primeiros meses na nova morada em Salvador, pelo carinho que teve cuidando do meu filho na minha ausência. Muito obrigada amiga.

A **Nanrri**, que sempre esteve disponível, com seu carinho, me socorrendo nos momentos de aflição quando eu e Beto não estávamos com muito tempo para Gabi.

A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB**, não só pela oportunidade de realização deste trabalho, mas principalmente por possibilitar-me trilhar esta propagada vida acadêmica.

Ao corpo **discente** e **docente** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Feira de Santana-UEFS pelo apoio nesta caminhada.

Aos **técnicos administrativos** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, pelo apoio e carinho.

A **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA**, na pessoa da Secretária de Saúde, **Dr^a. Tânia Brito**, por ter autorizado a coleta das informações nas Unidades de Saúde da Família.

As **Equipes de Saúde da Família** e usuários dos serviços de saúde, pelo carinho e disponibilidade no período da coleta das informações.

A **José Flávio, Janice** e **Mima** pelo carinho que sempre tiveram comigo, sempre acreditando no meu sucesso. Amo vocês.

A minha sogra e amiga de todas as horas **Diva do Carmo**, pelo carinho, atenção e disponibilidade em fazer a revisão ortográfica deste trabalho, também por ter sempre palavras de incentivo nessa minha caminhada.

A **Luciene**, por compreender meus momentos de aflição, mas sempre com uma palavra acolhedora acalentando minhas inquietações e por ser tão dedicada com meu filho. Muito obrigada.

Aos amigos **Lívia** e **Kiko** pelo carinho e solidariedade, com um esforço coletivo nas transcrições das fitas das entrevistas do estudo.

A professora **Dr^a. Eliane Azevedo**, pessoa maravilhosa que tive a feliz oportunidade de conhecer, pela sua coerência e demonstração que a construção do conhecimento se faz também com simplicidade e respeito.

Aos amigos **Antonio Flávio** e **Daniele** pelo apoio incondicional na construção desse trabalho, contribuindo com muito carinho e atenção nos momentos mais difíceis.

Nós, os novos, os sem-nomes, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado – nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz (...) mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. (...) Da Grande Saúde – de uma saúde tal, que não somente se tem, mais que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar...

Nietzsche

RESUMO

Este Estudo tem como objeto de investigação a Integralidade do cuidado no processo de trabalho das Equipes de Saúde da família no município de Jequié-BA, tendo como objetivos compreender os sentidos e significados da Integralidade do cuidado em saúde no processo de trabalho das respectivas equipes; analisar os dispositivos que orientam o cuidado integral a saúde (vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade) e identificar as implicações da integralidade do cuidado à saúde no decorrer do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em uma perspectiva aproximada do método dialético, onde foi utilizado como técnica de coleta de dados à entrevista semi-estruturada, a observação sistemática e análise de documentos oficiais. O método de análise dos dados foi à hermenêutica-dialética. Os sujeitos do estudo foram vinte trabalhadores de saúde e sete usuários das equipes de saúde da família. Os resultados mostraram que as práticas de saúde desenvolvidas em algumas equipes de saúde da família se apresentam contraditórias ao que se propõe o atendimento integral, encontrando-se ainda sustentada no modelo médico, principalmente orientado pelas tecnologias duras e leve-duras. Todavia é possível perceber alguma sensibilização no sentido de orientar o processo de trabalho para uma perspectiva voltada para as tecnologias leves (práticas relacionais) procurando desenvolver as suas práticas a partir de uma visão ampliada do indivíduo como portador de necessidades previstas e imprevisíveis. As Políticas públicas de saúde municipal é um limite a ser superado no sentido de alcançar a mudança de perfil na estrutura de organização da atenção a saúde. Conclui-se, portanto que para concretização da integralidade do cuidado no Município de Jequié, exige-se o desenvolvimento de competências no processo de trabalho em saúde assim como uma política de formação articulada à prática para construção de projetos coletivos integrados ao cuidado em saúde, em que trabalhadores e gestores de saúde e usuários sejam co-responsáveis pela produção de um saber – fazer objetivando dar respostas positivas às necessidades e demandas do usuário – família de forma humanizada.

Palavras-chaves: Integralidade, Processo de trabalho, Cuidado.

ABSTRACT

This study has as investigation object of the integrity of the care in the process of work of the Teams of Health of Family (ESF) in the Jequié city. It has the objectives to understand the senses and meanings of the integrity of the care in health in the process of work of the respective teams; to analyze the devices that guide the integral care to health (bond, reception, responsibility and resolution) and to identify the implications of the integrity of the care to the health in the process of the workers' of health work. It is a qualitative research, in an approximate perspective of the dialectic; method; it was used as technique's collection the semi-structured interview, the systematic observation and the analysis of official documents. The method of analysis approached to the hermeneutics-dialectics. The people of the study were twenty workers of health and seven users of the teams of health of the family. The results showed that the practices of health developed in some teams of health of the family seem contradictory to the integral service, still sustained in the doctor-centered model, mainly oriented for the hard technologies light-hard. However it is possible to notice some sensibility of guiding the work process for a perspective to the light technologies (relational practices), trying to develop their practices starting from an enlarged vision of the individual as bearer of foreseen needs and unexpected. The public politics of municipal health are a limit to be overcome in the sense of reaching the profile change in the organization structure of the attention to the health. Was ended, therefore that for materialization of the integrity of the care in the Municipal district of Jequié, the development of competences is demanded in the work process in health as well as a politics of articulate formation to the practice for construction of collective projects integrated to the care in health, in that workers and managers of health and users are co-responsible for the production of a knowledge - to do, aiming at to give positive answers to the needs and the user's demands - family in a humanized way.

Key-Words: Integrity, work Process, Care

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: ARTICULAÇÃO TEORIA – PRÁTICA	12
1.1 EXPERIÊNCIA DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO: UM PROCESSO EM (DES) CONSTRUÇÃO	13
CAPÍTULO II	
REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	23
2.2 PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	34
CAPÍTULO III	
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
3.1 TIPO DE ESTUDO	40
3.2 CAMPO DE ESTUDO	41
3.3 SUJEITOS DE ESTUDO	43
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	48
CAPÍTULO IV	
INTEGRALIDADE DO CUIDADO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA DE RELAÇÕES	51
4.1 SIGNIFICADOS E SENTIDOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PSF NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA	52
4.2 PROCESSO DE TRABALHO DA ESF NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PSF DE JEQUIÉ-BA: <i>INTERFACE ENTRE AS TECNOLOGIAS LEVE E LEVE-DURA</i>	64
CAPÍTULO V	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES	129
ANEXO	134

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: *ARTICULAÇÃO TEORIA – PRÁTICA*

Apesar de algumas idéias utópicas eventualmente realizadas não é da natureza utópica ser realizada. Pelo contrário, a utopia é a metáfora de uma carência formulada ao nível que não pode ser satisfeita. O que é importante nela não é o que diz sobre o futuro, mas a arqueologia virtual do presente que a torna possível.

Boaventura de Souza Santos

1.1 EXPERIÊNCIA DA PESQUISADORA COM O OBJETO DE ESTUDO: UM PROCESSO EM (DES) CONSTRUÇÃO

O interesse por esta temática – a integralidade do cuidado de saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da família, surgiu da nossa experiência profissional na área da Saúde Coletiva como docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no ano 2000, a partir do acompanhamento dos discentes do curso de graduação em Enfermagem na disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, destacado aqui por um dos seus objetivos “instrumentalizar”[?] o discente para incorporar na prática cotidiana a atenção à saúde na perspectiva da INTEGRALIDADE com campos de práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié-BA.

Mas, o que vem a ser integralidade? Há uma diversidade de sentidos do princípio da integralidade e que podem refletir, de acordo com Mattos (2001a), diferentes pontos de vista tais como os atributos das práticas profissionais de saúde com valores ligados aos que se podem considerar uma boa prática, independentemente da mesma se dar no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde, consubstanciada com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde é uma política de saúde do Estado brasileiro com princípios que devem ser respeitados nos serviços de saúde de qualquer natureza, organizado a partir de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o **atendimento integral**; e a participação da comunidade.

Entretanto, ao vislumbrarmos a INTEGRALIDADE como um valor a ser sustentado nas práticas de saúde, este deverá se expressar na relação estabelecida entre os trabalhadores de saúde¹ e usuários².

A Constituição de 1988 reconhece que a saúde é um direito de todos, direito que deve ser garantido pelo Estado através de políticas econômico-sociais voltadas tanto para a redução dos riscos de doenças e agravos quanto para assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, prevenção e recuperação.

Atualmente, as discussões sobre a INTEGRALIDADE reafirmam a perspectiva de uma abordagem que, estrategicamente, possa articular a diversidade de sentidos, ao direcionar

¹ **Trabalhadores de Saúde:** São todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviço de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividade de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de função atenuante ao setor (PAIM, 1994, p.5).

² **Usuários:** são todos aqueles cadastrados na USF que utilizam os serviços de saúde.

a organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde, e também para os processos formativos, constituído por conjuntos de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Ou seja, um movimento de articulação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas, com várias esferas de gestão do sistema de saúde e instituições formadoras, as quais poderão possibilitar um avanço em direção aos princípios e às diretrizes do SUS, na formação e controle social (HENRIQUES; ACIOLI, 2004).

Para Pinheiro (2003b), a integralidade do cuidado na atenção às pessoas deve ser entendida como um princípio norteador de uma política de Estado para a saúde, o SUS, que tem no campo das práticas um espaço privilegiado para a materialização da saúde como um direito e como um serviço. Concretamente, isto significa que a integralidade como eixo norteador de uma político-social deverá ser construída cotidianamente por permanentes interações democráticas dos sujeitos, pautadas por valores emancipatórios fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja obter.

Dessa forma, ressaltamos que, para a concretização da integralidade no cuidado, tendo em vista as competências exigidas no processo de trabalho em saúde, é importante também uma política de formação articulada com a prática, para a construção de projetos coletivos, integrados aos cuidados de saúde, em que os trabalhadores de saúde, gestores³ e usuários sejam co-responsáveis pela produção de um saber-fazer, no sentido de dar resolubilidade às necessidades e demandas da população de forma humanizada.

Para tanto, resgatamos aqui algumas considerações sobre **a integralidade da prática de saúde** legitimada pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, inciso II, ao garantir o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Entretanto temos clareza de que, conscientemente, tal compreensão deverá perpassar as definições de princípios que possibilitem transformações nas práticas de saúde, no sentido de desenvolverem não apenas uma nova dinâmica nos serviços de saúde, mas também estabelecerem uma relação de vínculo, acolhimento e respeito à comunidade para humanização desta prática, tornando-a mais justa.

Por conseguinte, o sentido da integralidade neste estudo não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde definida constitucionalmente. Segundo Mattos (2001a), ela é uma

³ **Gestores:** São formuladores de políticas, envolvidos diretamente na definição dos objetos, prioridades e estratégias políticas, seus programas e projetos adaptados às condições local-regionais (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2001).

bandeira de luta, pois parte de uma imagem objetiva, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. Para o autor, a integralidade é entendida como um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária, como uma sociedade própria de papéis muito diferenciados na qual a complementaridade de cada um em relação ao outro exige colaboração ativa.

Assim, se faz necessário indicar a direção que queremos chegar para a transformação da realidade, que parte de um pensamento crítico que se recusa a reduzir a realidade ao que existe, e que não valoriza características existentes, almejando superá-las. Porém, isso não quer dizer como a realidade deve ser, mas há várias possibilidades de mudanças criadas com o intuito de superar aspectos dessa realidade presenciada.

Ao trazermos aqui algumas reflexões/concepções sobre a integralidade referente não só aos aspectos subjetivos, mas também aos objetivos estabelecidos durante o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde ligados ao que se pode considerar uma “boa” prática, independentemente de se dar no sentido amplo do SUS, é preciso que entendamos a integralidade como princípio orientador das práticas de saúde que, de acordo com Mattos (2001b), implica em uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos⁴ e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Para Pinheiro (2003a), a INTEGRALIDADE é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos sujeitos na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde. Desse modo deverá ser entendida como ação integral, como a “entre-relação” de pessoas, ou seja, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, trabalhadores de saúde e instituições, que são traduzidas numa prática humanizada, digna e respeitosa com qualidade, acolhimento e vínculo.

Portanto, neste estudo, a integralidade é uma resposta (saber e agir) dos trabalhadores de saúde e dos usuários por meio de serviços e práticas a fim de buscar respostas positivas às demandas⁵ e necessidades de saúde⁶ da população.

⁴ **Sujeito:** É aqui entendido como pessoa em busca de autonomia, disposto a correr riscos, abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal/ profissional/ social diante dos desafios colocados a cada momento, e assumindo-se como ser engajado e responsável pelo que se passa ao seu redor (L'ABBATE, 1995 p. 154).

⁵ **Demandas:** São necessidades de saúde buscadas pela população não se limitando à identificação da doença, mas abarca a compreensão de sujeito em sua complexidade (ROSENI, 2005).

⁶ **Necessidades de Saúde:** Está relacionada com a maneira como se vivem, condições de vida; necessidade ao acesso a toda tecnologia capaz de prolongar a vida; necessidade de criação de vínculo entre o trabalhador de saúde e usuários. (CECÍLIO, 2001).

Por conseguinte, comungamos com Pinheiro (2003a) que a integralidade não se materializa somente com sua inscrição legal como princípio do SUS, mas como algo a ser construído cotidianamente pelos sujeitos em seu processo de trabalho no desenvolvimento do cuidado em saúde.

Entretanto, diante de tal compreensão sobre a **Integralidade** durante o desenvolvimento das atividades dos discentes de Enfermagem nas Unidades de Saúde da Família (USF), vimos concretamente que muitos daqueles trabalhadores de saúde dessas unidades ainda desenvolviam uma prática caracterizada no modelo clínico liberal privatista, contraditória à proposição do Sistema Único de Saúde, particularmente no que diz respeito ao acesso universal, à atenção integral e à gestão descentralizada sob controle público, pois, apesar dos avanços do SUS, ainda se encontra segundo Paim (1994), alicerçado nessa prática assistencial, o que vem a contribuir com as dificuldades no alcance de uma prática integral.

Muitas vezes, presenciamos os usuários/famílias saírem das consultas, queixando-se da falta de interesse do trabalhador de saúde em não dar a devida atenção às suas queixas e/ou se quer olhar para ele (o usuário), e conseqüentemente, sem dar resolubilidade às suas demandas de saúde.

Tal realidade começou a nos inquietar no decorrer do Estágio Curricular Supervisionado I, diante da contradição à proposição do Estágio cujo objeto de trabalho - assistir famílias numa perspectiva de atenção direcionada ao conceito ampliado de saúde⁷. Tal contradição representa um dos entraves na condução das atividades, inclusive apontado pelos docentes/discentes na avaliação da referida disciplina.

Em contraposição a essas dificuldades, tentamos resgatar e fortalecer as atividades de educação em saúde⁸, no intuito de sensibilizar as equipes de saúde da família (ESF) para um atendimento humanizado, de modo a valorizar e dar resolubilidade as necessidades sentidas pelos usuários/famílias, com acolhimento e vínculo, além de motivar os usuários/famílias e população não só na sua auto-suficiência do seu autocuidado, mas também para o exercício de sua cidadania, no sentido de reivindicar e deliberar sobre os seus direitos e necessidades de saúde, fiscalizar e avaliar a produção das ações/atividades pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), em busca de uma prática de saúde integral e de qualidade.

⁷**Saúde:** Vista como direito de todos e dever do Estado, direito esse garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 133).

⁸**Educação em saúde:** É o processo de aprendizado recíproco onde os envolvidos, ao interagirem trocam informações que lhes dão fundamentos para elaborarem seus próprios conceitos de qualidade de vida e referencial de saúde.

Desse modo, a prática de saúde não poderá se conformar com atitude fragmentada e reducionista, ao considerar apenas o sistema biológico do indivíduo, que supostamente está produzindo o sofrimento, mas trabalhar a prática com qualidade, que perpassa a compreensão do conjunto das necessidades que ele apresenta, sensibilizado pelas questões das condições de vida no sentido econômico, social e psicossocial - que muitas vezes vai além da atenção individual e curativa - a partir da perspectiva da saúde coletiva⁹.

Entretanto, apesar da tentativa de resgatarmos uma outra forma de pensar e fazer saúde diferente daquela encontrada até então, deparamo-nos com uma comunidade completamente descrente na resolução de seus problemas de saúde, de certa forma responsabilizava o serviço (a instituição) e a própria equipe de saúde pela falta de interesse em dar resolubilidade aos seus problemas, que muitas vezes segundo eles, poderiam ser resolvidos na própria unidade de saúde. Diante desse contexto, tivemos muitas vezes que criar condições para atender, na medida do possível, essa demanda frente à articulação de uma relação dialógica entre a equipe de saúde da família e grupos da comunidade, inclusive com a efetividade de ações curativas imediatas, como também ações que estimulassem o auto-cuidado.

Porém, segundo Mattos (2001b), para que essa prática integral se concretize ela precisará estar impregnada com as mais variadas formas de agir em saúde, com ações articuladas e despolarizadas às possibilidades terapêutico-dialógico-prescritiva, promocional-curativo-reabilitadora, clínica-epidemiologia, singular-coletiva, razão-emoção e saúde-doença, para dar conta das exponenciais demandas do indivíduo/família/grupos populacionais.

Todavia, acreditamos que a atenção integral à saúde deverá ser norteadas por ações que levam em consideração, sobretudo, a complexidade dos problemas. Assim, compreendemos a integralidade como um dos princípios orientadores do SUS em defesa da vida individual e coletiva, que terá que responder às demandas/objetos com ações e serviços preventivos e curativos em todos os níveis de atenção à saúde.

E, nesta perspectiva, na realidade muitas vezes sentimo-nos insatisfeitos devido os limites entre a teoria e a prática vivenciadas nas atividades desenvolvidas no dia-a-dia do Programa de Saúde da Família (PSF). Concretamente percebemos que essas práticas de saúde no município de Jequié aparentemente, são contraditórias aos princípios e diretrizes do SUS, na medida em que na maioria das vezes são voltadas muito mais à doença e não ao doente, até mesmo visualizada pela falta de interesse e de responsabilização aos problemas do usuário/família não só pelos trabalhadores de saúde mais também pelas instituições de saúde.

⁹**Saúde Coletiva:** Numa perspectiva do acesso dos serviços de saúde com uma intenção universal, humanizada ampliando as práticas de prevenção a doença como representação do sistema de saúde voltado para justiça social.

Diante desta realidade, fortaleceu o nosso interesse pelas ações de saúde desenvolvidas no PSF, e para tanto, assumimos a responsabilidade de pesquisar-estudar, ensinar-aprender e até mesmo elaborar planos de intervenções para dar efetividade às ações de saúde o que tem nos possibilitado fazer algumas reflexões acerca do objeto deste estudo.

Para Franco e Merhy (2003a), a integralidade constitui-se num dispositivo potente para desencadear processos de transformação no cotidiano das práticas em saúde e (re) direcionar o modelo de atenção à saúde. E, ao estudarmos a integralidade buscamos a compreensão de como são trabalhadas as relações a partir dos dispositivos analisadores¹⁰, como o vínculo, o acolhimento, a responsabilidade e a resolubilidade¹¹ entre os sujeitos sociais envolvidos, direta ou indiretamente, na produção dos serviços de saúde no PSF.

Por isso, embasada em Baremlitt (1994), compreendemos que tais dispositivos se contrapõem ao poder hegemônico por estarem sempre à procura da produção do novo, criando assim novas possibilidades de uma atenção à saúde voltada para humanização, mediada pelas relações estabelecidas.

A opção por tal abordagem é consonante com a analogia da integralidade com a física, feita por Santos (2005), ao dar um significado metafórico à integralidade como um feixe de luz, que ao atravessar um prisma, decompõe-se em diferentes cores, que têm potencialidade de iluminar-criar novas perspectivas. Ou seja, a integralidade ao se encontrar com vários obstáculos eles se romperiam e atravessariam as barreiras às quais construiriam novas formas de fazer/agir na prática cotidiana e seriam, portanto, disseminados e absorvidos pelos diversos sujeitos. Para tanto, ao estudarmos a Integralidade buscamos não apenas entender, mas analisar as relações existentes nas ações de saúde a partir dos dispositivos vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade entre os trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família e usuários das unidades de saúde da família.

Todavia, neste estudo, o debate desenvolvido sobre a integralidade parte do pressuposto de que as tecnologias leves se realizam em processo e comandam os modos de incorporação das outras tecnologias, o que nos leva a repensar o processo de produção da subjetividade no interior das práticas de saúde ao explorarmos as falhas na busca de novas possibilidades de intervenções, devido seu caráter relacional, que as situam como uma nova forma de agir entre trabalhadores de saúde e usuários, individuais e coletivos, com vistas à produção do cuidado.

¹⁰**Dispositivos analisadores:** Conjunto de categorias que permite perceber a concretização ou não da materialização da integralidade do cuidado. (SANTOS, 2005)

¹¹**Resolubilidade:** Consagrou-se como dispositivo de análise utilizado corriqueiramente na literatura pelos militantes da Reforma Sanitária Brasileira (SANTOS, 2005).

Este repensar favorece não apenas o entendimento de tecnologia que permeia o objeto de estudo, como também o estabelecimento de relações entre as pessoas com suas expectativas e produções, através de mecanismos como falas, escutas e interpretações que poderão possibilitar a produção de uma acolhida com momentos de cumplicidades, o que levará a produzir uma responsabilização em torno do problema a ser enfrentado e momentos de confiabilidade e esperança, nos quais produzir-se-ão relações de vínculo e aceitação (MERHY et al., 2000).

Outrossim, faz-se necessário a desconstrução do modelo de atenção à saúde ainda predominante, o biomédico, ao limitar assistir o indivíduo/família dentro do seu contexto social e familiar. Portanto, o desafio é estabelecer a [re]construção de um modelo de atenção à saúde com práticas inovadoras, desenvolvidas a partir da criatividade dos sujeitos e das contingências locais. Todavia, essas práticas não devem ser balizadas no saber-poder que toma o indivíduo, a comunidade e a família como um objeto despido de seus valores, de suas relações sociais, de sua singularidade e de seus desejos e saberes, mas colocando-os como sujeitos do ato de cuidar.

Os significados do cuidado aqui trazidos por Mattos (2001a) e Ayres (2001) são traduzidos numa dimensão da vida humana, dimensão que frequentemente se dá no plano da intersubjetividade. E, neste sentido, há várias formas de cuidar, que poderão viabilizar a qualidade da assistência, permeada por um cuidado integral, de modo que possa ter acesso à toda tecnologia de saúde para melhorar e prolongar a vida (MERHY, 1997), de forma que o reconheça como um agir e decidir, para transformar o contexto que vive (OLIVEIRA; BRIGGEMANN; ZAMPIERRE, 2002).

Tal abordagem nos faz pensar sobre a forma como está sendo conduzida a prática em saúde, e como vem se conformando a integralidade nas Equipes de Saúde da Família, com seus reflexos na condição de saúde da população.

Para tanto, elaboramos as seguintes **questões norteadoras** a serem estudadas:

- Quais as concepções de sentidos¹² e significados¹³ dos trabalhadores de saúde do PSF do município de Jequié/ BA sobre a integralidade do cuidado em saúde?

¹² **Sentidos:** atribuídos à integralidade com o objetivo de identificar o que se almeja construir do que existe (MATTOS, 2001a).

¹³ **Significados:** não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas, conjunto de valores pelos quais vale lutar pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001a).

- Como essas concepções de integralidade do cuidado de saúde da família são construídas nas equipes do PSF do município de Jequié/BA e que implicações trazem ao processo de trabalho das equipes?

Diante destes questionamentos, elaboramos os seguintes **objetivos**:

Compreender os sentidos e significados sobre a Integralidade do cuidado em saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da família do PSF no município de Jequié-BA.

Analisar os dispositivos que orientam o cuidado integral à saúde (vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade) no PSF, em Jequié-BA.

Identificar as implicações da integralidade do cuidado à saúde no decorrer do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde do PSF em Jequié-BA.

Diante do que foi apresentado, a consecução deste estudo é de grande importância para as políticas de saúde desenvolvidas em Jequié-BA, uma vez que se trata de um processo histórico-social, que carrega consigo aspectos da formação dos trabalhadores do PSF, dos interesses políticos, sócio-econômicos e culturais do modelo de atenção à saúde adotada, diante da compreensão do processo saúde-doença dos sujeitos envolvidos, tendo em vista a integralidade do cuidado em saúde.

Por conseguinte, a realização desta pesquisa foi relevante, pois possibilitou analisar concretamente o processo de trabalho da equipe saúde da família no PSF assim como as possibilidades de alternativas efetivas para transformação do trabalho em saúde diante o enfrentamento das possíveis condições alienantes do processo de trabalho, tendo em vista a defesa da vida individual e coletiva dos usuários/famílias assistidas no PSF.

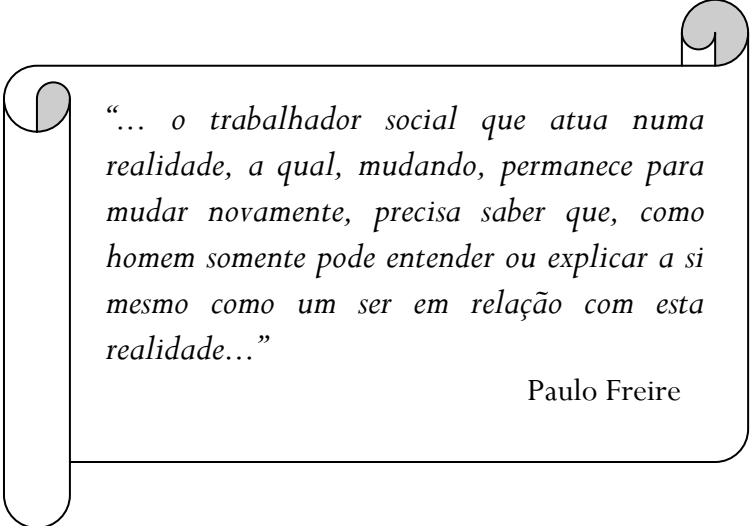
Além do mais, a pesquisa teve o propósito de contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de ajudar a superar algumas limitações no campo da prática, frente a possibilidade de refletir, debater e apresentar propostas que possibilitem uma discussão sobre a integralidade do cuidado no processo de trabalho em saúde, não apenas das Equipes de Saúde da Família, mas também dos demais trabalhadores de saúde e usuários com o objetivo de refletir coletivamente um novo modelo de saúde pautado em um processo coletivo de trabalho que perpassa pelas diversas formas de relação entre trabalhadores de saúde e usuários, com vistas a implantação de práticas na perspectiva da integralidade.

No intuito de operacionalizar este estudo, elaboramos o seguinte **Pressuposto Teórico**: os trabalhadores de saúde do PSF do município de Jequié-BA, para desenvolver o cuidado em saúde utilizaram de um conjunto de tecnologias que inclui os equipamentos e instrumental necessários para o desenvolvimento do trabalho (os aparelhos, a estrutura física,

os procedimentos técnicos, os conhecimentos estruturados acerca da epidemiologia, planejamento em saúde e outros) assim como as tecnologias que envolvem as relações entre os sujeitos no processo do cuidar, que dizem respeito à escuta ao atendimento humanizado, ao vínculo, à responsabilidade e ao respeito pelo outro, enquanto alguém que porta uma dificuldade ou um problema de saúde.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO



“... o trabalhador social que atua numa realidade, a qual, mudando, permanece para mudar novamente, precisa saber que, como homem somente pode entender ou explicar a si mesmo como um ser em relação com esta realidade...”

Paulo Freire

Para desenvolver esta pesquisa cujo objeto é a **integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família no Programa de Saúde da Família em Jequié-BA**, tomamos como base teórica a INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE, com a finalidade de defender a vida individual e coletiva, como uma recusa à objetivação, favorecendo para abertura ao diálogo, principalmente por considerarmos como condição fundamental ao desenvolvimento de uma prática humanizada entre sujeitos a partir de uma relação intercessora e o PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE na perspectiva de Mendes-Gonçalves (1994), por entendermos que o processo de trabalho em saúde passa pelas relações sociais caracterizadas em práticas de saúde, estas embasadas nas necessidades de saúde sentidas pelos usuários/famílias, essenciais aos serviços de saúde, no que diz respeito a sua organização.

2.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

A partir da década de 1990, a crise estrutural do setor da saúde contribuiu para a fragilidade apresentada na eficácia da gestão das políticas públicas com ênfase nas políticas sociais e econômicas, e em consequência, vemos um distanciamento entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos, e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos de saúde, situação que vem perpassando todo momento histórico da saúde no Brasil.

Historicamente o sistema de saúde no Brasil vem sendo (re)construído a partir do processo de mudanças que remonta à década de 1970, acelerando-se ao longo da década de 1990, ao adquirir estatuto institucional no final daquela década, melhor demarcado no início da década de 1990. Esta realidade é fruto de um processo interno de forte densidade política e social, influenciada inclusive por diversos modelos externos, particularmente aqueles vigentes no *Welfare State*.¹⁴

Apesar desse contexto, o nosso Sistema foi estabelecido pela Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, regulado pelas Leis 8080 e 8142, ambas de 1990 - Sistema Único de Saúde (SUS) justamente porque sua formulação correspondeu a uma unificação de vários subsistemas existentes até então, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública, e outros), quanto entre as

¹⁴ **Welfare State**: é instrumento de igualdade social, em que o Estado garante tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação, educação, assegurados a todos os cidadãos, não como caridade mas como direito, é o estado de bem estar (PAIM, 1994).

esferas governamentais (federal, estadual e municipal), e também superando o setor estatal do setor privado (BRASIL, 1990a; 1990b).

Ao estabelecer como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção, assim como diretrizes organizacionais a descentralização e a participação da sociedade, o SUS claramente faz uma ruptura com o sistema anterior diante das novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais a serem assumidas para o provimento das ações e serviços de saúde no país, ao considerar a saúde como direito universal da cidadania e dever do Estado.

Desse modo, o SUS foi desenhado e institucionalizado na contramão de uma tendência que, no plano internacional, já naquele momento, apontava para uma (re)valorização do mercado, como uma alternativa ao modelo clássico *welferano*, tido como inviável em razão da crise fiscal e da legitimidade do Estado. Enquanto no mundo discutia-se o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção dos gastos públicos, no Brasil, expandiam-se os direitos sociais e se ampliava à responsabilidade estatal o seu provimento.

Se, naquele momento, a conjuntura interna de reconstrução democrática e de resgate da dívida social legada pelos anos da ditadura dava suporte à expansão dos direitos sociais entre os quais o da saúde, foi inevitável que, ao ser implementado, o SUS se visse diante das limitações materiais e ideológicas impostas pela agenda da reforma do Estado que, introduzida no país no início dos anos 1990, ameaçava vetos às generosidades universalistas da Constituição de 1988 (MENDES, 1999).

O SUS não se constitui um pacto social, uma idéia criativa de planejadores e políticos. Ao contrário, sua arquitetura institucional altamente inovadora, corresponde a um processo social rico, com choques de interesses e valores sociais diversificados, sujeitando a renovação de crenças cognitivas relevantes, algumas delas inéditas na tradição de políticas públicas no Brasil.

Ao resgatarmos aqui uma breve trajetória sobre os antecedentes do SUS - origens e explicações para sua configuração - é possível demarcarmos dois movimentos tendenciais que influenciaram a evolução das políticas de saúde pelo menos nos últimos trinta anos. O primeiro, de caráter geral no campo das políticas de proteção social, apontou em direção à universalização, ou seja, ao reconhecimento de direitos sociais vinculados à cidadania plena. Resulta na migração do modelo do seguro social que caracterizou, desde suas origens, o sistema previdenciário brasileiro, para o modelo da seguridade social, finalmente adotado na Constituição de 1988. O segundo, de caráter específico ao setor saúde, em busca de uma maior efetividade sanitária, envolveu a adoção de uma concepção mais ampla da saúde.

Apontou para a demanda um **modelo de atenção integral à saúde da população** (BAHIA, 2001).

Este novo modelo baseia-se numa concepção ampliada do processo saúde-doença, onde o acesso a bens e serviços de saúde é apenas um dos componentes de um processo que depende também, essencialmente, de políticas públicas capazes de prover qualidade de vida. Distingue-se do modelo liberal-privatista que dissocia as ações preventivas das ações curativas, a saúde coletiva da atenção individual, e inteiramente centrada no atendimento à demanda por assistência médica.

Além do artigo 196, que vincula o direito à saúde à implementação de políticas voltadas para redução de riscos de doenças e outros agravos, a Constituição (BRASIL, 1988) estabelece no artigo 198 que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (destaque da pesquisadora);

III – participação da comunidade.

A Lei 8080/90, em diversos momentos, especifica o entendimento da atenção integral, aqui destacado no artigo 7, ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – **integralidade da assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema (destaque desta pesquisadora).

Nesta perspectiva, a Integralidade inclui:

- articulação entre os níveis de atenção, com garantia da priorização de ações de promoção e prevenção, mas também com as de assistência curativa;

- articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial, compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), com garantia a referência e contra/referência;

- articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), com a finalidade de uma ação integral para cada problema e para cada usuário ou coletividade coberta.

Face ao que foi visto, percebemos que a oferta de serviços deve ser organizada de modo a atender à demanda espontânea e também a programação de saúde para os problemas prioritários de forma que possa prevenir ou resolver os problemas de saúde individual e coletivo.

Porém, temos clareza da dificuldade de efetivação da integralidade, o que torna, de certa forma, um nó crítico a consolidação do SUS, haja vista a grande pressão provocada tanto pela incorporação dos profissionais de saúde ao paradigma do modelo hegemônico-médico liberal privatista, quanto pela demanda reprimida por assistência médica.

Diante desse contexto, para o desenvolvimento das políticas de saúde, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, 01/93, 01/96), que traçaram critérios e mecanismos para a descentralização do SUS no sentido de garantir a autonomia para os municípios. O que de certa forma tornou-se um dos grandes desafios para o Ministério da Saúde, uma vez que, ao se pensar organizar um sistema de saúde, deve-se levar em conta a heterogeneidade dos Municípios e Estados brasileiros (BRASIL, 2001).

Com a NOB 01/93 ocorre o avanço da descentralização, embora ainda nos deparemos com a concentração dos recursos na esfera central do governo, de modo a priorizar alguns programas verticais, que muitas vezes incoerentes com as necessidades sentidas em nível municipal. Segundo Luz (2001), trata-se de uma descentralização incompleta, que por falta de recursos suficientes, chegam a inviabilizar a implantação de programas e serviços nos municípios, tendo como conseqüência uma sobrecarga dos profissionais de saúde e falha no sistema de atenção à saúde.

No entanto, na tentativa de mudar esse cenário, cria-se a NOB 01/96 com a finalidade de promover a reorganização do modelo de atenção, adotando como principal estratégia a ampliação do PSF, com a intenção de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde, com vistas ao estabelecimento de vínculo, compromisso e responsabilidade entre trabalhadores de saúde e comunidade.

Nesse meio termo, essas políticas de descentralização de gestão e repasse de recursos entre esferas de governos passam a ser conduzidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), com os seguintes objetivos: dar continuidade ao processo de descentralização; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismos para o

fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e proceder à atualização dos critérios de habilitação dos municípios (BRASIL, 2001).

Apesar de toda evolução da história do sistema de saúde no Brasil, e tratando-se das Normas Operacionais Básicas e seus avanços, ainda nos deparamos com alguns retrocessos, dentre os quais a gestão do SUS ainda centralizada, diante do processo de descentralização em algumas regiões acontecendo, ainda de forma gradual, de modo a dificultar o acesso universal e uma efetiva atenção integral.

Embora as NOB tenham promovido a reorganização no modelo de atenção à saúde, com a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e implantação do PSF, vemos hoje, através dos estudos de Rodrigues (2005), que os PSF muitas vezes são formados por profissionais que não tiveram um treinamento introdutório sobre o processo de trabalho desenvolvido pelo PSF, o que de algum modo torna-se um empecilho para o desenvolvimento na nova proposta de política de saúde, pautada nos princípios do SUS.

Assim também como a NOAS que define o processo de regionalização da assistência, na perspectiva de garantir o acesso dos cidadãos à atenção básica, o que na nossa prática se mostra contraditória, pois ainda vemos usuários desses serviços de um lado a outro, em busca da assistência à saúde, até mesmo casos de deslocamento de seu município para a sua concretização, uma incoerência com o plano diretor do município, o que poderá ser um determinante para descontinuidade da atenção integral à saúde.

Como vemos, a história do sistema de saúde no Brasil é marcada por avanços, a começar pela constituição do SUS, como também pelos retrocessos. Acreditamos que esta situação esteja atrelada aos serviços setoriais de saúde, como também aos determinantes políticos, econômicos e socioculturais em que estão inseridos os sujeitos responsáveis por esta transformação social.

Neste contexto, o processo de construção da saúde no Brasil se desenvolve a partir de um plano macro, na tensão dos projetos tecnológicos e político-ideológicos distintos, delimitados segundo Campos (1992), por dois modelos de saúde, dentre eles o Modelo Assistencial Privatista, centrado na figura do médico com ênfase na doença e na intervenção individual para resolução dos problemas de saúde, desvinculado das reais necessidades sociais e de saúde da população; e o Modelo Sanitarista-Campanhista, centrado no profissional sanitário, caracterizado por ações de saúde organizadas através de campanhas e programas que, em sua maioria, estão descontextualizadas das demandas emergentes, em virtude de seu caráter descontínuo, verticalizado e fragmentado.

Diante de tal realidade urge a necessidade de se formular e implementar as políticas que têm orientado a organização do Sistema Único de Saúde, numa perspectiva de estabelecer e regulamentar relações entre os serviços públicos e privados de forma integralizadora nos vários âmbitos de gestão-nacional, estadual e municipal, que desemboca na produção de ações de saúde que vão gerar maior ou menor impacto na população.

A ampliação do conceito de saúde, incorporado pela Constituição de 1988 e os princípios e diretrizes que se articulam e apóiam essa concepção - Universalidade, Equidade, Participação Social, INTEGRALIDADE (destaque nosso), entre outros, contribuem sobremaneira para a construção de um sistema de saúde equânime e resolutivo.

Cecílio (2001) faz uma (re)interpretação da Reforma Sanitária baseado nestes princípios, apontando-os como conceitos-signo do pensamento sóciopolítico da saúde pública. A partir desta interpretação ele focaliza a integralidade nos espaços micro-políticos, onde se insere a unidade de saúde da família, e assim poderá haver um comprometimento de toda a equipe na condução das práticas, que envolvem não somente a Clínica, a Epidemiologia e a Gestão em Saúde, mas também saberes das Ciências Sociais e Humanas que permitem o enfrentamento dos diversos contextos vivenciados, em direção as respostas das necessidades demandadas pelos usuários/famílias.

Todavia, a luta pela consolidação desses conceitos-signos implica, essencialmente, na construção de práticas inovadoras em saúde, a partir da gestão, planejamento e do processo de trabalho organizado a partir das necessidades dos usuários do serviço.

Contudo, entendemos que esses conceitos-signos estão essencialmente desenvolvidos no processo de trabalho e para tal nos reportamos a Marx (1994, p. 202), ao afirmar que “o trabalho é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeças e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana”, o que, de acordo Nascimento (2003), constitui assim uma atividade humana existente entre o homem e a natureza com qualidade, satisfazendo as necessidades humanas geradas na dinâmica de uma dada sociedade.

No entanto, em vista da necessidade de se estabelecer mecanismos capazes, de assegurar a assistência universal, integral, equânime, resolutiva e contínua, várias propostas de mudanças se apresentam, dentre elas a implantação do Programa de Saúde da Família, como porta de entrada do usuário/família ao sistema de saúde, com o intuito de facilitar o acesso desses usuários aos serviços de saúde, com ênfase na reorganização da assistência à saúde.

Na realidade, acreditamos que o PSF poderá fortalecer a implantação do Sistema Único de Saúde, ao se resgatar o princípio da integralidade na atenção à saúde das famílias ao delimitar alguns dos seus objetivos.

Nesta perspectiva, Peres (1999, p. 7) aponta algumas características do PSF para (re)organizar o modelo de atenção. Dentre elas, destacamos:

o PSF tem como características principais **superar a fragmentação dos cuidados à saúde** decorrente da divisão social como núcleo básico central do atendimento à saúde; **humanizar as práticas de saúde** e **buscar a satisfação do usuário** através do estreito relacionamento da equipe com a comunidade e do estímulo à organização comunitária para o efetivo exercício do controle social.

Para o referido autor, o PSF representa, assim, uma mudança substantiva no sentido de contribuir para reorganização dos serviços, com a finalidade da integração das ações, onde **se espera um olhar interdisciplinar** e uma **prática intersetorial**, voltada para demandas e necessidades das famílias.

Entendemos que a família é um espaço em que se podem construir relações mais elaboradas diante da demanda do serviço e frente à efetividade da integralidade do cuidado em saúde, de modo a compreendê-la como aglutinadora dos demais princípios e condensadora de dispositivos institucionais - acolhimento, vínculo, responsabilização, e resolubilidade. É importante que consideremos o modo de pensar e agir das ESF, na pessoa como um todo que faz parte de uma sociedade, nas quais as ações de saúde devem estar comprometidas com o princípio da integralidade, dirigidos ao indivíduo e aos grupos da comunidade por meio das ações de prevenção, cura e tratamento numa prática de saúde humanizada.

Por isso, faz-se necessária uma discussão a respeito do comprometimento da equipe, pois entendemos que o modo de organização entre os elementos que compõem o processo de transformação da prática assistencial à saúde poderá conduzir ao produto final – INTEGRALIDADE DO CUIDADO - a partir dos dispositivos que a define – vínculo, acolhimento, responsabilidade e resolubilidade desenvolvidas no processo de trabalho em saúde através das práticas de modo a estabelecer um trabalho vivo.

Assim nos reportamos a Merhy e outros (2000) quando, ao teorizar sobre o processo de trabalho em saúde, considera que a integralidade do cuidado é um trabalho vivo. Assim, só existe em ato, em ação, ou seja, no momento do trabalho em si, ocorrendo no instante do encontro do trabalhador de saúde com o usuário, portanto, é sempre presencial. Para o autor, essa é a hora em que o trabalhador pode agir com certa autonomia, pois o trabalho vivo é instituinte, já que poderá estar sendo sujeitado aos procedimentos instituídos.

Entretanto compreendemos que essa autonomia do trabalho vivo em saúde é ampla, estando ou não sob a forma empresarial em relação aos movimentos de tecnologias estruturadas, denominadas por Merhy (1997) de tecnologias dura, como equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, aparelhos, estruturas organizacionais e outros; as tecnologias leve–duras no caso de saberes estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a Clínica Médica, Clínica Psicanalítica, a Epidemiologia, o Taylorismo e outros, e a tecnologia leve, tecnologia das relações para um melhor trabalho terapêutico voltado necessidades de saúde da população.

Concretamente, vemos que tais tecnologias em saúde representam em ato realidade do cenário dos serviços de saúde, mais precisamente em instituições públicas, e, por conseguinte, as transformações no processo de trabalho, envolvem interesses de natureza diferenciados e de difícil consenso na maioria das vezes. Até porque, cada sujeito desse processo/espço tem certo grau de auto-governo, o que recai sobre as práticas em saúde, que de alguma forma têm que ser operadas por vários caminhos dentro desse próprio espaço (MERHY, 2004).

Poderíamos chamar esse processo de transformação, pois pode se constituir em movimentos alternativos ao possibilitar com isso o retornar às discussões sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas (MERHY, 1997), para confrontar com as instituições de saúde, ao apostar nas tecnologias leves (tecnologias de relações) para um melhor trabalho terapêutico e redimensionar o modelo de saúde comprometido com a defesa da vida. Nesta perspectiva, concordamos com Campos (2003) que, para reformular a prática, faz-se necessário estabelecer novas relações de cuidado a partir dos dispositivos que permeiam a integralidade, como o vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade, componentes esses de um novo fazer/agir em saúde.

Diante desse pressuposto, compreendemos que as tecnologias leves são dispositivos da integralidade, que poderão reorganizar o trabalho vivo em ato, na luta pela construção da saúde coletiva e individual, na perspectiva da ampliação da clínica, com vistas a uma produção do cuidado eficaz, humanizado e, centrado nas necessidades dos usuários individuais e coletivos dos serviços de saúde.

Todavia, não descartamos as tecnologias leve-dura, nem as tecnologias dura considerados complementares na conquista da integralidade e humanização, em todo o percurso realizado pelos usuários, na busca pela saúde (MERHY, 1997).

Para completar a dimensão integral na saúde, apreendemos o **vínculo** como à responsabilização não apenas de um trabalhador de saúde, mas de toda equipe, diante dos problemas de saúde individual e coletivo. Para isso é preciso desenvolver uma inter-relação

entre instituição – trabalhadores de saúde – usuário, de modo que possibilite à equipe de saúde participar do dia-a-dia da comunidade, com a ampliação do espaço para conhecer e compreender o indivíduo, a família e a comunidade, em seu contexto social.

Dessa forma, a lógica do **vínculo** é “[...] confiança e é desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim; mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas” (CAMPOS, 2003, p. 29).

Para este autor, o vínculo, de alguma forma, poderá estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas. O que é reforçado por Cecílio (2001), ao complementar que o vínculo é uma necessidade dos usuários e ao mesmo tempo acreditar ser este um meio de encontro das subjetividades. Uma forma de refletir sobre a responsabilidade e o compromisso, é criar vínculos, porém, segundo Merhy (1994), implica ter relações tão claras em que o trabalhador de saúde deve sensibilizar-se com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do usuário/família/população, possibilitando uma intervenção.

Ao estabelecer o vínculo, chegaremos, ao dispositivo **acolhimento**, pois compreendemos que um não se concretiza sem o outro. De modo que o acolhimento é entendido aqui como meio de receber, de ouvir, de compreender, de respeitar e de dar respostas às demandas da unidade de saúde aos cidadãos. Entretanto, precisamos inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde porque, segundo Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 60), o serviço de saúde deve

[...] atender a todas as pessoas [...], **garantindo acessibilidade universal**. [...], o serviço de saúde assume sua função precípua, de colher, escutar e dar respostas positivas, capaz de **resolver os problemas de saúde da população** [...] reorganizar o processo de trabalho, [...] **qualificar a relação trabalhador-usuário**, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e **cidadania** [...] capaz de unir solidariamente trabalhador e usuários, em torno de interesses comuns [...] a constituição de um **serviço de qualidade, com atenção integral**, que atenda a todos e esteja sob controle da comunidade (destaque nosso).

Merhy (1997, p. 77) reforça o significado do **acolhimento** em serviços de saúde como sendo

[...] **aquele espaço intercessor trabalhador / usuário** que se abre para um processo de escutas dos problemas, **para uma troca de informações**, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, **em torno das necessidades dos usuários** (destaque nosso).

Assim, o acolhimento prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas pelos usuários do sistema de saúde, considerado como um dispositivo indispensável - “mola-mestra” - na organização de modelos assistenciais de saúde, que investem na qualidade dos serviços.

Desta maneira, acreditamos que o acolhimento poderá fortalecer o vínculo e desencadear a **humanização** entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema de saúde, uma vez que, de acordo com essa lógica, as unidades funcionariam com a demanda organizada, e com a priorização das necessidades e prioridades, com o objetivo de diminuir, consideravelmente, a demanda espontânea, uma vez que evitaria também filas e perda de tempo (CAMPOS, 1994).

Diante da humanização, não podemos deixar de destacar a **responsabilização** considerada, como produto e produtor de dispositivos, na busca da qualidade de vida, entendida como a capacidade de assumir a responsabilidade pelos problemas de saúde de uma comunidade ou de um indivíduo. Afinal, quem co-participa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, nos momentos de escutas e conversas, estabelece responsabilidades em sentido duplo.

É nesse sentido que Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 40) o interpretam nas práticas individuais e coletivas, uma vez que o que buscam

[...] é a produção de responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as ‘pessoas’, como caminho para defender a vida; reconhecem que sem ‘acolher’ e ‘vincular’ não há produção desta responsabilização nem ‘otimização tecnológica’ das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

Outrossim Campos (1994) sinaliza que os serviços de saúde devem trabalhar a prática de saúde com a finalidade de estimular a “autonomia” dos sujeitos-usuários. Contudo essa prática deverá ser introjetada aos aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade para a condução terapêutica, através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou no controle das morbi-mortalidades, com vistas a democratização do conhecimento.

Desse modo, faz-se necessário o resgate do sujeito, trabalhador de saúde – usuário, para a construção da integralidade, o que concretamente vem sendo vivenciada em vários lugares do Brasil, como em Campinas, Betim, Juiz de Fora, Chapecó, Cantagalo, no Rio de Janeiro, entre outras, como uma alternativa divergente ao modelo médico-centrado, tendo como eixo orientador o sujeito-usuário, ou seja, o usuário cidadão, até porque, segundo

Amarante (1996), no momento em que se ampliou a clínica, no que diz respeito às práticas em saúde o olhar para a saúde deixa de ser exclusivamente técnico, e passa a considerar os determinantes que permeiam seu contexto social, na medida em que a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de reprodução social do usuário/família/grupos da população.

Nesta perspectiva, na clínica ampliada sai o objeto ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar o doente, um sujeito concreto social e subjetivamente constituído, denominando a clínica do sujeito, ressaltando sua integralidade humana. (BASAGLIA et al., 1985).

Isso dentro de uma perspectiva de totalidade, dirigida à integralidade na efetividade de uma prática, aquela em que o homem é visto não apenas como um ser biológico, mas num contexto das determinações sociais e econômicas, culturais e antropológicas, que perpassam o processo saúde-doença, através da desconstrução gradativa do modelo hegemônico ainda vigente, por uma prática que valorize a escuta e a fala no processo de cuidar. Portanto, o cuidado poderá estar ligado essencialmente à capacidade de sentir e captar o outro. Assim entendemos o que caracteriza o cuidado e sua contribuição para uma vida decente, e não apenas a sua cientificidade, embora as contribuições da ciência para o cuidado também sejam importantes.

Por conseguinte, a **resolubilidade** na atenção à saúde, deverá incorporar o sentido do cuidar, que representa a capacidade de resolver com qualidade os problemas de saúde detectados em cada caso. Embora, segundo Mattos (2001b), a complexidade dos problemas a serem enfrentados pela ESF mostre a necessidade de revisão da capacidade resolutive da equipe, podemos perceber o avanço tanto na consecução da Integralidade da Atenção e da Gestão em Saúde como no aumento da resolubilidade dos problemas sentidos pela comunidade, individuo e família.

Ao pensarmos na integralidade devemos, concebê-la como um caminho para a concretização do Sistema Único de Saúde, com uma proposta que, passa pelo pressuposto da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde com conseqüente humanização.

Por fim, reportamo-nos a Mattos (2001b), que diz que a integralidade não deve ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir uma vez por todas a integralidade, posto que, desse modo, venhamos a abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indagações de sujeitos sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

O Programa de Saúde da Família - PSF – é uma estratégia concebida pelo Ministério da Saúde em 1994, como uma política nacional de saúde, com o propósito de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, de modo a substituir o modelo biomédico, centrando sua atenção na unidade familiar compreendida como célula biológica e social, onde o comportamento emocional e as relações com a comunidade são determinados, tendo a integralidade como eixo norteador de sua organização. Isso vem possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção.

Contudo, não se trata de um projeto acabado, mas em fase de construção, pois se trata de uma política em processo evolutivo, fruto de uma “tensão paradigmática”, surgida a partir das discussões vivenciadas no Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e pelas práticas de saúde entendidas como alternativas ao modelo hegemônico (ANDRADE, 2004).

Nesse sentido, com a atual significância de contrapor o modelo hegemônico - que em seu processo de trabalho volta sua ação basicamente para o indivíduo numa perspectiva curativista e com total predomínio da intervenção do profissional médico -, o PSF tenta, de forma integral, colocar em prática seu processo de trabalho a partir de um predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar centrando sua atenção no coletivo, sustentada numa clínica ampliada, produzida por todos os profissionais que compõem a equipe.

Isso se traduz na reorganização do processo de trabalho, para além de práticas curativas, deslocado de uma intervenção especializada, mas sustentado em uma prática de relações intercessoras estabelecida entre o trabalhador de saúde e usuário (MERHY, 2003).

Entretanto, é preciso considerar a interação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, de modo a trocar conhecimentos, utilizando tecnologias de acordo com as necessidades, embora sempre sustentadas nas tecnologias leves (das relações), para que os conhecimentos se articulem em uma relação para produção do cuidado, de modo a operar seu trabalho vivo em ato (MERHY, 2003). O “trabalho vivo em ato” é o que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza no imediato fazer a produção do serviço (FRANCO; MERHY, 2004, p. 117).

O interesse está numa assistência centrada no usuário, através de um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a produção do cuidado centrado no trabalho vivo, entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo,

responsabilização e resolubilidade. Práticas que envolva o corpo, a mente, a razão e as instituições na defesa da vida individual e coletiva (NASCIMENTO; MISHIMA, 2004).

O processo de trabalho pode ser entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios tendo os profissionais que se organizarem para produzirem serviços de qualidade, voltados para a assistência individual e coletiva, no sentido de buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário/família e grupos populacionais apresentam.

Desse modo, o processo de trabalho se traduzirá num trabalho em equipe e integrado, que vai conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos com certo conhecimento acerca do trabalho do outro, além de valorizar a participação deste na produção do cuidado. Para Mendes-Gonçalves (1994), o processo de trabalho considera que seu objeto de trabalho é o ser humano portador de necessidades sociais de saúde em todas as suas dimensões.

Por isso, comungamos com Nascimento (2002) que diz ser preciso que olhemos o ser humano com uma visão de inteireza, levando em conta a mente, e emoção, um lidar permanente das subjetividades colocadas nas relações trabalhador/ usuário/ família.

Assim, ao optarmos pelo referencial teórico PROCESSO DE TRABALHO este é justificado por entendermos que o homem não existe, não consegue trabalhar e nem produzir sem estar inserido junto a um universo coletivo, em um conjunto de saberes, organizado, onde optam por viver e reproduzir-se como grupo e que naturalmente só podem existir e viver dessa forma (MENDES-GONÇALVES, 1992).

De certo modo, o processo de trabalho tem o interesse nas necessidades humanas inseridas em um contexto social, podendo assim qualificar todas as carências que sustentam os trabalhos, como as necessidades sociais.

Portanto, de acordo com Nunes (2001, p. 133), “o trabalho em saúde é todo ato técnico orientado para a intervenção direta e indireta sobre o objeto e suas necessidades”. Dessa forma, fica claro que as necessidades de saúde sentidas pelos usuários/famílias surgem a partir de sua inserção social e das diferentes concepções de saúde/doenças.

Assim, entendemos que o processo de trabalho em saúde passa por relações sociais historicamente determinadas, que se desenvolve por profissionais através de uma relação dialética entre as necessidades de saúde da população e o modo de organização dos seus serviços (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Para Peduzzi (1998), o trabalho em saúde, apesar de suas peculiaridades, é um ato humano pelo qual os homens em sociedade produzem e reproduzem sua existência, não somente no plano material, mas também da subjetividade, ambos condicionando-se

mutuamente, sendo as necessidades sociais que movem o sujeito à ação, tendo ele introjetado o que é a finalidade do caráter social do processo de trabalho.

Assim, esse ato humano ao qual a autora se refere, nos reporta ao processo saúde-doença na perspectiva do cuidado, que deve ser desenvolvido para além da perspectiva biológica, mas compreendendo-o nas determinações sociais e pela ação dos sujeitos nas relações entre si e a sociedade em que vivem de modo a humanizar as relações entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços.

O indivíduo é um ser humano social, ou seja cidadão, que biopsíquico e socialmente está sujeito a riscos de vida. Desta forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para doença. Isso exige que o cuidado seja realizado com vistas a eliminar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

Desse modo, defendemos que o cuidar está ligado a um tipo especial de relação de cuidado humano, na qual o usuário, a família e a equipe deverão ter maior consideração pelo todo da pessoa em seu ser no mundo. Assim, o cuidado é prestado quando a equipe consegue se envolver com o mundo subjetivo do usuário, unindo experiências, onde uma completa a outra. Isso é visto como ponto importante à eficácia do cuidado, pois, a equipe desenvolve suas ações de forma a favorecer para que o usuário se apóie, no sentido de superar os desafios no processo de autocuidado.

Ao nos reportarmos à noção de cuidado, não o apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser (PINHEIRO, 2004). É o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, um grande fruto de sua fragilidade social (LUZ, 2004). Isso se desenvolve dentro de uma ação integral, que passa pela interação equipe, usuário e família, de modo que se desenvolva dentro de ações com intenção de estabelecer o respeito humano, de qualidade, através do vínculo e acolhimento, tentando de algum modo erradicar o exercício do poder-saber técnico.

Nesse sentido, Ayres (2001) sinaliza que é preciso fazer um deslocamento em nossas concepções de atuação no campo da saúde. Uma transformação no **agir** que afaste da referência da intervenção e aproxime da noção de **cuidado** (destaque nosso).

A necessidade do cuidado aqui vai além do prestar assistência, passa pelo entendimento do sentido da vida para usuários/famílias, de modo que com seu entendimento possam favorecer para manter uma vida decente. Ou seja, não para justificar o modo de cuidar em função apenas da cientificidade, mas valorizar também na tentativa de se estabelecer uma

relação frente à atitude de envolvimento com o próximo, e o respeito pela história de vida do usuário/família.

Como vemos, o cuidado transpõe a intervenção, pois no processo que se firma no momento a relação estabelecida complementa as técnicas e procedimentos. O momento é de aceitação desejada entre os sujeitos envolvidos (AYRES, 2001).

A relação que se estabelece no cuidado passa pela descoberta um do outro, considerando o corpo, a mente, sua presença no mundo. Foge do contexto apenas de cumprir tarefas estabelecidas através de protocolos, trazendo à tona uma cumplicidade para o plano das relações através de atitudes orientadoras de práticas voltadas para a saúde das pessoas.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo, em um processo de relação, isto é, há um encontro entre duas 'pessoas', que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2003, p. 77).

O cuidado é visualizado sob uma nova perspectiva, na qual o ser humano é valorizado em sua totalidade (WALDOW, 2004). Pois, o usuário além de receber um cuidado na perspectiva terapêutica de técnicas e procedimentos, ele envolve (cuidado) a escuta, o olhar, o toque e o respeito que deverá estabelecer-se naquela relação intercessora entre trabalhador de saúde e usuário. De certo modo passa de um ato inerente do trabalhador de saúde para uma necessidade de comprometimento com o outro (o usuário), de responsabilidade na relação no sentido de ajudar o usuário a crescer, de modo que ele consiga satisfazer suas necessidades, tornando-se responsável por sua própria vida.

Porém, não podemos esquecer que infelizmente a saúde ainda está impregnada pelo modelo assistencial hospitalocêntrico, de caráter individualista, e centrado na doença, em que o usuário e a família não passam de fonte de orientação e de busca de informações.

Mas, com tudo isso, há estudos, dentre eles o de Boff (1999), que mostra que a sensibilização e a humanização da prática de saúde estão ocorrendo, embora de forma lenta, talvez por falta de conhecimento ou sensibilidade de alguns trabalhadores de saúde, usuários e gestores, em não perceber a necessidade de mudança que permeia os serviços de saúde, apontando para um processo de trabalho humanizado a partir de estabelecimento de relações intercessoras, favorecido por uma nova forma de ver o outro, ver o usuário e a família como

centros do cuidado, como elementos essenciais, que demandam permanência e afetividade, ao invés de rapidez e técnica. Mais uma vez nos reportamos a Boff (1999, p. 34), “o cuidado emerge de crises e como não existe vida sem cuidado, esta é a essência do humano”.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nas condições de pesquisa social [...] revela-se muitas vezes que o que poderia, em um primeiro momento, ser tomado por aspecto irrelevante, mostra-se intrinsecamente vital para a compreensão e a explicação do objeto. O andamento da pesquisa, em todas as suas fases, é capaz de impor correções e redefinições: ao contrário de um procedimento protocolarmente delimitado de saída, no caso da investigação sobre os objetos sociais, a pesquisa se faz predominantemente no processo, na resolução de tensões permanentes entre os pólos epistemológico, teórico, morfológico e técnico internos a ela, e também na interação com o espaço mais amplo em que a investigação se orienta inclusive pelo significado vivo de seu objeto, o qual “foge” permanentemente dos pontos sucessivos em que foi por último entrevisto e assume incessantemente novas determinações. A pesquisa é processual, porque é processual a realidade a que ela se aplica.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves

3.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo qualitativo, uma vez que incorporou a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas [...] como construções humanas significativas (MINAYO, 2000, p. 21).

Por conseguinte, compreendemos as relações sociais como sendo compostas de frações engendradas em terrenos de constantes conflitos estabelecidos num contexto não linear, que traz consigo determinantes históricos, ideológicos, culturais, econômicos, políticos e sociais os quais caminham juntos e se interpenetram, e estabelecem relações que podem servir para a manutenção ou transformação das estruturas e relações sociais estabelecidas, por meio de uma abordagem dialética (SANTOS, 2005).

E, nessa perspectiva, optamos pela abordagem histórico-social, na busca de apreender o objeto de estudo e suas relações com o contexto dinâmico que o contorna, pois segundo Assis et al. (1998, p. 64)

[...] o sujeito e o objeto do conhecimento são constituídos reciprocamente, como parte e todo singular e universal, passado e presente, teoria e prática, superando o positivismo e o empirismo, ao explicar e interpretar que o mundo social necessita ser valorizado para além dos limites da funcionalidade objetiva. As explicações são apreendidas na coerência lógica e racionalidade dos fenômenos, da natureza e da sociedade enquanto constituição e formação social da prática dos homens e do pensamento, no desenvolvimento da humanidade.

Dessa forma, buscamos retratar as implicações dialéticas que permeiam a integralidade como princípio norteador de uma política de Estado para a Saúde - o SUS, que tem no campo das práticas um espaço privilegiado – PSF – para materialização da saúde como um direito e como um serviço. Assim, tivemos a intenção de explicar as interrogações que preenchem esta realidade, descobrindo os aspectos que podem contribuir ou determinar o seu acontecimento, com intuito de conhecer a realidade para além das suas aparências, de modo a não só apenas se aproximar da realidade existente de forma curiosa, mas uma oportunidade de compreender e trocar experiências sobre esta realidade, no sentido de explicitar o porquê do fenômeno que preenche esta realidade.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Município de Jequié-BA, situado na região sudoeste da Bahia, com uma população, segundo o censo do IBGE (2002) de 147.202 habitantes, com 88,52% desta população (130,296 pessoas) residentes na zona urbana e 11,48%, na zona rural (BAHIA, 2001). Distante 358 km da capital, sua economia é destacada pelos setores do comércio e indústrias em pequena escala.

Trata-se de um Município peculiar por situar-se entre a faixa litorânea úmida (mata) e o sertão (caatinga), compondo uma zona de transição, plantada sobre um conjunto de palmeiras e terraço do Rio das Contas. Apresenta três tipos de vegetação como a mata, caatinga e a chamada mata-de-cipó, o que possibilita uma maior diversificação na sua produção pecuária e agrícola, tendo o cacau durante muitos anos como a principal riqueza cultivada na zona da mata, considerada sustentáculo da sua economia (NASCIMENTO, 2003).

A partir da década de 1980, a situação de Jequié voltou a se transformar com os consideráveis investimentos no saneamento básico, urbanização, rede de distribuição de água encanada, educação e uma grande melhoria no setor de serviços, o que determinou um reaquecimento da economia local e expansão da área urbana. Dados sobre a década de 90 (CEI, 1997) reportam que o município apresentou uma taxa estimada de crescimento da ordem de 1,40%, nos últimos seis anos.

Jequié, como pólo regional num processo de crescimento e desenvolvimento, é um município que vem gradativamente projetando-se no contexto econômico, social e político no Estado da Bahia.

Em relação à saúde, no que diz respeito à atenção básica, o Município já tem implantadas 18 Equipes de Saúde da Família, cuja cobertura tem uma abrangência populacional de aproximadamente 39,7% das famílias. As equipes foram implantadas em 14 unidades de saúde da família (USF), onde foram instaladas 18 Equipes de Saúde da Família (18 médicos, 18 enfermeiras, 36 auxiliares de enfermagem e 150 agentes comunitários de saúde (ACS), numa estimativa de 19.417 famílias cadastradas com cobertura do PSF (JEQUIÉ, 2002/2005).

O espaço propriamente dito da nossa investigação foram as Unidades de Saúde da Família, com as respectivas equipes, todas com seus profissionais preconizados pelo Ministério de Saúde (MS), como o enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de enfermagem

ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. No entanto, o número de odontólogos ainda é bastante escasso nas ESF, onde entre 18 ESF temos apenas três odontólogos, ou seja, apenas três ESF dispõem do serviço de Saúde Bucal.

No momento da nossa pesquisa, o município dispunha de todas as 18 equipes de saúde da família em pleno funcionamento, sendo 16 equipes na zona urbanas, e duas na zona rural, destacadas no quadro I, a seguir:

QUADRO 1 Relação das USF e número de ESF do PSF de Jequié-BA. Jequié-BA, julho/2006.

NOME DA USF	Nº. ESF	FAMÍLIAS CADASTRADAS	LOCALIZAÇÃO
Dr. Milton Rabelo	02	1.840	Zona urbana
Isa Cléria Santos Borges	01	881	Zona urbana
Aurélio Schiarreta	02	1.667	Zona urbana
Pe. Hilário Terrossi	02	2.620	Zona urbana
Giserlando Biondi	02	1.529	Zona urbana
Antonio Carlos Martins	01	1.301	Zona urbana
Tânia Brito	01	1.231	Zona urbana
Senhorinha Ferreira de Araújo	01	1.608	Zona urbana
Odorico Mota da Silveira	01	1.183	Zona urbana
Rubens Xavier	01	1.028	Zona urbana
Idelfonso Guedes de Araújo	01	847	Zona urbana
Isabel Andrade	01	-	Zona rural
Waldomiro Borges de Souza	01	753	Zona rural
Gilson Pinheiro	01	776	Zona urbana
Total	18	SOMAR	-----

Fonte: Informações coletadas durante a pesquisa junto ao Departamento de Assistência à Saúde – SMS de Jequié, JULHO, 2006.

No Quadro 1, podemos perceber que em quatro Unidades de Saúde da Família dividem seu espaço físico com duas Equipes de Saúde da Família, de modo quando falamos na terceira coluna do quadro em população adscrita já consta do somatório das duas equipes.

Dentre as 14 USF, foram selecionadas para este estudo sete unidades, diante dos critérios de inclusão por nós estabelecidos: equipes completas, unidades das zonas urbana e rural com mais de seis meses de funcionamento.

3.3 SUJEITOS DE ESTUDO

Por ser uma pesquisa qualitativa, num primeiro momento não nos preocupamos com a amostragem quantitativa, mas sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado. Assim, só no decorrer da produção de dados delimitamos a amostragem considerada ideal, aquele que segundo Minayo (2000), possibilita a abrangência da totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Portanto a amostragem adequada foi constituída por 27 sujeitos, definidos pela saturação e relevância das informações que trouxeram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em estudo. Ou seja, devido à pesquisa qualitativa responder a questões muito particulares, ela não se preocupou, com a quantificação, uma vez que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os sujeitos configuraram-se em dois grupos destacados a seguir:

Grupo I, representado por 20 trabalhadores de saúde, constituídos por profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, através do critério de escolha baseado na sua prática e no desenvolvimento de suas atividades como integrante da equipe no enfrentamento das necessidades apresentadas pelo usuário/família.

Grupo II, representado por sete usuários das Unidades de Saúde da Família, definidos por utilizarem os serviços das USF, e responsáveis também junto com as ESF do desenvolvimento do sistema de saúde do município.

Na oportunidade caracterizamos 27 sujeitos deste estudo no quadro 2 a seguir:

QUADRO 2 Caracterização dos participantes do estudo. Jequié-BA, mar/jul. 2006.

Identificação	Idade (ano)	Sexo	Profissão / Ocupação	Tempo de atuação no PSF	Formação	Grupo representado
Ent. 1	27	F	Enfermeira	6 meses	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 2	35	F	Auxiliar de Enfermagem	7 anos	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 3	33	M	Odontólogo	6 meses	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 4	31	F	Enfermeira	9 anos	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 5	48	M	Médico	5 anos	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 6	46	F	Enfermeira	6 anos	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 7	34	F	Médica	5 anos	Mestre	Trabalhador de Saúde.
Ent. 8	26	F	Técnico em Enfermagem	3 anos	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 9	40	F	Enfermeira	11 meses	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 10	34	F	Técnico em Enfermagem	3 anos	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 11	43	F	Auxiliar de Enfermagem	7 anos	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 12	43	F	Auxiliar de Enfermagem	11 anos	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 13	36	F	Enfermeira	2 anos	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 14	39	F	Enfermeira	3 anos	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 15	31	F	Enfermeira	1 ano	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 16	28	F	Auxiliar de Enfermagem	6 meses	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 17	39	F	Técnico em Enfermagem	1 ano	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 18	39	F	Enfermeira	3 anos	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 19	62	M	Odontólogo	6 meses	-----	Trabalhador de Saúde.
Ent. 20	27	F	Enfermeira	2 anos	Especialista	Trabalhador de Saúde.
Ent. 21	28	F	Doméstica	-----	-----	Usuária.
Ent. 22	32	F	Serviços Gerais	-----	-----	Usuária.
Ent. 23	48	F	Doméstica	-----	-----	Usuária.
Ent. 24	19	F	Estudante	-----	-----	Usuária
Ent. 25	25	F	Estudante	-----	-----	Usuária
Ent. 26	34	F	Cuidadora de Idosos	-----	-----	Usuária
Ent. 27	20	F	2º grau incompleto	-----	-----	Usuária.

OBS: Os sujeitos deste estudo são identificados por um número em ordem de cada entrevista realizada, onde o primeiro entrevistado leia-se Ent. 1, e assim sucessivamente. Os entrevistados 21 a 27, são usuários, e neste sentido, não há experiência de trabalho no PSF.

No Quadro 2, vemos que todos 27 sujeitos estudados sendo maiores de dezoito anos de idade; 24 são do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades que variam entre 19 e

62 anos. Dentre estes, 20 são trabalhadores de saúde (Grupo I), representados por quatro auxiliares de enfermagem; nove enfermeiras, todas com uma formação *lato senso* diversificada (quatro especialistas em Saúde Coletiva, duas especialistas em Comunicação em Saúde, duas especialistas em Gerontologia, uma especialista em Educação em Saúde); três técnicos em enfermagem; dois odontólogos e dois médicos (um é mestre na área de Neurociências e outro especialista na área de prótese e ortodontia). Os outros sete estudados são usuários (grupo II), duas são domésticas, uma serviços gerais, uma cuidadora de idosos e as demais estudantes. Em relação a sua escolaridade, três têm ensino fundamental incompleto e um ensino médio completo.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, utilizamos fontes primária e secundária. Para a fonte primária utilizamos a **entrevista** que “não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador” (MINAYO, 2000, p. 114). Tal técnica nos possibilitou ter informações referentes a fatos, crenças, idéias, sentimentos, conduta ou comportamento o que, segundo Minayo (2000), nos permite uma descrição mais próxima dos fenômenos sociais.

Diante da diversidade de tipos de entrevistas, escolhemos a **entrevista semi-estruturada**, aquela que inclui a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais [...] onde o roteiro serve de baliza de modo a não cercear a fala do entrevistado (MINAYO, 2000), mostrando dessa forma a sua importância para a construção do conhecimento sobre o social.

As entrevistas foram realizadas no período entre março a junho de 2006, com auxílio de roteiros (Apêndices A e B). Os roteiros das entrevistas tiveram o intuito de orientar os relatos dos entrevistados, ao mesmo tempo em que permitiram aos entrevistados expressarem seus pensamentos de forma ampla e ao mesmo tempo direcionados ao objeto estudado.

O roteiro da entrevista do grupo I (APÊNDICE A) possibilitou aos entrevistados falar sobre os itens explicados a seguir: entendimento dos trabalhadores de saúde sobre a integralidade do cuidado; conformação do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde no PSF, para a integralidade do cuidado ao indivíduo/família; desenvolvimento da integralidade

do cuidado na perspectiva de uma prática de relações; limites/dificuldades, avanços/facilidades e perspectivas da integralidade do cuidado no PSF.

Para o grupo II (APÊNDICE B) o roteiro constou dos seguintes aspectos: relação entre os trabalhadores de saúde da USF e usuário frente às necessidades de saúde; limites/dificuldades, avanços/facilidades e perspectivas sobre a prática dos trabalhadores de saúde do PSF para atender os problemas de saúde demandados pelos indivíduos e famílias.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos respectivos entrevistados, como forma de garantir o registro das falas com mais fidedignidade, e realizadas no local de trabalho dos (as) entrevistados (as), porém em local reservado e privativo. Cada entrevista durou em média 30 minutos, oportunidade em que os entrevistados tiveram total liberdade para discorrer a temática proposta.

Para melhor compreendermos a inserção das falas dos entrevistados no texto no momento da análise, elas são identificadas conforme a ordem do quadro 2 ou seja, o grupo que o entrevistado pertence, acompanhado de um número que corresponde a ordem crescente de cada entrevista realizada colocado entre parênteses em negrito (**GRUPO ..., ENT.**).

Em diversas falas selecionadas, há destaques em negrito para dar uma maior visibilidade aos aspectos de análise coerentes aos objetivos e às questões norteadoras deste estudo.

Para o desenvolvimento da pesquisa, buscamos atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de Feira de Santana, que avaliou a proposta do mesmo, seus objetivos, justificativas, riscos e benefícios a que estão vulneráveis os sujeitos desta investigação.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, em 09 de março de 2006, sob Protocolo nº. 109/2005, encaminhamos um ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA, solicitando um agendamento para discutir/divulgar o projeto e prestar esclarecimentos sobre a pesquisa. A partir daí, iniciamos a pesquisa após o consentimento dos sujeitos com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), quando tomaram conhecimento sobre a proposta da pesquisa, finalidade/objetivo, campo de investigação/técnica de coleta de dados, riscos e benefícios, assim como deram permissão para divulgação com publicação dos resultados em revistas, eventos técnico-científicos nacionais e internacionais e artigos, garantindo o sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos da pesquisa.

A segunda técnica de coleta de dados foi à **observação sistemática** (APÊNDICE C), aquela em que o pesquisador, antes da coleta de dados, elabora um plano específico para a organização e registro das informações (GIL, 1995, p. 109).

Esta técnica possibilitou-nos o confronto entre a fala e a prática do cuidado realizada pelos sujeitos do estudo, pois apenas a entrevista poderia deixar de fora aspectos importantes que deveriam ser captados pelo “olhar” da pesquisadora. Como pesquisadora comungamos com Chizzotti (1995) que tal técnica permitiu-nos um conhecimento mais aprofundado da realidade observada, inclusive com uma percepção mais compreensiva do objeto em estudo.

As atividades observadas foram registradas em um caderno, desde a recepção dos usuários, a sala de espera, encontros entre usuários e trabalhadores de saúde, estrutura física da unidade, suas condições de higiene, iluminação e organização do serviço até as práticas de relação que se estabeleceram durante o desenvolvimento das atividades e a identificação dos limites/dificuldades; avanços/facilidades e perspectivas.

A terceira técnica de coleta de dados foi à **análise documental**, no sentido de complementar, compreender melhor o contexto e estabelecer interconexões com os dados obtidos das entrevistas e da observação sistemática, cruzando as informações.

Para Chizzotti (1995, p. 109), documentos são “quaisquer informações sob a forma de texto, imagem, som, sinal, e outros, contidas em um suporte material (papel, madeira, tecido, pedra), fixados por técnicas especiais como impressão, gravação, pintura, incrustação, entre outros”.

Assim, selecionamos para análise os documentos discriminados a seguir. Estes estão citados no texto produzido pelo seu respectivo número, ou seja, Doc.1, leia-se documento 1.

Doc. 1 Plano Municipal de Saúde do Município de Jequié 2002-2005;

Doc. 2 Relatório de Gestão do Município de Jequié (2005);

Doc. 3 Relatório de Gestão do Município de Jequié (2002);

Doc. 4 Relatório de Gestão do Município de Jequié (2001);

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos a hermenêutica dialética, como método de análise de dados, pois possibilita a explicação e interpretação de um pensamento, compreendido através da linguagem, como núcleo e instrumento de comunicação entre os homens (MINAYO, 2000).

A hermenêutica, segundo Minayo (2002), inspirada em Gadamer, busca explicar e interpretar as várias formas de diálogo do homem em suas relações cotidianas. A hermenêutica dá-se no instante da oposição das idéias, na busca do encontro da unidade perdida e reencontrada nos sentidos revelados pelos sujeitos do estudo, a observação e análise dos documentos.

Por sua vez, a dialética toma a argumentação dialogada nos cenários de conflitos para a compreensão das relações e das práticas sociais, valoriza o homem como ser histórico e parte do princípio de que toda vida humana está inserida na dimensão social sujeita as mudanças e transformações permanentes.

Para Demo (1995, p. 120), o maior desafio da dialética seria

[...] equilibrar os fatores fundamentais da relação teórica e prática. De um lado, não pode perder de vista seu horizonte histórico, considerando geralmente sua alma, sua razão de ser. História não é apenas acontecimento, vicissitude, mas gênese, que além de contextualizar, explica [...] A dialética reconhece formas frias, como as da lógica, mas, sobretudo reconhece forma quente, que são as históricas, que fazem da revolução processo histórico intrínseco. Toda formação social, movida por conflitos estruturais, produz necessariamente (forma) uma nova (história).

Minayo (2002) e Assis et al. (1998), inspiradas em Habermas, reconhecem “um encontro” entre a hermenêutica e a dialética, no qual o objeto de análise é a práxis social, ao buscar, no homem, a consolidação ético-política do pensamento, a partir da própria realidade.

Sistematizamos a análise de dados em três etapas, a seguir explicitada.

1 Ordenação dos dados: consiste no primeiro contato com o material empírico coletado. Envolvendo a transcrição das entrevistas da forma como foram faladas nas gravações. Em seguida, leitura geral do material transcrito, organizando os diferentes dados contemplados nas entrevistas, observação e no documento.

2 Classificação dos dados: momento de uma relação entre os dados empíricos, objetivos e pressuposto teórico da pesquisa. Este momento compôs-se de três etapas: **Etapa I – leitura exaustiva** do material coletado nas entrevistas, observação e documento, com o intuito de

estabelecer núcleos de sentido a partir das idéias centrais sobre o tema. Esta etapa, já nos ajudou a identificar os núcleos de sentido, a saber: **significado e sentido da integralidade, processo de trabalho, acolhimento, vínculo, responsabilidade, resolubilidade, limites/dificuldades, avanços/facilidades e perspectivas.**

Após o contato exaustivo com as entrevistas e já seduzidos pelo seu conteúdo, fizemos uma leitura transversal de cada *corpus*. Recortamos as entrevistas, documentos e observação sistemática em termos de núcleo de sentido, onde cada núcleo foi separado e guardado em “gavetas”, conforme quadros 3 e 4.

QUADRO 3 Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo I - Trabalhador de Saúde das USF. Jequié-BA, (Mar./Jun.) 2006.

Entrevistados/Núcleos de sentido.	Ent. 1	Ent. 2	Ent. n...	Síntese Horizontal¹⁵
1. Significado e sentido da integralidade 2. Processo de trabalho. 3. Acolhimento 4. Vínculo. 5. Responsabilidade 6. Resolubilidade 7. Limites/dificuldades 8. Avanços/facilidades 9. Perspectivas				
Síntese Vertical¹⁶				

QUADRO 4 Síntese dos confrontos das entrevistas do grupo II - Usuários das USF. Jequié-BA, (Mar./Jun.) 2006.

Entrevistados/Núcleos de sentido.	Ent. 1	Ent. 2	Ent. 3	Síntese Horizontal
1. Acolhimento 2. Vínculo 3. Responsabilização 4. Resolubilidade 5. Limites/dificuldades 6. Avanços/facilidades 7. Perspectivas				
Síntese Vertical				

¹⁵ **Síntese Horizontal:** síntese dos núcleos de sentidos das entrevistas, identificando as convergências, as divergências, o diferente e o complementar.

¹⁶ **Síntese Vertical:** síntese de cada entrevistado sobre a totalidade dos núcleos de sentido.

Após a construção do quadro para cada grupo de entrevistados os confrontamos com as sínteses de cada núcleo entre os dois grupos estudados (síntese horizontal e vertical) o que nos ajudou na construção das categorias e subcategorias.

Na síntese horizontal identificamos os aspectos divergentes, convergentes, diferentes e complementares dos dados empíricos coletados das entrevistas, observação sistemática e documentos analisados. Na síntese vertical fizemos a síntese de cada entrevista, observação e documentos e em seguida o confronto das idéias.

Por fim, nos detivemos mais acuradamente no material analisado, o que nos possibilitou a articulação dos temas relacionados com o objeto, de modo a refazer e reagrupar as seguintes categorias e subcategorias vislumbradas neste estudo.

Categoria 1 Significados e Sentidos da Integralidade do Cuidado no PSF no Município de Jequié/BA:

Subcategoria 1 Os sentidos da integralidade do cuidado: “na prática a teoria é outra”.

Subcategoria 2 “Integralidade é isso, vê o individuo como um todo”.

Categoria 2 Processo de Trabalho da ESF na Integralidade do Cuidado no PSF de Jequié/BA: interface entre as tecnologias leve e leve-dura.

Subcategoria 1 Educação em Saúde no PSF: da dominação à libertação, um caminho a ser construído na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.

Subcategoria 2 Visita Domiciliar enquanto uma atividade do cuidado à saúde numa atenção focalizada.

Subcategoria 3 Ações assistenciais: consultas, orientações e procedimentos técnicos.

3 Análise final dos dados Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, procedemos à análise das falas das entrevistas, dos documentos e observação, trazendo também a contribuição de alguns autores e a experiência da investigadora, mesmo vivenciando momentos históricos diferentes, mas significantes e aproveitáveis para o processo de discussão e análise da pesquisa, de modo que não há neutralidade total. Como diz Minayo (1999, p. 237), “a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção”.

CAPÍTULO IV

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: *DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA DE RELAÇÕES*

É tarefa ainda da ética profissional detectar fatores que, numa determinada sociedade, esvaziam a atividade profissional tornando-a alienada. Mais do que formular determinadas normas e cristalizá-las em código, é tarefa da ética profissional realizar uma reflexão crítica, questionadora, que tenha, por finalidade, salvar o homem, a hipoteca social de toda atividade profissional.

Pessine e Barchifontaine

4.1 SIGNIFICADOS E SENTIDOS DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PSF NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA

A integralidade do cuidado se mostra como um princípio norteador de uma política de Estado para o Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de respostas positivas às necessidades de saúde do usuário/família/comunidade.

Tal resposta poderá ser embasada em um conjunto de valores pelos quais vale lutar; está relacionada a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária, com representações/significados diferentes, nos quais a complementariedade de cada um em relação ao outro exige colaboração ativa.

Para tanto, a integralidade aparece como um caminho a ser percorrido infinitamente, uma forma inovadora, complexa e polissêmica, pois, se traduz como uma idéia com vários sentidos e representações, que de certo modo se associa às necessidades dos usuários/família.

A Integralidade, em seu sentido transversal aos demais princípios, deverá articular-se ao compromisso dos trabalhadores de saúde na condução de suas práticas, a partir da resposta das necessidades sentidas pelos usuários/família.

Assim, as práticas devem estar envolvidas com várias formas de agir em saúde, condizentes com essas necessidades, a partir da realidade que se apresenta, pois “buscar compreender o conjunto de necessidade de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior desse sentido de integralidade” (MATTOS, 2001a, p. 50).

4.1.1 Os sentidos da integralidade do cuidado: “na prática a teoria é outra”

Ao entendermos que a Integralidade do cuidado poderá se dar no momento de encontro entre trabalhador de saúde e usuário/família, pois, a cada encontro criam-se dispositivos para intervir no contexto do momento, é essencial que os trabalhadores de saúde se interajam com os sujeitos-usuários a partir de práticas intersubjetivas.

Eis porque, os conhecimentos científicos dos trabalhadores de saúde devem-se entrelaçar com os conhecimentos da realidade, a partir do contexto dos usuários/família que freqüentam os serviços de saúde. A atenção não deve estar voltada apenas para um aparelho ou um sistema biológico com alguma disfunção, demonstrando apego às tecnologias

disponíveis para poder amenizar o sofrimento. A atenção deve estar voltada, principalmente, para práticas nas quais se estabeleça uma relação intercessora entre trabalhador de saúde e usuário/família. Esse trabalhador de saúde, a partir dessa relação e por meio dos fatores de risco, poderá reconhecer sofrimentos que ainda estão por vir de modo a compartilhar com o usuário/família seus modos de vida, buscando compreender as necessidades de ações e serviços de que eles precisarão.

O sentido da integralidade também deve permear a forma como as atividades de saúde se organizam no sentido de não desenvolver práticas dissociadas uma das outras, de maneira dicotomizada. Dessa forma, faz-se necessário o desenvolvimento de práticas horizontalizadas, numa perspectiva de organizar o processo de trabalho para responder, de modo mais adequado, às necessidades de saúde do usuário/família/comunidade, e não organizar-se (a prática) só para responder exclusivamente às doenças, e sim para responder de forma ampliada às necessidades sentidas desses usuários.

Até porque, Mattos (2001b, p. 57) nos chama atenção que

[...] cada vez que uma equipe, a partir de uma certa apreensão das necessidades de saúde da população, estrutura seu trabalho, definindo as ações prioritárias, ela corre o risco de romper a integralidade, por restringir suas ações ao instituído, deixando de responder às necessidades que lhes escaparam no momento da estruturação do serviço.

Assim, para que se tenha de fato uma atenção integral, é preciso que os serviços estejam incorporados com idéias de uma atenção ampliada, considerando o usuário, que é o envolvido, como participante ativo nesse processo, estando o serviço sempre aberto para assimilar as necessidades que surgem, independentemente de terem sido apresentadas ou não.

O depoimento do entrevistado 1 mostra o sentido da integralidade a partir de uma atenção ampliada.

Integralidade é ter um olhar assim mais abrangente da situação de saúde daquela pessoa, ele enquanto inserido na comunidade, no meio social, não apenas ver a doença da pessoa, mais está atento para as necessidades que surgem [...] as que escapam da nossa organização (**Grupo I, Ent. 1**).

Podemos perceber que o depoimento do **Ent. 1** mostra uma importância a ser dada às necessidades previstas e as imprevisíveis, que não fazem parte da organização dos serviços e do planejamento da atenção à saúde. Isso revela um olhar abrangente, que envolve os serviços de saúde assim como a comunidade no sentido de debruçar um “olhar” intenso, amplo, responsável e comprometido com o usuário/família em todo contexto no qual esteja inserido.

A partir disso, podemos vislumbrar uma integralidade baseada no princípio de organização interminável do processo de trabalho nos serviços de saúde, de modo a buscar constantemente uma ampla possibilidade de captar melhor as necessidades de saúde do usuário/família/comunidade (MATTOS, 2001b).

Por outro lado, vivenciamos as contradições contidas no depoimento do entrevistado 1: em alguns momentos, durante o período de observação, o trabalhador de saúde desenvolvia sua atividade de atenção ao usuário de forma reducionista, detendo-se apenas nas queixas que o usuário referiu. Em determinado momento o usuário perguntou sobre algo que era relacionado à sua queixa principal, o trabalhador de saúde respondeu: “agora vamos tratar do que está ocorrendo agora, caso ocorra isso que você está falando aí à gente volta a conversar”.

Então, vemos que esse momento não teve um “olhar assim mais abrangente da situação de saúde daquela pessoa” (**Ent. 1**), pelo contrário, o olhar era apenas à necessidade do momento, sem interesse para o que poderia vir depois.

É sabido que o compromisso do trabalhador de saúde deve voltar para a escuta das necessidades de saúde que os usuários trazem no momento que chegam ao serviço de saúde.

Outrossim, sempre que o usuário/família procura o serviço de saúde, vem sempre necessitando de algo e o trabalhador de saúde tem que trabalhar com uma sensibilidade, preocupando-se em detectar e compreender essas necessidades para poder dar respostas positivas (CECÍLIO, 2001).

Os depoimentos dos entrevistados a seguir são complementares ao depoimento do Ent. 1 (apesar da prática contraditória), no sentido de apontarem para uma integralidade construída e desenvolvida a partir das necessidades de saúde do usuário/família:

[...] você precisa “ta” procurando não perder de vista a maneira de atender o individuo como um todo na sua necessidade [...] de forma a não fragmentar esse atendimento, ouvindo e dando a devida importância às necessidades do individuo na sua área de abrangência (**GRUPO I, ENT. 6**).

[...] a integralidade nesse caso, na nossa função não é apenas tratar a boca, temos que conversar e ouvir o paciente como um todo, suas necessidades independentes de ser na boca ou não [...] muitas vezes “ta” com dor na boca, alguma inflamação, mais muitas vezes está com outro tipo de problema, precisando de uma fisioterapia, “ta” sentindo alguma dor de cabeça [...] então às vezes uma dor resulta em outra dor, então nós precisamos ver o paciente como um todo dos pés a cabeça, a boca mais também o corpo, toda necessidade em que ele relata é sempre importante, isso é o sentido da integralidade (**GRUPO I, ENT. 3**).

Os sentidos sobre a integralidade nos depoimentos dos entrevistados 3 e 6 mostram uma integralidade ampliada cuja atenção à saúde está relacionada com as várias necessidades de saúde trazidas pelos usuários/família. A incorporação das diversidades de saberes é

importante para o alcance da integralidade. A necessidade de escuta ao usuário vem como uma estratégia para construção dessa integralidade.

Destacamos ainda que o depoimento do entrevistado 3 mostra o envolvimento do trabalhador de saúde, o seu interesse em estar ou se sentir responsável pelas necessidades de saúde demandadas pelo usuário. Embora o entrevistado seja um odontólogo, percebemos na sua fala que ele acredita num trabalho integral e não de modo reducionista, atentando apenas para a boca, mas procurando entender o ser humano na sua inteireza, suas inquietudes, e seus anseios, na tentativa de dar respostas às necessidades que envolvem a situação.

A compreensão da integralidade do depoimento do entrevistado 6, vislumbra que essa integralidade perpassa ao envolvimento da escuta às necessidades de saúde, no sentido de atender para a não fragmentação da prática de saúde. E, nesta perspectiva, entende que esta escuta poderá favorecer a descoberta de outras necessidades que às vezes vão além da demanda que o fez procurar aquele serviço de saúde.

Por isso, cada vez mais acreditamos que a atenção à saúde não se resume às especificidades das doenças, mas permeia a realidade em que vive o usuário/família, como ele próprio vê sua necessidade, fazendo-o descobrir sua autonomia para junto com o trabalhador de saúde, a partir dos vários saberes, poder intervir no seu modo de vida.

O sentido da integralidade voltado para as necessidades de saúde do usuário/família parece ser também entendido no relatório de gestão do Município de Jequié (2005) como ações de saúde que devem ser implementadas a partir de “práticas desenvolvidas de acordo com as necessidades de saúde da comunidade” (DOC - 2). Este documento revela uma preocupação com as necessidades sentidas pelo usuário/comunidade, pois entende que, para desenvolver uma boa qualidade na assistência e um atendimento abrangente, as equipes de saúde da família devem estar atentas a essas necessidades.

As demandas por necessidades de saúde inesperadas, de certa forma, podem se apresentar resolutivas, pois a intenção da integralidade nesse momento além de está voltada para a queixa e, tenta dar respostas positivas e imediatas para o usuário/família. Isso é visto nos depoimentos dos entrevistados 17, 24 e 26:

[...] acho que integralidade envolve tudo, educação em saúde, assistência na unidade, encaminhar o paciente se você não consegue resolver o problema na unidade [...] mesmo hoje não sendo o dia de tal atendimento, mas se o paciente chega apresentando essa necessidade, a gente procura atender ou na unidade ou encaminhando quando necessário (**GRUPO I, ENT. 17**).

[...] Quase sempre consigo resolver minhas necessidades aqui na unidade, a equipe quando vê que não vai conseguir liga para outro lugar, ou outro até que consegue

[...] atende, passa exame, passa uma medicação, orienta tudo, aí fica tudo bem **(GRUPO II, ENT. 24)**.

[...] antes o atendimento nos postos de saúde era meio solto, a gente não sabia a quem procurar, hoje é diferente, as equipes aqui já conhecem todo mundo, qual a necessidade que tem [...] outro dia mesmo trouxe minha mãe para fazer um curativo na perna, quando viu tava tudo inflamado, a enfermeira atendeu e chamou o médico que atendeu minha mãe limpou tudo, passou remédio para colocar na ferida, pra febre e dor, assim com mais de uma semana tava tudo limpo, sarado [...] é o que eu digo se fosse antes ficava com essa perna inflamada até apodrecer, só fazia curativo uma vez e nem perguntava o que tava sentindo **(GRUPO II, ENT. 26)**.

Os depoimentos dos entrevistados 17, 24 e 26 mostram uma preocupação e responsabilidade em dar resolubilidade relação às necessidades sentidas pelos usuários/família. A intenção é sempre de poder atender o usuário em seus problemas de saúde, tendo em vista um compromisso embasado em uma relação que possa promover atitudes acolhedoras a partir de vínculos pré-estabelecidos.

Assim, quando o Ent. 3, afirma que: “uma dor resulta em outra dor”, podemos entender que os depoimentos 17, 24 e 26 reportam-se bem a isso, à inteireza do indivíduo, os vários olhares que o trabalhador de saúde precisa ter para dar possíveis respostas a essas necessidades.

Como podemos perceber há uma coerência entre o que afirma Merhy (1994, p. 137) e os depoimentos 17, 24 e 26 ao argumentar que “sendo o acesso aos serviços de saúde e os benefícios advindos das práticas um direito do cidadão, nós técnicos de saúde, temos que lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para minorar o sofrimento da população sob nossa esfera de influência”.

Embora tais depoimentos se manifestem como um sentido da integralidade a partir das necessidades de saúde demandadas pelos usuários, percebemos também um limite que envolve o momento da intervenção do trabalhador de saúde. Contudo, nos depoimentos, isso não os intimida para que deixem de tentar resolver essas demandas. Talvez por isso a integralidade não consiga alcançar seu ápice, que é poder atender esse indivíduo como um todo, sem limites para suas demandas, ficando assim um caminho estreito, o que impede talvez conseguir responder de forma positiva às demandas dos usuários.

Precisamos também entender que a integralidade em saúde ainda é um princípio em construção e, como tal, deve ser construída a partir de uma perspectiva coletiva, ancorada em vários saberes, desfocada de conhecimentos puramente científicos, e “adequados às especificidades de cada região” (PINHEIRO, 2006, p. 11). Isso é importante, pois a partir dos vários saberes e conhecimentos variados e necessários, poder-se-á então ter como

consequência a melhoria da qualidade e da atenção dispensada ao usuário/família no serviço de saúde.

Além de ser construída, ancorando-se nos vários saberes estruturado, em vários momentos, o sentido da integralidade revela a necessidade de também estruturar-se a partir da construção de relações que se apresentam no encontro do trabalhador de saúde e usuário. É o que podemos observar nos depoimentos dos entrevistados 22 e 23, ao expressarem contentamento na interrelação entre eles e os trabalhadores de saúde, ao reforçarem esse encontro como um ato de responsabilidade desses trabalhadores.

O contato deles com a gente é muito bom, tem uma responsabilidade com a comunidade [...] eu consigo um bom atendimento, com paciência e educação, eles são educados, mas tem que ser, trabalhar com as pessoas tem que tratar bem (GRUPO II, ENT. 22).

É uma responsabilidade muito grande pra quem trabalha num serviço desses [...] você vê, eles aqui procuram sempre se aproximar, conversar, durante o atendimento ouve o que a gente fala, eu percebo que eles se preocupam [...] outro dia mesmo trouxe meu filho pra vacinar, e a perna ficou roxa no lugar da injeção, então a enfermeira me explicou o porquê, anotou no livro o que aconteceu e falou que se eu percebesse as alterações que ela falou, voltasse imediatamente para unidade, foi muito carinhosa com a gente, e a responsabilidade nem se fala, antes o posto não era assim, tudo era hospital (GRUPO II, ENT. 23).

Os depoimentos acima mostram a importância do relacionamento que envolve o usuário e trabalhador de saúde, a partir de um encontro mais próximo e efetivo, envolvido pela responsabilização do trabalhador de saúde.

É nesse momento de intervenção que poderá surgir a necessidade de se manter essa relação, aproveitando-se de um espaço intercessor, onde se opera produção de ações de saúde (MERHY, 1997). Assim, o usuário do serviço de saúde terá condições para depositar sua esperança em relação a respostas positivas às necessidades de saúde nesse espaço intercessor onde devem ser desenvolvidas relações acolhedoras e responsáveis, no sentido de criar estratégias para intervir nos problemas de saúde.

Entretanto, segundo Matumoto (1998, p. 88), a constituição de espaços intercessores, “é resultado das relações muito maiores que a soma dos produtos de cada uma das partes envolvidas, ou seja, no momento de executar uma ação de saúde é que se abrem as janelas de possibilidades de respostas às demandas dos usuários”.

Os depoimentos dos entrevistados 22 e 23 reportam bem ao valor que é dado à relação que se consegue estabelecer entre o trabalhador de saúde e usuário. A valorização, o interesse demonstrado no atendimento, a atenção em ouvir sobre suas inquietações de modo acolhedor, já começando, a partir desse momento, a firmar o vínculo. Da mesma maneira, a conversa

reportada pelo entrevistado 23 revela que, os usuários podem produzir sentidos por meio dos quais possibilitem se posicionar tanto nos encontros com o trabalhador de saúde quanto no seu dia-a-dia.

Embora os depoimentos dos entrevistados 22 e 23 retratem certa preocupação do trabalhador de saúde em relação ao entendimento ao usuário de forma acolhedora e responsável, durante o período que estávamos em observação, presenciamos inúmeras vezes uma assistência prestada ao usuário inadequada às necessidades sentida por eles, caracterizada por um atendimento rápido, sem que o usuário tivesse tempo para expressar seus anseios, com anotações no prontuário limitadas apenas aos procedimentos realizados. Quanto às queixas, quase nunca eram registradas por escrito, embora, na hora do atendimento, o usuário tenha expressado suas necessidades em busca de respostas.

Mesmo com essa falta de escuta ou descaso por parte dos trabalhadores de saúde percebemos, para nossa surpresa, que alguns usuários saiam da consulta aparentemente satisfeitos por terem sido atendidos. Talvez por eles imaginarem que o fato de serem atendidos, não importando qual seja a maneira, é um favor que o serviço o faz, e que por isso devem aceitar da forma que vier.

Tal realidade observada por nós, também foi encontrado no estudo de Nery (2006, p. 97), ao expressar “se os médicos fossem amigos mesmo dos pacientes” explicitado pelos sujeitos participantes do estudo, reforçando um descaso e descrédito do profissional na construção do vínculo, apesar de alguns usuários do serviço também referirem satisfação no atendimento.

O depoimento do entrevistado 27 diverge dos depoimentos dos entrevistados 22 e 23 ao que diz respeito à interpretação trabalhador de saúde-usuário, embora a observação relatada a seguir seja complementar.

Olha acho importante o bom atendimento, a conversa com a equipe e deles poder ouvir, mas aqui não vejo muito isso [...] chego tira minha pressão, pergunta se estou tomando remédio certo [...] eu queria mais, eu sei que o problema da minha pressão tem outra coisa, não é só porque como sal, porque quando era outra enfermeira ela me ouvia com toda paciência, tentava me ajudar com os problemas, tinha um carinho, é como a gente tava falando, ela me acolhia, era uma responsabilidade maior [...] hoje tem dia que quase eles não têm atenção ou tempo, isso é uma quebra no tratamento (GRUPO II, ENT. 27).

Podemos observar que esse depoimento vem complementar a nossa observação, na qual o usuário depara-se com o “descaso” e a aparente falta de interesse do trabalhador de saúde em relação às suas necessidades. O atendimento restringe-se a valorizar apenas o que

está relacionado às questões orgânicas e de forma objetiva. A subjetividade como as questões de ordem emocional e social não são consideradas pelo trabalhador de saúde.

Assim, a humanização do cuidado que envolve respeito e compromisso, apresenta-se sob a forma do não ouvir as necessidades demandadas pelos usuários e de não ver o indivíduo com seus desejos e suas crenças, o que de certo modo poderá interromper a relação entre os envolvidos no processo.

Paradoxalmente, segundo Vaitsman (1995, p. 8), ao centrar o indivíduo/sujeito como objeto de qualquer ação interventora - por exemplo, a educação ou a medicina - “ele deve ser reconhecido enquanto *locus* de singularidade que produz e define necessidades específicas que devem ser ouvidas e respeitadas”.

Entretanto, essa é uma realidade que se mostra possível diante da mudança no desenvolvimento do trabalho em saúde, a partir de um saber-fazer cúmplice de ambas as partes, “limitando com uma produção imaterial e sempre revestida de valores, perspectivas, desejos de quem procura um serviço de saúde com uma necessidade específica a ser atendida e de quem traduz esta necessidade em uma ação de cuidado” (NERY, 2006, p. 73).

4.1.2 Integralidade é isso, ver o indivíduo como um todo

É importante que entendamos que a integralidade não se resume a um único significado, e nesta perspectiva, parafraseando Camargo Jr. (2005), “não pode nem ao menos ser chamada de conceito”. A integralidade se mostra presente num emaranhado de significados e sentidos que de formas variadas se apresenta envolvida com as necessidades do ser humano.

Necessidades expressas pelo ser humano, com muitas formas de respostas, com amparo em tecnologias disponíveis, a partir de uma atenção à saúde voltada para ação preventiva e assistencial. A partir das necessidades vivenciadas pelo usuário/família é o que os serviços de saúde devem ter maior interesse, porque nem sempre o que é problema ou necessidade para o serviço de saúde, é também assim percebido pelo usuário/família. Assim, devemos considerar a expressão das necessidades que o usuário/família apresenta e o que eles pensam em relação aos problemas que os incomoda, como também buscar saber deles a intenção em ter solução para enfrentá-los (MOREIRA, 2001).

Nesse sentido, o depoimento do entrevistado 18 reflete a importância que o serviço ou trabalhador de saúde deve dar ao que verdadeiramente o usuário/família tem como problema.

Integralidade pra mim é a gente atender ao indivíduo, certo, em tudo que ele necessita, em todo problema que ele apresenta [...], por exemplo, se ele me diz que o que ta incomodando ele naquele momento da consulta de hipertensão é o fato do dente, que tem dois dias que dói [...] então eu vou ter minha atenção pra pressão e pro dente, no que eu poder resolver [...] tenta dar resolutividade às situações que surgem (**GRUPO I, ENT. 18**).

O depoimento do entrevistado 18 traduz o que discutíamos anteriormente. Concordamos com Moreira (2001) que na atenção à saúde com vistas à integralidade, a intervenção vem a partir do problema que realmente afeta ou incomoda o usuário/família. Pudemos ver que o trabalhador de saúde estava com sua atenção voltada para a hipertensão arterial do usuário, pois para ele esse era o principal problema do momento, mas para o usuário a necessidade era outra.

Para tanto, Merhy (1997, p. 76) afirma que

ao carregar a representação de um dado problema como problema de saúde/necessidade de saúde, procura obter nesse encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a sinceridade, a responsabilização e a confiança na intervenção, como uma possível solução; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas estas procura não necessariamente tem algo haver com que o outro espera.

Desta forma, entendemos a necessidade de não desenvolver o processo de trabalho apenas com vistas aos protocolos, e a procedimentos já padronizados. Esse processo deve ser construído passo a passo, a partir de práticas humanizadas na perspectiva do acolhimento, do vínculo de um indivíduo que cuida de outros indivíduos com responsabilidade e respeito.

Os depoimentos dos entrevistados 5 e 9 sinalizam para uma integralidade que deve ser construída a partir de saberes com vários sentidos não de modo focalizada, mas num sentido ampliado.

Eu vejo a integralidade como um carro chefe do serviço, eu acho que no PSF a gente tem que ver o paciente como um todo, desde o momento que ele entra aqui na unidade [...] **procurar saber de seus problemas e poder intervir a qualquer momento, esse atendimento voltado para integralidade deu uma visão maior**, uma interação maior com esse paciente (**GRUPO I, ENT. 5**).

[...] **atender o indivíduo como um todo**, não só o indivíduo, mas a família, não só a doença, é ver o que está por trás dos seus problemas [...] como é que tá as condições de vida, **lhe dando todo suporte que ele precisa enquanto essas necessidades** (**GRUPO I, ENT. 9**).

Os depoimentos dos entrevistados 5 e 9 mostram que a integralidade deve ser construída a partir de uma visão de totalidade do usuário/família, enquanto portador de uma série de anseios, costumes, dúvidas, tudo isso envolvido com seu contexto de vida, suas necessidades sentidas e suas relações com outros fatores.

O entrevistado 5 ainda considera a integralidade como o “carro chefe” no desenvolvimento do seu processo de trabalho. O significado dado à integralidade o leva a perceber o usuário em seu contexto social, e não restringido aos momentos vividos no serviço de saúde. Momentos esses, que acreditamos, poderão proporcionar uma maior interação com o usuário/família, de modo que desenvolvam uma escuta ampliada das necessidades de saúde diante da participação maior dos usuários e, conseqüentemente, desenvolvam uma autonomia na resolubilidade de suas necessidades de saúde. Para tanto, segundo Cecílio (2001, p. 115), esta autonomia implicará “na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades de saúde, da forma mais ampla possível”.

Já para o entrevistado 9 a integralidade significa uma atenção à saúde voltada para todos os aspectos que envolve o individuo e sua família, vislumbra uma saúde em seu conceito ampliado, ao considerar não só os aspectos biológicos, mas também as condições de vida relacionadas às suas necessidades sociais.

Essas condições de vida vinculam-se ao direito que o ser humano tem em relação emprego, educação, alimentação, boas condições de moradia com saneamento básico, o que de certa forma, estar diretamente ligado ao sentido ampliado de saúde, que, segundo Matsumoto (1999), pode ser conquistado como respeito à vida, através de uma ação integral de saúde. Assim, a integralidade se constrói também a partir de um modo ampliado de entender às necessidades de saúde (MATTOS, 2001a).

No que diz respeito à preocupação do trabalhador de saúde com as necessidades de saúde do usuário/família já relatados nos depoimentos dos entrevistados 5 e 9, o Plano Municipal de Saúde de Jequié/BA (2002-2005) também mostra uma preocupação com as necessidades de saúde da comunidade, por entender que é a partir delas que as equipes de saúde da família deverão estabelecer estratégias para intervir em relação ao cuidado à saúde (DOC-1).

Os depoimentos dos entrevistados 13 e 20 expressam um significado da integralidade sustentada num atendimento diferenciado, que se constrói a partir da valorização do que o usuário traz da escuta durante o encontro dele com o trabalhador de saúde.

[...] **a integralidade do cuidado existe**, é a gente modificando nossa atenção com o paciente, **tenho procurado ouvir mais, pois assim consigo desenvolver uma assistência completa** [...] **o paciente tem muito que falar** [...] pra você ter idéia, tem paciente aqui que vem quase todo dia na unidade, quase sempre pra conversar, isso ajudou muito ela na adesão ao serviço do controle de hipertensão [...] embora o tempo seja curto, a gente podia estar mais inteira na conversa seria melhor, mas tem muita gente para atender (**GRUPO I, ENT. 13**).

[...] **a integralidade do cuidado vem como princípio do SUS**, mas o fato importante é que na prática ela é muito mais [...] **eu construo a integralidade no meu modo de receber o paciente na unidade, a importância que deve ser dada a ele, o que ele fala, ouvindo atentamente**, porque nem sempre eu posso perceber tudo, e **na conversa a gente consegue além da confiança, consegue também realizar uma intervenção mais completa**, acho que é isso (GRUPO I, ENT. 20).

Como vemos, tais depoimentos são convergentes, ao revelarem a importância da relação que se estabelece a partir da conversa e da escuta do trabalhador de saúde e usuário. Isso na verdade exterioriza também uma forma de necessidade que o usuário sente que é de ser valorizado, de ser acolhido, de ser percebido por esse trabalhador de saúde, independente de estar referindo ou não algum problema de ordem biológica.

Todavia, para Leitão (1995) e Nery (2006) para se escutar é preciso estar atento para tomar conhecimento de quem se escuta, ou seja, quem está falando, como e sobre o quê; no sentido de estar sempre pensando no usuário, pois assim, poderemos conhecer melhor nossas práticas.

Destacamos aqui o depoimento do entrevistado 20 que mostra o conhecimento que ele como trabalhador de saúde tem sobre um dos princípios do SUS, a integralidade, mas também entende que esse princípio não dá conta aos vários sentidos e significados atribuídos à integralidade, por isso resolve associá-la às práticas de relação para uma conquista da confiança do usuário com vistas ao cuidado de saúde integral.

Por outro lado, o entrevistado 13 reconhece que a escuta é uma estratégia que ele utiliza para construção da integralidade, apesar de demonstrar um limite com que ele se depara nesse processo de construção, que é o número elevado de usuários para serem assistidos, o que de certa forma demanda um esforço de alguns trabalhadores de saúde durante o seu processo de trabalho na produção do cuidado integral.

Tal realidade reporta-nos a experiência enquanto pesquisadora em alguns momentos da observação, quando muitas vezes nos deparamos com as salas de espera com um contingente de usuário a ser assistido acima da possibilidade de uma qualidade do cuidado integral, com vários trabalhadores de saúde, o que acarretou uma sobrecarga de trabalho devido o número elevado de famílias cadastradas na unidade. Salientamos que o número elevado de família é apontado pelos sujeitos deste estudo como um dos obstáculos para o desenvolvimento do cuidado integral de qualidade.

Muitas vezes, esse número elevado de família cadastrada, resulta em um atendimento mecânico, como diz o trabalhador de saúde, Ent. 18:

[...] o serviço fica tão cheio que se é um atendimento a um hipertenso, a gente às vezes se limita a medir a pressão, às vezes pesa o paciente, compara exames recentes, quando a gente sabe que não é assim, o atendimento de qualidade e que o paciente merece não é esse, é a gente pesar e orientar em relação à dieta, atividade física, medir a pressão, ele estando mais tranqüilo de quando chegou discutir com ele o resultado dos exames, conversar e ficar atenta para poder perceber se tem algum problema que pode estar interferindo no tratamento, isso falta tempo (GRUPO I, ENT. 18).

Diante desta realidade, os trabalhadores de muitas vezes acabam realizando um cuidado incoerente à proposta da integralidade, que tem o propósito de superar a forma tradicional do sistema de saúde.

Franceschini (2005, p. 148) complementa ainda que,

[...] se conseguíssemos escutar, entender e atender de maneira mais completa possível às necessidades das pessoas, o tema da integralidade subsumiria o da equidade, revelando diferentes necessidades de vínculo para diversas pessoas em determinados momentos, as várias necessidades de consumo de algumas tecnologias, relacionadas às condições de vida e muitas possibilidades de construir a autonomia no modo de andar a vida.

Além do limite descrito pelo depoimento do entrevistado 18, como empecilho à construção da integralidade, o depoimento do entrevistado 15, ampliam os limites que têm dificultado o desenvolvimento do seu processo de trabalho na perspectiva de uma atenção respeitosa, acolhedora e responsável ao usuário.

[...] acho que a **integralidade aqui na nossa realidade vem sendo conquistada em passos lentos**, embora os pacientes já notem a diferença no atendimento, a nossa relação com ele, mas fica difícil aprofundar mais e poder dar as respostas que os pacientes precisam, porque os limites são maiores né [...] a Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal, entre outros estão diretamente ligados a gente, a gente trabalha subordinado a esses setores, que não conseguem acompanhar essa mudança, essa necessidade de mudança, talvez por desconhecimento, não sei qual o processo de formação [...] alguns ainda tem aquela visão vertical do paciente, ainda pro lado da doença [...] então a gente vive situações como essas, que fica até difícil atender esse paciente na sua totalidade, suas necessidades, as coisas precisam ser resolvidas (GRUPO I, ENT. 15).

Apesar deste depoimento referir que a integralidade na sua realidade vem sendo construída a passos lentos, este entrevistado começa a perceber a importância da tecnologia leve, na relação com o usuário na perspectiva de amenizar o sofrimento do usuário, e tentar driblar os limites encontrados.

O fato da Secretaria Municipal de Saúde não conseguir acompanhar as mudanças que estão sendo exigidas para uma prática integral, torna-se um limite que poderá refletir no serviço de saúde, no processo de trabalho das equipes e no próprio desenvolvimento do usuário em situar-se como co-participante desta mudança.

Entretanto, entendemos que é preciso uma transformação na formação desses trabalhadores, não só os das unidades de saúde, mas também para os formuladores de políticas de saúde que precisam estar voltados para uma formação integradora entre ensino e trabalho de modo a potencializar suas competências para a integralidade do cuidado, voltada às necessidades de saúde do usuário/família (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Diante desta afirmação, ousamos pensar que talvez esses formuladores de políticas hierarquicamente posicionados no sistema vejam o cuidado à saúde ainda ligado à visão biologizante, enquanto que os trabalhadores de saúde, das unidades pesquisadas vêem o cuidado à saúde voltado para as práticas que estimulem uma transformação nos modos de vida das pessoas, com a melhoria da condição de existência do ser humano, numa perspectiva do cuidado integral.

Assim, com ênfase na integralidade, faz-se necessário,

[...] a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença [...] (CARVALHO; CECCIM, 2006, p.151).

Enfim, de acordo com a visão de Nascimento e Mishima (2004), o trabalhador de saúde deve desenvolver seu processo de trabalho com o propósito de não só cuidar do corpo, mas estar sempre direcionado a um cuidado para as emoções, para a convivência com as subjetividades que envolvem esse processo, de modo a não esvaziar a intervenção de humanidade com visões fragmentadas, o que vai de encontro à integralidade do indivíduo.

4.2 PROCESSO DE TRABALHO DA ESF NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PSF DE JEQUIÉ-BA: *INTERFACE ENTRE AS TECNOLOGIAS LEVE E LEVE-DURA*

Nesta categoria discutiremos os cenários da prática vivenciada pelos sujeitos no PSF de Jequié-BA, durante o seu processo de trabalho na integralidade do cuidado permeado nos saberes da clínica e da epidemiologia, com a interface das tecnologias leve e leve-dura.

O processo de trabalho em saúde ainda é operado com traços do modelo médico-hegemônico-valorização aos atos produtores de saúde enquanto procedimentos,-desconsiderando-se muitas vezes as necessidades de saúde da população. Merhy e Franco

(2003) reforçam ainda que o processo de trabalho se encontra com uma dependência no modelo médico, ou seja, a produção do cuidado vai estar cada vez mais dependente de tecnologias duras e leves-duras.

Como vemos a forma de se pensar saúde ainda está na valorização da doença em detrimento da saúde, como consequência do modelo médico-hegemônico, diante da ausência de um trabalho que valorize o aspecto relacional. Isso é vivenciado na prática, como mostra depoimento a seguir.

[...] a gente tem trabalhado em prevenção e educação em saúde, principalmente as enfermeiras e agentes comunitários, agora, a demanda é muito grande, o trabalho é rápido [...] o número de famílias excede ao que é preconizado, então acho que estamos depois de cinco anos trabalhando ainda em cima muito mais da doença e do curativo do que da prevenção (**GRUPO I, ENT. 7**).

O depoimento do entrevistado 7 reflete o que muitas vezes acontece no dia-a-dia dos serviços de saúde o que, de uma certa forma, vem divergindo da idéia de desenvolver uma atenção à saúde voltada para um cuidado integral que tenha a intenção de colocar o usuário como sujeito do seu cuidado, na tentativa de acabar com a influência do modelo médico-hegemônico empregados até então. Porém, percebemos a incoerência no depoimento quando o trabalhador de saúde acha importante a prevenção, e a educação em saúde, mas na realidade a sua prática mostra-se contraditória, voltada para uma visão reducionista diante da integralidade do cuidado de saúde para com o usuário, uma vez que continua ainda com resquícios do modelo-curativista e interesses mais forte no número de produção de atos ou procedimentos.

Em certos momentos, durante a observação, pudemos vivenciar uma assistência muito mais voltada para uma visão curativa do que preventiva, aqui relatada: em uma determinada consulta, o trabalhador de saúde apenas questiona a queixa do usuário, anotando em seguida no prontuário e prescrevendo uma medicação para amenizar o sofrimento do usuário (Observação 1).

Isso reforça o depoimento do entrevistado 7, quando afirma que estão “trabalhando muito mais em cima da doença e do curativo do que da prevenção”. O que no nosso entendimento, retrata de certo modo um modelo assistencial caracterizado na inexistência da tecnologia leve,- a falta de um acolhimento e vínculo,o que torna o atendimento numa relação impessoal, mecânica, despersonalizada, tendo o interesse estava apenas na doença, como se ela fosse separada do sujeito

Essa forma impessoal de produzir saúde acaba dificultando a interação da equipe multiprofissional. O momento tem que ser permeado por modos singulares de cada um desses profissionais, para favorecer o desenvolvimento do trabalho vivo em ato, a partir de relações intercessoras, nas quais cada membro da equipe possa utilizar o máximo da sua potência criativa e criadora, diante da possibilidade de dar a resposta esperada pelo usuário/ família.

Apesar do encontro entre trabalhador de saúde e usuário do serviço estabelecer-se dentro de uma relação, às vezes burocrática, - voltada basicamente ao ato prescritivo e com interesses produtivos,- para Merhy (1997; 2002), pode-se fazer de modo a perpassar por uma relação, denominada como relação intercessora estabelecida no trabalho vivo em ato, - tecnologias leves - uma nova forma de agir, estar entre o trabalhador de saúde e usuário.

Contudo, apesar de ainda nos depararmos com um cuidado pautado numa visão biologizante vimos também que os sujeitos apresentam uma visão divergente daquela, ao conceberem a saúde numa concepção ampliada à questão social, numa perspectiva do cuidado envolvido com as necessidades de saúde dos usuários e famílias, conforme a fala a seguir.

[...] Eu vejo a saúde como uma coisa muito ampla; eu vejo a saúde como, não só o bem estar físico, mas o bem-estar social, o bem-estar pessoal de uma forma geral, onde o paciente, a pessoa, o indivíduo, a família vai estar bem quando ele tem tudo bem. Como por exemplo, ele tem emprego, ele tem uma família estruturada, ele tem uma forma de se divertir. [...] Ele mora em uma boa condição de habitação, então o processo de trabalho para integralidade é tudo isso. (**GRUPO I, ENT. 5**).

O depoimento do entrevistado 5, aponta um entendimento divergente do depoimento do entrevistado 7, pois considera a saúde em seu sentido amplo, envolvida no contexto social dos sujeitos e assim, pauta o processo de trabalho como “produtor do cuidado em saúde, em busca de uma compreensão de suas possibilidades e limites” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 59).

Percebemos no depoimento do entrevistado 5, que esse trabalhador desenvolve ações no seu processo de trabalho voltadas para produção de saúde a partir de um conjunto de saberes e condições diferenciadas para alcance da produção de um sistema que seja espaço de relações acolhedoras e desejante, considerando o humano sujeito do processo. Para o entrevistado, as atividades desenvolvidas, não são organizadas em torno da noção de doença, mas em torno de um cuidado que perpassasse pelos diversos cenários que esse sujeito em algum momento se encontra.

Durante o período da coleta dos dados, observamos que esta visão trazida pelo depoimento do entrevistado 5, foi materializada no processo de trabalho dos trabalhadores de saúde. A preocupação com o bem estar do usuário aqui destacada na dieta usada pelos

usuários com *Diabetes Melitus*, pois muitos estavam desempregados, e não teriam como seguir as orientações e exigências da própria patologia.

Então com isso, percebemos que o entendimento da saúde dentro do processo de trabalho era de uma forma ampla. Mas, por outro lado nos deparamos também com outros trabalhadores de saúde que limitavam ao cuidado queixa-conduta no sentido apenas de amenizar essa queixa, e não o que poderia existir por trás dessas queixas.

O depoimento do entrevistado 9, vem complementar o depoimento do entrevistado 5.

[...] O usuário, ele é nosso objetivo no processo de trabalho, trabalhar com todos indivíduos sempre focalizando não a saúde como ausência de doença né, mas entender suas necessidades, fazemos trabalho fora da unidade né, trabalhando com grupos hipertensos, gestantes, diabéticos, palestras na área sempre com a finalidade pra que as pessoas não procure só a unidade quando tem algum problema de doença
(GRUPO I, ENT. 9)

Como vemos, para o entrevistado 9 o usuário é o objeto do seu processo de trabalho, percebendo-o nos seus costumes, valores e necessidades, o que consideramos um avanço ao utilizar-se do saber capaz de organizar ações estratégicas que possam dar respostas a essas necessidades.

Outrossim, o entendimento de saúde e doença vem a partir do entendimento da clínica ampliada numa dimensão coletiva, que além de ver o homem indivíduo - biológico, consegue também perceber a ruptura das conexões desse homem (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Nesse sentido, reportamo-nos a uma das observações das ações dos trabalhadores de saúde a partir de uma programação já estabelecida. Durante o processo de trabalho vimos que esse trabalhador não se deteve apenas naquela programação, uma vez que esteve atento às necessidades de saúde que surgiram naquele momento aqui retratado: atendimento do dia que programado à criança, a enfermeira também atendeu a genitora da criança que se mostrava com problema de saúde.

Apesar de convergentes, os depoimentos dos entrevistados 5 e 9 sobre a reorganização das práticas sanitárias como estratégias para garantir a universalização da assistência e a construção de um sistema coerente com as necessidades de saúde da comunidade, acreditamos que a construção do processo de trabalho deverá ocorrer mediante a organização das práticas a partir do conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos profissionais que se organizam para produzirem serviços de modo a prestarem à assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Contudo, reconhecemos que ainda nos deparamos com o modelo médico-centrado, e temos clareza também que essa mudança se faz a partir da reorganização do processo de trabalho desenvolvido com equipes multiprofissionais, que se mostram a partir da diversidade de saberes.

Esses saberes, se articulados apenas em tecnologias leve-duras e duras, mostrando só os conhecimentos teóricos e técnicos estruturados ou em máquinas e equipamentos, que se traduzem em trabalho morto, jamais conseguirão produzir saúde, respaldado por um trabalho envolvido por relações intercessoras, transformando-se em trabalho vivo.

Por conseguinte, Merhy (1997) traz uma contribuição, no sentido de entender a organização do processo de trabalho de forma mais ampliada. Ele mostra o processo de trabalho desenvolvido a partir de três tecnologias em saúde: a **dura**, que se mostra através de um instrumental complexo, envolvendo os equipamentos para tratamento, e exames; a **leve-dura**, que se refere aos saberes profissionais, estruturados a partir da Clínica e da Epidemiologia e a **leve**, que se refere ao processo de trabalho que se produz no trabalho vivo em ato, por uma prática de relações, que se dá a partir do encontro desejado entre o trabalhador de saúde e o usuário/família, envolvido por escutas, falas, acolhimento, vínculo, aceitação, responsabilização e resolubilidade dos problemas a serem enfrentados.

A relevância atribuída às tecnologias leves, se traduz com a capacidade de efetivamente resolver os problemas identificados pela equipe e usuário, a partir da própria relação entre os sujeitos deste processo, através da escuta, do estabelecimento de vínculo, responsabilizando-se por um processo de trabalho mais humanizado.

Portanto, o processo de trabalho em saúde se mostra como uma ação terapêutica que, em seu resultado final, vivencia um cuidado de saúde que é desenvolvido e ao mesmo tempo é consumido (LEOPARDI, 1999). O trabalho não se mostra plenamente estruturado, pois se desenvolve a partir de processos de intervenções em ato, na perspectiva da tecnologia das relações, que vê seu objeto, a produção do cuidado, e que, a partir disso, atinge-se a cura e a saúde, que são os objetivos que se almeja chegar.

Compreendemos que o processo de trabalho em saúde deverá perpassar por uma produção de atos de saúde, que quando ancorados nas tecnologias leve e leve-dura vão intervir no problema de saúde, buscando satisfazer as necessidades sentidas e identificadas ou almejadas, um direito do usuário. Essas tecnologias nos mostram certo modo de cuidar, que muitas vezes poderão chegar à cura ou a promoção da saúde, mas em se tratando da tecnologia leve, deve ser no mínimo acolhedora, com o estabelecimento de vínculo e responsabilidade, que consiga responder aos anseios do usuário e família.

Podemos entender como isso se mostra na prática através dos seguintes depoimentos:

[...] É o carro chefe da unidade, da equipe, acolher vem junto dessa perspectiva nova, essa reformulação da assistência, da atuação básica toda [...] hoje ele chega, ele é cadastrado no serviço [...] chega aqui na recepção ele sabe quem é que vai recebê-lo ele sabe que aquela equipe [...] na verdade hoje, completamente, eu acolho assim, ele com os anseios, com os medos dele. **(GRUPO I, ENT. 20)**

Todo usuário que chega à unidade eu tento recebê-lo da melhor forma possível, normalmente eu pego na mão dele, pergunto como é que ele está, o que o traz até a unidade, o que eu posso fazer para ajudá-lo e tendo deixo, eu tento deixar o paciente a vontade pra que ele possa realmente se abrir porque nem sempre, ele vem com problemas físico, às vezes ele vem muitas vezes com problema psicológico, uma preocupação, um aborrecimento que teve em casa, um problema que tem na família e eu tento sempre me inserir nisso[...] **(GRUPO I, ENT 5).**

O acolher e o saber ouvir destacados nos depoimentos dos entrevistados 5 e 20 mostram a importância do estabelecimento de um relacionamento entre o trabalhador de saúde, usuário e serviços. Isso se vê intensificado na fala do entrevistado 5, quando ele refere sobre a necessidade de se inserir no mundo do usuário, mostrando-se envolvido na situação que aquele apresenta, de modo que, juntos possam resolver o problema apresentado. Já no depoimento do entrevistado 20 o mesmo entende a prática das relações, mas precisamente o acolher como “carro chefe” da unidade e da equipe, assim como forma de reformulação da assistência.

Compreendemos assim que o processo de trabalho não se sustenta apenas no modelo médico-centrado, mas também aos aspectos emocionais, culturais, religiosos, através de tecnologia das relações entre trabalhador de saúde-usuário/família-serviço de saúde.

Como vemos, o processo de trabalho na perspectiva de uma ação social de diferentes formas poderá ser construído a partir de práticas de relação, que de certa forma busca valorizar os anseios, as preocupações e descontentamentos referidos pelos usuários, no decorrer do desenvolvimento do processo.

Nesse sentido, num determinado momento de observação ficou visível a importância dada pelo trabalhador de saúde sobre o estabelecimento de uma relação acolhedora com o usuário, no momento que ela atende a criança, ao abrir a porta do consultório, com um sorriso para a criança e pergunta: “como você está? Está indo à escola? Está com saudade de mim? Pois eu já queria que chegasse logo esse dia para o nosso encontro!”.

Tal comportamento, acompanhados de algumas perguntas singulares ao usuário como pudemos perceber, mostraram naquele instante a satisfação da criança e de sua mãe, o que acreditamos, tornou a consulta um encontro acolhedor, com uma interação do trabalhador de

saúde com o usuário/família. Aparentemente, o acolhimento do trabalhador de saúde foi essencial no momento para que a criança se sentisse confiante em poder se abrir.

No Relatório de Gestão do Município de Jequié/BA (JEQUIÉ, 2001), a Secretaria de Saúde destaca a preocupação de se ter recursos humanos nos serviços de saúde qualificados, para manter um bom atendimento ao usuário, pois entendem que “a capacitação dos recursos humanos é condição essencial ao oferecimento de uma assistência justa e de qualidade” (DOC. 4).

Por conseguinte, percebemos que os serviços de saúde do referido Município, também vê a importância da relação entre o trabalhador de saúde e usuário para uma atenção à saúde de qualidade.

O seguinte depoimento do entrevistado 12 é complementar aos depoimentos dos entrevistados 5 e 20, sobre o **acolhimento**.

[...] no acolhimento, aquela coisa, paciente chega aqui procurando uma resposta pra necessidade dele, queixando que a gente tem obrigação de tratá-lo bem “né”, tratar com dignidade, humanidade, se tiver de ser resolvido, se não a gente chama e diz pra ele que hoje de repente não pode ser resolvido, mas que amanhã ele volte que a gente vai ver o que vai poder fazer, eu acho que o acolhimento na realidade é você tratar bem as pessoas [...] ele é tão bem recebido que ele vai ter o prazer de voltar amanhã né? Então minha relação com ele vai acontecer (**GRUPO I, ENT.12**).

De certa forma, este depoimento destaca a humanização das relações nos serviços de saúde, como também uma forma de reorientar o processo de trabalho, a partir de uma postura em que envolve a escuta e o saber receber, o que favorece uma relação de confiança entre o trabalhador de saúde e o usuário, muitas vezes trazendo para os serviços usuários na condição de sujeito, uma vez que vão ajudar no desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde.

Enfim, Merhy (1997, p.138) traduz o acolhimento como “uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde”.

No depoimento do entrevistado 24, além de se mostrar complementar, notamos também a importância que é dada à tecnologia das relações com acolhimento, respeito, resolubilidade aos problemas de saúde.

[...] sempre que chego aqui sou bem atendida, bem recebida, não tem aquele negócio de bom dia, boa tarde, mas trata bem. Eles recebem muito bem, como se fosse uma família, pergunta qual o problema, tenta resolver [...] atende super bem [...] aqui ninguém nunca me tratou mal, até meus problemas eles dão mais importância do que o povo lá de casa, não é só exame e medicação não (**GRUPO II, ENT. 24**).

Outrossim, a relação que se estabelece a partir do modo como são tratados, sobretudo a dispensa de um medicamento, como é expresso no depoimento do entrevistado 24: “não é só o exame e medicação não”. Esta situação diverge do Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2002), que diz: “não existe um outro fator isoladamente que tenha maior impacto sobre a capacidade resolutive dos problemas, que não seja o medicamento” (DOC. 3). Mas já vimos que outros determinantes existem e que se não podem dar resposta total aos problemas, mas amenizam o sofrimento do usuário, de forma humanizada através do estabelecimento de uma relação acolhedora.

Aparentemente, os usuários das unidades de saúde do PSF de Jequié/BA, parecem sensibilizados com relação o modo como os trabalhadores de saúde desenvolvem suas atividades, o que podemos vê é que uma mudança já vem ocorrendo, no sentido de já termos usuários que atribuem um valor, uma estima maior ao trabalhador de saúde que além de suas atividades específicas, sabe fazer a junção com os aspectos relacionais no ato da produção de saúde.

Nesse sentido, o depoimento do entrevistado 27 mostra-se diferente aos depoimentos dos entrevistados 5, 12, 20 e 24;

[...] Quando entro na sala do médico ou enfermeira eu gosto que eles me olha, fique atento pra mim, e muitas vezes aqui é assim, eles tem atenção, conversa e olha por gente, conversa e escreve, da atenção, em gosto de ir pros lugares que me dá atenção, porque se não for assim como vou saber se eles ta mesmo preocupado comigo, com meu problema? (**GRUPO, ENT. 27**).

Embora diferente, o depoimento do entrevistado 27 também retrata a importância da relação que pode ser estabelecida entre trabalhador de saúde e usuário. A partir do momento que ele procura o serviço, esse usuário procura também por alguém com que ele possa conversar, que lhe dê atenção, que o olhe como um ser humano imbuído de desejos e necessidades, que tem muito a contribuir no desenvolvimento do processo de trabalho.

Num momento de observação ficou visível a necessidade que o usuário sentiu em ser percebido, em ser respeitado no serviço de saúde. Durante a consulta, o trabalhador de saúde se quer permitiu que se fechasse a porta do consultório; fez perguntas, mas em nenhum instante olhou para o usuário, ficou sempre de cabeça baixa. Nessa consulta vimos que o usuário saiu aparentemente insatisfeito, e seguiu até o serviço de Farmácia com a receita, mas não conseguiu o medicamento devido inexistência. O funcionário orientou-o que retornasse ao consultório para que o trabalhador de saúde prescrevesse outro medicamento e ele (o

usuário) respondeu com um tom de voz aborrecido: “vou muito, ele nem olhou pra mim direito, tu acha que vai me ouvir agora?”.

Então, esta realidade converge justamente o que traz o depoimento do entrevistado 27, a falta de interesse às necessidades e anseios do usuário, como uma forma de (des)acolher, o que fica muito distante de um cuidado humanizado.

De certa forma, essas relações intercessoras entre trabalhadores de saúde e usuários estabelecem o processo de acolhimento, responsabilização, vínculo e resolubilidade, com vistas a implementar um “projeto terapêutico” (MERHY et al., 2000), na perspectiva de não só basear esse projeto num estabelecimento relacional, mas também reconhecer a importância dos modos específicos de se produzir atos em saúde.

Ainda a respeito do depoimento do entrevistado 27, os usuários buscam muito mais do serviço de saúde. Eles buscam espaços produtores de saúde voltados para a escuta, o ouvir, que podem ser respeitados e envolvidos no seu processo de cuidar.

Com isso, devemos entender que um trabalhador de saúde, no momento de atuação, de algum modo necessita desenvolver ao mesmo tempo todo seu saber e modo de agir, no qual o ato do cuidado seja envolvido por um saber específico em relação ao problema, mas acima de tudo, deixando-se envolver, por um território que marca a dimensão cuidadora sobre sua ação profissional (MERHY et al., 2000).

Isso mostra que, diante de um problema concreto apresentado pelo usuário, muitas vezes são utilizadas necessariamente as tecnologias duras e leve-duras, mas haverá sempre uma produção dos atos de saúde que necessariamente precisam dos processos relacionais do campo das tecnologias leves, inerente a todos trabalhadores de saúde na relação com os usuários.

A relação que se estabelece entre trabalhador de saúde e usuário, muitas vezes é desenvolvida através da escuta, do acolhimento e responsabilidade no momento do cuidado, até porque o usuário consegue se sentir também responsável por esse processo. No entanto, as relações se diferenciam devido à existência de limites que se estabelecem dependente ou independentemente da vontade própria vivida, traduzidos como empatia e/ou confiança ou não. Nesse sentido, o depoimento do entrevistado 11 mostra limites em relação ao acolhimento:

[...] Existe cliente que a gente não consegue acolher. [...] O acolhimento requer muita disposição do funcionário e usuário, assim “ta” disposto a ajudar e ser ajudado. [...] No início do PSF era melhor o acolhimento, porque você não conhecia toda a clientela, hoje eles vêm aqui rápidos, para consultar, pegar remédio (GRUPO I, ENT.11).

Da mesma forma podemos perceber limites em relação ao acolhimento no depoimento do Entrevistado 21.

[...] os médicos não ficam muito perto dos pacientes, deveriam atender melhor, mais educados, fica jogando a gente toda hora para outros funcionários, dá resposta. [...] tem uma médica aqui que nem olha pro povo quando entra vai logo para sala dela e vai gritando o nome dos pacientes, e tem que entrar logo se não já chama o outro e aquela ficha não atende mais [...] pra quê vem atender aqui, agente não precisa só do que ela sabe nos precisa até da atenção, é isso (GRUPO II, ENT.2).

Os depoimentos dos entrevistados 11 e 21 divergem dos depoimentos dos entrevistados 5, 12, 20 e 24. Embora contraditórios sobre os significados do acolhimento, um dispositivo importante para o desenvolvimento do processo de trabalho, o “olhar” do usuário traduz a necessidade desse ato de receber, ouvir e falar entre o trabalhador e o usuário.

Por outro lado, entendemos que não só a empatia e a confiança são determinantes que se diferenciam da importância que os depoimentos dados anteriormente pelos entrevistados 5 e 20 no que diz respeito às práticas de relações, mas também as formas como o trabalhador de saúde desenvolve muitas vezes seu trabalho centrado ainda no saber médico, e no poder dos medicamentos, uma contradição com o exercício de uma outra forma de assistir o usuário/família e grupos da comunidade com a participação de uma equipe multidisciplinar mediante a afetividade de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Especificamente, o depoimento do entrevistado 21 mostra que não basta o saber clínico, o saber diagnosticar, curar, mas também estabelecer um processo de relações e intervenções de modo partilhado, que saiba articular segundo Merhy et al. (2000), as necessidades sentidas e modos tecnológicos de agir. Nesse sentido, entendemos que o usuário poderá procurar uma cumplicidade com o trabalhador de saúde, pois sente que seu problema é importante e que, de certo modo, o trabalhador de saúde deverá estabelecer um vínculo, um compromisso em tentar resolver os seus problemas.

Entretanto, a produção de espaços intercessores, que se sustentam na tecnologia das relações, nos diz que

[...] em um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de ‘algo’ que possa representar a ‘conquista’ de controle do sofrimento (originando doença) e /ou a produção da saúde (MERHY, 2003, p. 38).

Como o acolhimento se mostra como um processo intercessor em uma relação trabalhador de saúde e usuário e por onde circulam o trabalho vivo em saúde, vemos que de certo modo provoca ruídos no momento da recepção de usuários, que poderão favorecer a modificação no serviço voltado para um processo usuário-centrado e comprometido com a defesa da vida individual e coletiva.

Por outro lado, apesar do desconhecimento de alguns trabalhadores de saúde em relação ao processo de trabalho que se sustenta nas tecnologias leves, pautado em relação intercessora entre os sujeitos envolvidos no processo, os mesmos podem vivenciar vários momentos de interação estabelecidos durante o cuidado à saúde.

A integralidade se mostra como intenção de cuidado e não apenas de intervenção, pois ali se estabelecem relações, um cuidar compartilhado, desejado de ambos os lados, como traduz Ayres (2001), um “encontro desejante”, pois cuidar implica estar em relação voltada para ações de saúde como um processo prático, e não apenas como êxitos técnicos (MERHY, 2004).

O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso leve relação a um ‘como’ fazer. Não faz parte de suas aptidões definir os “que fazer”. Por isso é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde (AYRES, 2001, p. 69).

Ao contextualizarmos o cuidado para o plano das relações, é preciso afastá-lo de uma visão do cuidado puramente técnico-científico. De certa forma esse deve ser direcionado para uma prática de interação entre ações e saberes dos sujeitos envolvidos (PINHEIRO, 2003a), de modo a estabelecer uma integralidade alicerçada num encontro desejado entre trabalhadores de saúde, usuário, serviço e gestores, como co-responsáveis do processo de cuidar.

Os depoimentos seguintes caminham na direção da **responsabilidade** como um dispositivo para o estabelecimento das práticas de relação. E quando se fala em relação, é sempre entre dois ou mais sujeitos, ou seja, o trabalhador de saúde-usuário, que são responsáveis pelo processo de cuidar.

E a **responsabilidade**, sempre a gente tem discutido isso em reunião, os problemas que a comunidade vem apresentando pacientes, clientes, não é só responsabilidade nossa, temos tentado levá-los a perceber que ele tem grande contribuição para que os problemas de saúde deles sejam resolvidos ou não (**GRUPO I, ENT. 13**).

[...] a gente trabalha assim, procura trabalhar o máximo à comunidade, pra que eles realmente sejam os **co-responsáveis** pra resolver problemas de saúde. [...] A equipe tem esse dever junto com a comunidade, a responsabilidade é o que falei da co-participação também da comunidade; responsabilidade da equipe de ta escutando; de

ta interagindo com esta comunidade; **a responsabilidade** de cada profissional, do agente comunitário, do oficial administrativo que ta recebendo esta comunidade, estes pacientes do enfermeiro da equipe, dos auxiliares de enfermagem, do médico de todos os participantes que atuam na Unidade de Saúde da Família, trabalhando com responsabilidade junto com essa família, e a família ta tendo responsabilidade de ta sempre ouvindo, sempre também procurando a unidade, quando tem algum problema ou não, participando das reuniões de grupo para que saiba qual é a proposta da equipe (**GRUPO I, ENT. 9**).

[...] **a responsabilidade** nem sempre depende só da gente, fica difícil de resolver só, acaba atrapalhando muitas vezes essa relação, mais ainda assim nós nos sentimos responsáveis, e obrigados em dar resposta a comunidade (**GRUPO I, ENT 16**).

Estes depoimentos além de convergentes são complementares, no que se refere à idéia de um trabalho de parceria entre o trabalhador de saúde e usuário, e serviços de saúde, implicitamente na produção da saúde com ações que envolvam os dispositivos como a responsabilização, o acolher, e o vínculo.

Tais dispositivos poderão possibilitar a ampliação de atos em saúde na perspectiva de combinação de tecnologias em saúde, pautada em confiabilidade e de responsabilização do trabalhador com o usuário (MERHY et al., 2000).

Diferentemente dos depoimentos dos entrevistados 9, 13, e 16, observamos também, que um determinado trabalhador de saúde naquele momento não manteve uma relação intercessora com o usuário, diante da visível falta de acolhimento e o não estabelecimento de vínculo, na medida em que não vê o usuário na sua inteireza, mas como um “objeto” numa relação mecanicista, com uma atenção voltada para produção de procedimentos.

Outrossim, em outros momentos da observação percebemos, a forma como esse trabalhador de saúde se relacionou com o usuário, numa impessoalidade e aparente desinteresse em dar resolubilidade ao problema de saúde apresentado pelo usuário. Isso fica claro no momento em que o usuário pergunta se a criança vai continuar com o mesmo quadro que estava apresentando [crise asmática], e ele responde: “mãe, não posso fazer mais nada, tem que esperar...; até o nebulizador da unidade está quebrado há dois meses, se continuar chama o SAMU”. Isso mostra a forma com que o trabalhador “olha” ou trata os problemas de saúde no que se refere ao vínculo, o que poderemos se interpretar como uma desresponsabilização.

O fato de o trabalhador de saúde saber que o aparelho de nebulização está sem funcionar há mais de dois meses, como se fosse uma coisa natural, isso se coaduna com o Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2005), ao apontar como dificuldades do Sistema de Saúde local a falta de materiais e equipamentos ou até mesmo a demora no conserto desses equipamentos nas ESF. De certa forma, serviu como um motivo para a não resolubilidade do problema do

usuário. O que não é uma explicação plausível para o não encaminhamento dos sujeitos para o cuidado integral (DOC. 2).

A preocupação em orientar para chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) poderá ser uma desresponsabilização ou até mesmo desconhecimento do trabalhador de saúde em relação à função desse serviço. Pois, tratava-se de uma assistência à criança com problemas respiratórios que naquele momento necessitava de medicação e sessões de nebulização, procedimentos esses inerente ao serviço que tem respaldo na Atenção Integral a Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), inclusive destacado no Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2002), que entre as metas a serem alcançadas, em relação à mortalidade infantil, fica o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança através das ESF, atendendo inclusive pelo AIDIPI (DOC. 3).

Outrossim, faz-se necessário entendermos que, de acordo com o Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2005), o Município implantou a Política Nacional de Atuação as Urgências de acordo com a portaria 1863/GM-SAMU voltada para o atendimento de acidentes e violência urbana. (DOC. 2).

Neste sentido, o trabalhador de saúde deverá estar atento para essas questões, diante da missão do serviço que é oferecer uma atenção responsável e humana, uma vez que o cuidado integral, compreende a saúde como o direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004), ao garantir acesso às outras práticas terapêuticas.

Por outro lado, uma outra observação vem complementar os depoimentos dos entrevistados 9, 13 e 16, ao presenciarmos um desmaio de uma gestante na sala de espera da USF, tendo a mesma sido acolhida por alguns trabalhadores de saúde (auxiliar de enfermagem e enfermeira), dando-lhe os cuidados necessários, mantendo-a na unidade até que normalizasse o quadro. Logo a seguir, a enfermeira acolheu o familiar (companheiro) da gestante que estava na unidade, tendo-lhe explicado de forma clara, tranqüila e segura a causa do desmaio, o que nos fez perceber um certo alívio ou uma tranqüilidade aparente desse familiar. Após ter sanado o problema, a enfermeira orientou tanto a gestante quanto o acompanhante.

Naquele momento vimos o compromisso dessa trabalhadora de saúde, a forma como acolheu a usuária, ouvindo-a, responsabilizando-se pela mesma no serviço de saúde.

Portanto, independentemente das atividades desta trabalhadora de saúde, ela vai ser realmente uma cuidadora e, é por isso que precisamos exercitar uma prática humanizada, específica das tecnologias leves. Essas tecnologias são explicitadas nas relações interpessoais, caracterizadas na forma de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo. Para tanto,

segundo Merhy et al. (2000), o trabalhador de saúde é identificado como responsável pelo “projeto terapêutico”, ao desenvolver suas atividades como operador do cuidado e como administrador em núcleos de saberes profissionais na intervenção.

A necessidade de produzir saúde deve ser coerente com a idéia de saúde como direito de ser, buscando desenvolver as atividades coletiva e coerentemente com a realidade estabelecida, numa lógica usuário-centrada, construída de vínculos e compromissos, com amparo nas intervenções tecnológicas em saúde (MERHY, 2002).

Para este autor, não há só uma forma de se realizar o ato clínico, apesar de em certos momentos utilizar seu saber de uma forma específica. O próprio trabalhador de saúde deverá entender que a finalidade de suas atividades não permite que sejam desenvolvidas por uma única ordem, mas demonstra a necessidade de trabalhos sustentados pela análise do espaço relacional trabalhador-usuário, como o momento mais singular do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde.

Assim, a necessidade da produção da responsabilidade clínica, como forma resolutiva de intervenção inevitavelmente passa pelo “acolher” e “vincular”, pois sem esses dispositivos não se conseguem responsabilizar e nem acontecem resoluções efetivas.

Com a possibilidade de se estabelecer uma relação efetiva, responsável e resolutiva quanto às demandas do usuário/família, os trabalhadores de saúde percebem a necessidade do **vínculo**, considerando a subjetividade do relacionamento entre o trabalhador de saúde e usuário.

Segundo Pichon-Riviére (2000, p. 50), o vínculo é visto como "o desenvolvimento de circularidade de afetos entre trabalhador e usuários, constituindo a interação entre duas pessoas, criando uma maneira particular de se relacionarem, a cada caso e cada momento". Isso, segundo Merhy (1997), torna uma relação próxima, de modo que o trabalhador de saúde se sente sensibilizado com as necessidades do usuário/família/comunidade.

Assim, as diversas formas de se aproximar do usuário só podem ser compreendidas em termos de vínculo. O momento é de criar-se uma situação de comunicação e interação que, de certa forma, vai modificar permanentemente o processo de trabalho, pois é compreensível que uma pessoa não pode representar uma conduta sem estabelecer uma relação com o outro, isto é, sem o **vínculo**.

Nesse sentido, os depoimentos dos entrevistados 5 e 13 são convergentes em relação ao estabelecimento do **vínculo** na perspectiva de um cuidado integral.

[...] tento manter sempre um **vínculo** com esse paciente, com o usuário, uma vez que ele não vem aqui a primeira vez, ele quando entra aqui pode vir primeira, a segunda,

a terceira, n vezes, e isso é esses retornos deles, eles vão se tornando mais eficazes à medida que esse vínculo nosso aumente, esse vínculo é tudo (**GRUPO I, ENT. 5**).

[...] em relação ao **vínculo**, quando eles já apresentam algum problema, eles já buscam logo a unidade, busca o auxiliar, o próprio agente comunitário que eles estão vendo com mais frequência no seu domicílio, nos procuram, não esperam tanto como antes [...] então agente percebe que essa confiança já vem nascendo entre nós, o vínculo já existe entre equipe e o usuário (**GRUPO I, ENT. 13**).

O vínculo mostra-se como um dispositivo do processo de trabalho que a produção de saúde utiliza para manter um trabalho vivo em ato. Processo de trabalho que se desenvolve a partir de uma combinação tecnológica, sustentada basicamente pelas tecnologias leves.

A convergência dos depoimentos dos entrevistados 5 e 13 é no sentido de entenderem o vínculo como uma forma essencial para estabelecer uma relação, assim como utilizado para desenvolver atividades dentro do processo de produção de saúde. O depoimento do entrevistado 5 mostra a importância de, independentemente do número de vezes que o usuário venha à unidade, o atendimento é sempre voltado para a prática de relações, o que poderá motivar a intensificação desse vínculo.

Em alguns momentos de observação, o vínculo mostrou-se visível, pois o trabalhador de saúde se coloca como responsável pelo usuário o que poderá favorecer uma confiança da usuária para com o trabalhador de saúde, apesar de encontrar limites para a resolubilidade do problema de saúde, do próprio compartilhamento de saberes e de informações, demarcadas aqui através da interação da enfermeira com a gestante.

O vínculo se revelou, quando do ato de confiança da gestante com a enfermeira e unidade de saúde. Tal relação foi fortalecida diante da preocupação da enfermeira ao orientar a gestante que se voltasse a ocorrer o problema novamente, chamasse o SAMU, pois poderia estar em trabalho de parto, a gestante respondeu: “não, se eu sentir algo, eu venho logo aqui”. Então, o vínculo estabelecido vem demonstrar interesse das duas partes em não se romper.

O depoimento do entrevistado 21, vem complementar os depoimentos dos entrevistados 5 e 13.

O vínculo vem quando eles já se responsabilizam por nós, logo quando cadastra a família. Os ACS mesmo, sempre vêm saber da saúde do meu marido que é diabetes, vem toda semana, então a gente já “ta ligado” (**GRUPO II, ENT. 21**).

O depoimento deste entrevistado refere que o vínculo é estabelecido a partir do cadastramento das famílias; a procura das famílias, também destacado no Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2005, p. 50): “com a adscrição da clientela para criar o vínculo da Equipe de Saúde da Família e comunidade” (DOC.2).

A procura pelo serviço já é direcionada à sua necessidade, o que poderá contribuir para facilitar o acesso ao serviço em busca do cuidado à saúde, diante do vínculo já consolidado. O ato da responsabilização vem conforme o vínculo estabelecido, e, em consequência, o sentimento de confiança na relação.

Diferentemente, o depoimento seguinte do entrevistado 9 chama atenção que, mesmo a unidade sendo “nova” conseguiu através do estabelecimento de uma relação interpessoal entre usuário e trabalhador de saúde, envolvidos pela comunicação, chegar à conquista da **autonomia**, como forma de reconhecimento de direitos e deveres desses usuário/trabalhador de saúde/família.

[...] é conversar com ele, chamá-lo pelo nome, manter esse vínculo com esse cliente. [...] for sendo satisfatório porque eles continuam vindo à unidade, é nova e agente já consegue ter esse vínculo com a comunidade, essa ligação, toda uma comunicação, eles já chegam, já chamam os profissionais pelo nome [...] a partir desse vínculo é que agente começou a ter autonomia para desenvolver atividades enquanto profissional de saúde (**GRUPO I, ENT. 9**).

Para tanto, o fortalecimento da relação traduz uma forma positiva ao processo terapêutico, contribuindo para estabelecer um coeficiente de autonomia dos sujeitos envolvidos no processo.

Nesse sentido, Campos (2003a, p. 70) mostra que “o papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida”.

Apesar de nos depoimentos dos entrevistados 5, 9, 13 e 21 serem alguns convergentes, complementares e diferentes, retratam na sua essência que o vínculo estabelecido torna-se muito forte, no sentido de perceber que tanto o trabalhador de saúde como o usuário não tem interesse em rompê-lo.

O vínculo perpassa diferentes condutas, envolvido em relação particular com o objeto, que se constitui, a partir de uma estrutura dinâmica, em movimentos contínuos, que de certa forma se mostra movido por aspectos instintivos na relação estabelecida entre trabalhador de saúde e usuário.

Por isto é que, a partir do vínculo estabelecido haverá a possibilidade de compreender o indivíduo isoladamente e como tal no seu mundo social, o que confirma uma interação com o usuário ao considerar a linguagem e a comunicação, percebendo-a, também através dos gestos e atitudes.

A relação que o usuário estabelece com o trabalhador de saúde, no momento da produção de saúde, envolve toda uma história com o objetivo de tentar resolver um problema em cima do projeto terapêutico. Pois nesse processo, não só as condutas são importantes e dependem do organismo e do meio, mas da interação entre usuário e trabalhador de saúde (PICHON-RIVIÉRE, 2000).

Embora esses depoimentos apontem satisfatoriamente o estabelecimento de vínculo, é preciso que compreendamos que ele só ocorre quando as partes estão preparadas ou acreditam que o processo de relações é o que sustenta o projeto terapêutico. Trata-se de uma tarefa coletiva que envolve trabalhadores de saúde, usuário e a própria instituição de saúde no sentido de modificar o processo de trabalho nos serviços de saúde.

Em relação à questão do vínculo, o depoimento do entrevistado 11 é divergente em relação aos depoimentos dos entrevistados 5 e 13.

[...] **é um vínculo vicioso do pessoal**, é um vício, **você ver sempre as mesmas pessoas, chega até cansar um pouco** [...] **não sente aquela disposição pra ta ouvindo**, porque é sempre a mesma coisa, às vezes eu falo assim: daqui um dia, não precisa nem guardar os prontuários desse pessoal [...] toda semana eles tão aqui são as mesmas pessoas [...] (GRUPO I, ENT. 11).

Com isso, podemos entender como o vínculo poderá trazer significados diversos que permeiam as práticas no cotidiano das unidades de saúde. Mas, é necessário que os trabalhadores de saúde e usuários vejam o vínculo como meio para realizar uma prática de qualidade e integral, a partir da relação efetiva dos indivíduos que cuidam e os que são cuidados (ACIOLI, 2001).

É preciso considerar, a fala do Ent. 11 em relação ao vínculo, pois é visível uma negação ao vínculo, de certa maneira chegando à despersonalização, como uma tentativa de ver o usuário de forma insignificante, uma tentativa de não ser aquele que quer se vincular, mas de ser outro. Ou de não ser ninguém para não ter compromisso ao vínculo (PICHON-RIVIÉRE, 2000).

Essa negação ao vínculo mostra-se como uma forma de negar ao indivíduo tomar decisões acerca da sua vida, desconhecendo seus direitos e deveres, negando também sua autonomia. É, portanto, o dispositivo que possibilita ao usuário e trabalhadores de saúde reconhecer suas potencialidades e capacidade de, dentro do processo terapêutico, dar respostas aos problemas detectados.

Dessa forma, Campos (2006) diz que o usuário vai ao serviço em busca de ações de saúde, que permitam que sua saúde seja mantida ou restabelecida, com finalidade de mantê-lo vivo e com autonomia para escolher o modo de caminhar na vida.

Ao contrário dos posicionamentos dos entrevistados 5 e 13, o entrevistado 18 relativiza o vínculo na questão da relação trabalhador de saúde e usuário conforme fala a seguir.

O vínculo fica tão exacerbado, dizendo assim, que **chega a confundir**, às vezes a gente ta fazendo uma visita domiciliar e o povo ta gritando agente, **isso é gostoso, mas às vezes acaba confundindo com intimidade [...] mas o vínculo é uma coisa importante, você tem que ser agradável e tem que ter aquela questão de empatia [...] tem que aprender a trabalhar com a comunidade, porque se você passa aquela antipatia pra eles, simplesmente eles lhe tira né? (GRUPO I, ENT. 18).**

Os depoimentos destacados demonstram que os trabalhadores de saúde não valorizam devidamente o relacionamento usuário e trabalhador, o que é intensificado no depoimento 11, quando o entrevistado descreve que “não sente aquela disposição pra tá ouvindo, porque é sempre a mesma coisa” e do depoimento 18, quando fala de um vínculo exacerbado, chegando a ser confundido com intimidade. No entanto, o depoimento 18 é também contraditório ao admitir que o vínculo é uma coisa importante, envolvendo uma questão de empatia.

Todavia, segundo Campos (2003a, p. 71),

[...] os pacientes, os grupos, também despertam sentimentos positivos ou negativos entre os profissionais que atendem: vontade de curar ou antipatia, desejo de educar ou de ser livre do outro. Ninguém é de pedra, ninguém é absolutamente racional e frio no trabalho em saúde, somos afetados pelo modo de ser de nossos pacientes.

Por outro lado, durante a observação destacamos também um atendimento permeado pela confiança e humanização, mas também consubstanciado pelo ato de acolher e vincular no momento em que a enfermeira conversa com a usuária e a orienta sobre o seu problema de saúde como também para o acompanhante, e no final a própria usuária diz: “se sentir alguma coisa venho aqui”. Ao contrário de uma outra observação, no momento em que o usuário está no serviço de saúde a espera de um atendimento,- na maioria das vezes sabem o que querem, e aí ocorre o conflito entre usuário e trabalhador de saúde, pois nem sempre o trabalhador de saúde “vê ” aquela queixa como necessidade, além de não dá a devida importância.

Nesse sentido, para Schraiber e Mendes-Gonçalves (1994, p. 29),

esse indivíduo que se sente doente, ou em sofrimento, enxerga a saída: assume que há correção desejável para seu problema e que existem meios para isso. O resultado

das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como necessidade, tornando as próprias intervenções também necessidades. Além disso, a partir da solução que se antevê para cada carecimento – previsão que é possível para o indivíduo porque já a viu eficaz e suficiente para outros na sociedade – cada um sabe qual tipo de serviço irá procurar; se de assistência à saúde ou não; se dessa ou daquela modalidade de atenção dos serviços de saúde.

Assim, o cuidado é desenvolvido como uma prática que ganha um sentido a partir dos interesses e necessidades dos usuários/família atrelados ao contexto econômico, social e cultural em que eles vivem (ACIOLI, 2001).

Na busca por uma ação completa ou integral, procura-se por uma interação positiva entre usuários, trabalhadores e instituições, que se desenvolve a partir de um tratamento humanizado, respeitoso, com acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Essa inovação vem como transformador de espaços em lugares de encontros que se estabelece como vínculos sociais entre sujeitos que cuidam e que são cuidados, mesmo sabendo que para isso precisam transpor obstáculos e asperezas que muitas vezes os caminhos percorridos nos reserva.

Em busca das respostas, os depoimentos seguintes se mostram convergentes, em relação ao alcance desse objetivo:

[...] então a equipe ao máximo vai procurar dar respostas aos problemas de saúde desses indivíduos e trabalhando justamente com essa questão da integralidade, que sempre procura a unidade, que se você detecta algum problema na comunidade você tem que dá os encaminhamentos, tem que solucionar esses problemas para que tenha realmente uma resposta para esse usuário [...] às vezes conseguimos resolver em nível de unidade, de comunidade e às vezes precisamos também trabalhar com questão toda da intersectorialidade, que nem tudo a equipe consegue fazer sozinha, então agente procura ao máximo trabalhar essa questão também fora da unidade de saúde com parcerias (**GRUPO I, ENT. 9**).

[...] a gente vê casos que aparecem ali, tem que ta preparado para dar resposta no momento exato. E a gente depende de outros setores para resolver, o encaminhamento é demorado, então a gente vê coisas, tem que ter ajuda de outros setores, se não vai passando o tempo e não consegue resolver e poderia ter sido resolvido com mais praticidade, demora muito pra vê o resultado (**GRUPO I, ENT. 2**).

A gente tenta resolver tudo, o que não consegue a gente pede socorro, procura parcerias com a secretaria de saúde, parcerias com núcleos de reabilitação, às vezes até com secretaria de obras a gente procura, então o que a gente não conseguem fazer aqui, a gente tenta junto com o usuário a procurar uma instância maior para resolver esse problema, porque quando a gente consegue é sucesso dos dois, tanto nosso como deles, porém quando a gente não consegue é fracasso dos dois, tanto nosso como deles, tentamos juntos (**GRUPO I, ENT.18**).

Conforme os depoimentos dos entrevistados 2, 9 e 18 podemos ver o dispositivo **resolubilidade** atrelado à intersectorialidade que se posiciona como um eixo estruturante na

atenção à saúde, mostrando aos trabalhadores de saúde possibilidades de prestar uma assistência de forma mais integral e resolutiva.

Tais depoimentos convergem ao colocar a intersetorialidade como um dos elementos centrais para operacionalização da integralidade nos serviços de saúde, como forma de articular os vários setores, de modo a desencadear mudanças, mas efetivas e duradouras para a saúde.

Segundo Peduzzi (2001, p. 3),

o modo com que organizamos e oferecemos serviços de saúde à população pode transformar as práticas dominantes, fragmentadas e excludentes, e conferir maior integralidade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde. Essa dialética entre as necessidades e o modo de organização dos serviços confirma o potencial de mudança da estratégia de saúde da família.

Em consonância com tal afirmação, o depoimento 9 converge com esta idéia de trabalho de equipe, em que um grupo de pessoas procura resolver junto, articuladamente, os problemas que surgem.

Durante nossa observação nos deparamos muitas vezes com situações em que o trabalhador de saúde parava o atendimento para resolver o problema do usuário. Como exemplo reportamo-nos a uma situação em que a equipe se empenhou para dar uma resposta às necessidades daquela gestante já referida.

Por outro lado, presenciamos também, usuários que segundo eles, tinham mais de um mês que tentavam marcar um exame e até o momento não haviam conseguido. Na oportunidade, eles afirmaram que se não fossem usuário daquela USF poderiam fazer o exame no centro de saúde, porque tem um laboratório e seria menos sofredor.

Em relação a realização de exames em outro serviço de saúde, é uma forma de trabalhar a intersetorialidade, para poder dar resposta a essa necessidade.

Assim, o Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2005, p. 70) complementa: “o município caminha buscando superar os modelos assistencialistas e sanitaristas, voltando-se para a saúde em defesa da vida. Visando redirecionar o enfoque assistencialista das ações no campo da saúde, reforçando o papel das **políticas públicas intersetoriais**” (DOC.2).

Todavia, a intersetorialidade depende de uma mudança da estrutura dos serviços de saúde, a começar pela equipe de saúde que deverá deixar de lado seus saberes compartimentalizados, para desenvolvê-los a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos, que extrapolam o setor de saúde e buscam novas parcerias, que garantam eficácia na atenção à saúde dos usuários (JUNQUEIRA, 2000).

Como vimos anteriormente nas falas dos entrevistados 2, 9, e 18, quais as convergem com a idéia da intersetorialidade como forma de obter melhor resolubilidade das ações de saúde que são ofertadas à população, todavia, é importante que haja articulação entre os setores, no sentido de dialogar ou colocar outros seguimentos por dentro dos problemas que ocorrem na saúde, e que nem sempre é proveniente da falta de assistência da unidade saúde da família, mas muitas vezes por falta de resolubilidade de outros setores, como por exemplo, a falta de saneamento básico de um determinado local (JUNQUEIRA, 2000).

O depoimento do entrevistado 5 traz um entendimento em relação à resolubilidade dos problemas, diferente dos demais entrevistados.

[...] nem tudo eu posso resolver, mas eu tenho como ajudar, numa marcação de exame fora da unidade, no CERAJE, é uma coisa que eu posso resolver com um outro colega lá fora que não tem nenhum relacionamento com o PSF e dessa forma eu tento sempre é aumentar a minha resolutividade aqui dentro (**GRUPO I, ENT 5**).

O que é reforçada por Peduzzi (2001, p. 5), pois,

nem sempre as equipes mantiveram uma relação harmônica, mas precisam desatar os nós que de uma certa forma atrapalha o processo de trabalho; afinal, “a equipe responde pela obtenção dos resultados esperados frente às necessidades de saúde de cada usuário, família e comunidade”.

O depoimento do entrevistado 5 difere no sentido que o trabalhador de saúde prefere se articular com pessoas de seu convívio a ter que fazer a intersetorialidade acontecer. Essa interação entre serviço é importante, de modo a poder dar as respostas que os usuários esperam.

E o trabalho em equipe? Ele deixa bem claro que: “não tem nenhum relacionamento com o PSF”. Mostra uma visão reducionista do processo de trabalho, ao desconsiderar os vários saberes que permeiam a equipe – usuário e serviço.

Como vemos, a complexidade do trabalho na saúde requer responsabilização, de modo a buscar parcerias com outros setores para a resolubilidade ou até mesmo para amenizar a necessidade detectada pelas equipes. No entanto, no depoimento do entrevistado 5, percebemos que a busca das articulações ainda é realizada individualmente e não de forma institucional como indica uma política intersetorial.

Esse é realmente um momento de transição dos serviços de saúde, procurando seguir a direção de um modelo de atenção mais equânime, de modo a dividir com outros setores a atenção e as responsabilidades dessas mudanças necessárias (JUNQUEIRA, 2000).

Outrossim, o trabalho desenvolvido em equipe, muitas vezes, facilita a construção de trabalho coletivo, com articulação entre sujeitos e setores em busca do estabelecimento de vínculos entre trabalhador de saúde e usuário, e que pode se desenvolver em vários os níveis, aqui destacados.

O primeiro nível dessa relação é o do reconhecimento: reconhecimento do outro como par, como interlocutor, com direito a existir e emitir opiniões. **O segundo** é o do conhecimento quem é o outro e como vê o mundo. **O terceiro** é o da colaboração: depois de conhecimento o outro criam-se vínculos de reciprocidade e colaboração (FEUERWERKER; SOUSA, 2000, p. 51).

Portanto acreditamos que para se trabalhar em equipe é preciso tornar-se permeável, aberto para uma reflexão crítica e aos novos conhecimentos a partir da troca de saberes, por isso se tornou equipe.

Mais uma vez ao citarmos o depoimento do entrevistado 5, fica evidente o problema da fragmentação dos serviços de saúde, demonstrado claramente no trabalho isolado dos demais membros da equipe, sem a utilização de uma política mais abrangente, voltada para uma integração entre serviços ou setores.

Segundo Mendes (2001), a fragmentação dos serviços, ocorre pela ausência de integração e pela ineficiência de comunicação intra-setorial, e entre outros seguimentos sociais.

Nesta perspectiva, os depoimentos dos entrevistados 15 e 21, reforçam como dificuldade a fragmentação dos serviços de saúde em relação a intersetorialidade.

No que diz respeito à resolubilidade, assim dentro do que a gente pode, enquanto Equipe de Saúde da Família, enquanto recurso disponível né, seja esse recurso humano, seja recurso material, seja a favor do que agente trabalha na unidade, dentro dessa nossa limitação a gente faz questão de tentar resolver as coisas, assim paciente chega com problema, a gente pode até citar um fato hoje de manhã, a paciente chegou, desmaiou na unidade, tentamos entrar em contato com outros setores e os setores infelizmente não puderam ajudar, já ocorre essa quebra, a questão da intersetorialidade falha [...] então, a gente tentou manter essa paciente aqui dentro até que melhorasse (**GRUPO I, ENT.15**).

[...] os exames mesmo marca fora da unidade, pra resolver os problemas fala que precisa ser junto com outros serviços, eles só às vezes não consegue, a gente não tem como esperar, nem tempo pra ir lá sempre, acaba não resolvendo e morrendo (**GRUPO II, ENT.21**).

De certa forma, existe uma insatisfação presente tanto no cotidiano dos trabalhadores de saúde quanto dos usuários em relação à atenção prestada, pois nem sempre conseguem dar resolubilidade, e, às vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, de modo que nem sempre as ações dão respostas aos problemas de saúde.

Destacamos assim, não apenas o depoimento do entrevistado 15, mas também, uma situação observada por nós no início do processo de trabalho da enfermeira na consulta de pré-natal. Ela relata o que ocorreu durante o período de observação, em que nos deparamos com a falta de suporte para transportar a gestante ao hospital. Ainda assim, com alguns limites enfrentados, como a falta de papel para forrar a maca e a inexistência de transporte, o trabalhador de saúde desenvolveu uma prática na perspectiva da humanização, ao ouvir e, conversar com a gestante, além de realizar os procedimentos técnicos como aferir a pressão arterial, batimentos cardíacos, condições de membros inferiores. Então, apesar de não ter podido trabalhar a intersetorialidade, pôde prestar uma assistência de qualidade, acolhedora.

Segundo Feuerwerker e Costa (2000, p. 28),

de modo geral, percebe-se que a consciência da ação setorial está mais clara no setor saúde. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde – tais como saneamento básico e urbanização – e da importância setorial diante de problemas como a morbidade e mortalidade por causa externas, fazem com que o setor de saúde esteja mais mobilizado para propor a ação e a articulação intersetorial.

Portanto, existe a necessidade de estar-se analisando a forma como são organizados e prestados os cuidados à saúde do usuário, para que possa mudar a forma fragmentada e excludente de atuação aos problemas, de modo que os trabalhadores de saúde possam realmente, por meio da estratégia da intersetorialidade, dar resposta a esses problemas.

Além do mais, é preciso que consideremos os usuários, pois é importante que eles participem ativamente, das decisões que lhes dizem respeito, ou seja, “a população deve ser considerada sujeito e não objeto de intervenção” (JUNQUEIRA, 2000, p. 43)

Os depoimentos 2, 9, 15, 18 e 21 se complementam no sentido de entender que em espaços pequenos as soluções precisam ser dadas, diante do surgimento de potencialidades e criatividade para a resolubilidade de problemas. O que vem quebrar a cadeia que sustenta velhos problemas presentes no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde, como por exemplo, a onipotência do saber dos trabalhadores de saúde, favorecendo para dar respostas em consonância com as expectativas dos usuários. Pois, pelos depoimentos, a intersetorialidade voltada para uma articulação com a resolubilidade, parece ser um grande potencial na articulação de saberes, embora ainda revele uma confusão operacional.

Por isso, defendemos um desenvolvimento do processo de trabalho, tendo o usuário/família como sujeitos do processo, e não como objetos de intervenção, invertendo a

lógica da política social, que vai além da visão da carência, do suprimento das necessidades individualizadas, mas ampliada para direitos dos cidadãos a uma vida com melhor qualidade.

Dessa forma, o depoimento do entrevistado 6 vem reforçar esse entendimento, ao afirmar que

[...] espera que a gente tenha condições de trabalhar dessa forma com condição de referência, contra-referência, em condição de ter uma integralidade, de ter uma intersetorialidade [...] um trabalho social que tenha condições de resolver melhor as questões trazidas pelos usuários, e com eles, agindo juntos, ta realmente fazendo um atendimento integral, tendo um cuidado integral (**GRUPO I, ENT. 6**).

Percebemos neste depoimento, a idéia da construção do novo, com inserção dos sujeitos no projeto de trabalho, para construção desse novo modelo de assistência voltada para a tecnologia das relações como sustentação da atenção à saúde, com a finalidade de tentar superar a forma como estão organizadas as práticas de saúde, de modo que possibilitem a criação de novos espaços de interlocução e escuta que viabilizem maior compartilhamento de soluções.

Durante o trabalho de campo, observamos que no serviço de odontologia de algumas USF quando recebem um usuário que precisa de um tratamento mais complexo, ele é referido ao centro de odontologia do Município, e já sai do consultório agendado, mostrando assim que o serviço de referência, contra-referência, em alguns serviços funciona.

O Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2005) mostra a intenção de trabalhar ancorado na referência e contra-referência na garantia do acesso através da referência e contra-referência aos serviços hospitalar, ambulatorial especializada, quando necessário (DOC. 2).

O que é reforçado por Junqueira (2000), ao afirmar que os mistérios que envolvem a realidade social e as incertezas advindas do imenso universo e das particularidades que compõem a singularidade do adoecer humano requerem criatividade e compreensão para buscar soluções de maneira compartilhada entre os setores.

Isso se torna uma preocupação expressa pela fala dos entrevistados ao demonstrarem a necessidade de incorporar tecnologias para o desenvolvimento de um trabalho por meio da escuta e compreensão do outro, de forma a que o atendimento vá além da atenção à doença.

Segundo Salazar (1999, p. 14),

a saúde foi definida como o resultado da capacidade dos povos para criar e manter ambientes saudáveis. Isso significa que a responsabilidade pela saúde transcende o setor saúde e a atenção à doença, e implica em ações e alianças que comprometem a outros setores e instituições.

Portanto, ao considerarmos a saúde como um bem social, a articulação entre os serviços de saúde e outros setores poderá oferecer potencialidades na concretização de práticas democráticas, universais e de qualidade. O que nos leva a compreender o processo de trabalho a partir de uma “articulação de instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais” (JUNQUEIRA, 2000, p. 39).

O depoimento do Ent. 13 traz em suas entrelinhas idéias envolvidas com a superação de problemas sociais:

[...] a população nossa ela é muito assim carente, a condição sócio-econômica é muito baixa mesmo, então essa questão econômica agente não vê assim ainda nada de resolubilidade, nem em articulação com outros setores [...] teria que ter um envolvimento de todos os setores, ai agente percebe que não ta sendo uma resolubilidade de fato (**GRUPO I, ENT. 13**).

Isso nos chama atenção para a necessidade de se estabelecer relações entre os sujeitos sociais, com objetivos compartilhados, de modo a respeitar a individualidade e a autonomia, o que contribui para que os setores possam desenvolver seus saberes e compartilhem com os serviços de saúde de forma integrada em prol dos interesses individual e coletivo.

Segundo Feuerwerker e Souza (2000, p. 51),

[...] é bem verdade que o processo de trabalho em rede exige, por parte dos atores sociais envolvidos nessa tarefa, o exercício permanente de revisão de valores, atitudes e compromisso, base para a disposição de construir e partilhar conhecimentos e saberes.

Nesse sentido, percebemos dificuldades de compreensão e efetivação da nova atenção à saúde em alguns depoimentos. Mas, concretamente, vemos que há necessidade de mudança e de articulação com outros setores e políticas sociais, para o desenvolvimento do trabalho em saúde compartilhado e humanizado, com responsabilização e vínculo entre os serviços de saúde, usuário/família/comunidade.

A seguir destacamos as atividades desenvolvidas pelos sujeitos nas Unidades Saúde da Família do PSF em Jequié-Bahia.

4.2.1 Educação em saúde no PSF: da dominação à libertação, um caminho a ser construído na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde

A construção de um sistema de serviços de saúde deve estar em consonância com um processo social e político desenvolvido com políticas públicas voltadas para saúde e educação. Todavia, essas políticas devem responder aos interesses e necessidades da população, assim como considerar o trabalho como um princípio educativo, sustentado em uma base crítica e libertadora, pois caso contrário, o trabalhador de saúde e o usuário não conseguirão compreender a saúde como uma produção social mesmo que permeada da complexidade do seu desenvolvimento.

A Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação do trabalhador de saúde e o pensar e fazer cotidiano da população (VASCONCELOS, 2001). O que significa uma estratégia em que o conhecimento científico se desenvolve no campo da saúde atingindo a vida do dia-a-dia das pessoas a partir do entendimento dos condicionantes do processo saúde-doença que favorece para adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

No PSF, a Educação em Saúde deverá ser uma prática exercida não só pelos trabalhadores de saúde das ESF e os usuários, mas também com a comunidade, no sentido de identificar situações de risco à saúde e o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, a partir de processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

A articulação desta prática num trabalho de parceria deverá romper com a verticalização dessa relação trabalhador de saúde-usuário ao valorizar as trocas de experiências, as iniciativas tomadas pelos trabalhadores de saúde e usuários. Como vemos, de certa forma, tal experiência vai se contrapor com as práticas educativas tradicionais, a partir do momento em que reconhecemos o usuário como portador de saberes, capaz de estabelecer um diálogo com os trabalhadores de saúde em relação ao seu autocuidado, assim como o desenvolvimento de uma concepção crítica a partir da sua realidade vivenciada, inclusive, com propostas a novas estratégias para conseguir sua real qualidade de vida.

Nessa perspectiva, os seguintes depoimentos apontam nessa direção:

A gente tem reunião de equipe, explica o serviço, faz educação em saúde para participação e interação com a equipe e ficar mais engajado do cuidado prestado a ele, e fazer uma troca de experiência do usuário com a equipe (**GRUPO I, ENT. 1**).

[...] a gente busca estratégias, porque os problemas eles vão existir sempre, mas com a educação em saúde que é feita, a gente busca alternativas juntos, que possam minimizar aqueles que realmente afeta e outras estratégias que possam estar ajudando a gente a caminhar [...] então o povo consegue entender muita coisa com a educação em saúde, é ainda uma atividade positiva (**GRUPO I, ENT. 15**).

Como podemos perceber, os depoimentos dos entrevistados 1 e 15 traduzem a educação em saúde não apenas como uma simples atividade no serviço de saúde, mas uma estratégia capaz de orientar as práticas de saúde.

Portanto, há assim uma convergência entre eles, no sentido de mostrar a importância da educação em saúde, entendendo-a como um processo dinâmico que envolve a relação trabalhador de saúde e usuário/família, ao reconhecer o envolvimento das duas partes e considerar que são sujeitos que estão inseridos num contexto social com seus aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos.

O diálogo entre o trabalhador de saúde e usuários, no entendimento desses dois trabalhadores de saúde, os usuários são considerados sujeitos das práticas de saúde, portanto, eles deverão ser valorizados em seu saber, de acordo com sua realidade, suas crenças, hábitos e condições de vida, mas muito expressivo para o serviço, onde todos serão envolvidos, [trabalhadores de saúde e usuários], atuando juntos, mesmo com representações diferentes (BRICEÑO-LÉON, 1996).

Esta forma dialógica passa por uma perspectiva de Educação que incentive o desenvolvimento da autonomia do usuário a partir não só do conhecimento técnico, mas uma forma abrangente de entender a saúde.

Isto implica na formação de indivíduos que tenham a capacidade de decidir sobre a saúde, nos aspectos de promoção, manutenção e recuperação da sua saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2003).

Ainda em relação aos depoimentos dos entrevistados 1 e 15, a necessidade de enfrentar problemas de saúde se depara com a integração do saber técnico e saber popular, porque “a educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas aí realizadas” (VASCONCELOS, 2001, p. 30).

O Relatório de Gestão do Município de Jequié (JEQUIÉ, 2005), faz referência à intenção de reorganização das práticas sanitárias no município, diante da preocupação com trabalhos desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família direcionados à educação em saúde, pois têm o propósito de promover qualidade de vida da população, de modo a

contribuir para a cidadania e o desenvolvimento sustentável, tornando as pessoas multiplicadoras (DOC. 2).

Contudo, apesar dessa intenção, as ESF ainda enfrentam obstáculos no seu processo de trabalho para o desenvolvimento dessa atividade, a começar pelo excesso de famílias nas áreas de abrangência sob a responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (DOC. 2), o que, de certa forma, interfere na prática de educação em saúde numa perspectiva de acolhimento, vínculo responsabilização e resolubilidade no cuidado à saúde.

Embora a educação em saúde seja inerente à proposta do PSF, ela tem uma finalidade mais abrangente, porque poderá ajudar na (re)construção da vida dos usuários a partir do momento em que satisfaz suas necessidades. Assim, a ênfase dada à escuta é importante tanto para o trabalhador de saúde como para o usuário, pois poderá resultar numa maior capacidade de intervenção em relação às necessidades dos usuários.

Os obstáculos apontados na operacionalização da educação em saúde no Doc.2 são reforçados nos depoimentos dos entrevistados 5 e 6 a seguir:

[...] um limite de atender, mas a gente sempre tem mais, nós temos inscritas aqui cerca de 1300 famílias, mais que o preconizado, e isso geram grandes problemas. [...] porque você não pode trabalhar como você gostaria para o usuário, porque quando você ta aqui com 10, 15 minutos com um, muitas vezes você tem que fazer um pouco mais pra atender um outro que ta esperando e que não conseguiu ser triado, ser encaixado naquele atendimento, então Educação em Saúde, aquela troca de entendimento com os pacientes, fica difícil (**GRUPO I, ENT. 5**).

[...] organizamos nossa demanda, para que possamos atender de maneira mais organizada, mas a gente não pode se limitar só àquela demanda, tem muito mais família; mais que o limite, aí fica difícil (**GRUPO I, ENT. 6**).

Apesar de a Educação em Saúde ser considerada pelos trabalhadores de saúde entrevistados uma atividade importante no PSF diante da possibilidade do encontro entre trabalhadores de saúde-usuário, vemos que nos depoimentos 5 e 6 esse momento de encontro trabalhador de saúde e usuário tem se mostrado comprometido pelo excesso de famílias cadastradas, ficando um fluxo intenso na unidade, o que compromete não só a atenção integral, mas também a relação interpessoal que se pretende estabelecer entre os envolvidos.

A prática de educação em saúde não precisa necessariamente de um espaço restrito e definido para sua concretização, mas há a necessidade, sim, de oportunizar contatos entre trabalhadores de saúde e usuários para construção de um modelo assistencial capaz de acumular experiências contra-hegemônicas, mediante a troca de saberes diferenciados, valores, crenças, cultura entre o usuário/família e os trabalhadores de saúde.

Conseqüentemente, o desenvolvimento da educação em saúde nos serviços depende da troca de conhecimentos de novas formas de agir e produzir saúde voltada para a integralidade, de modo que os espaços sejam preenchidos por diferentes perspectivas e interesses variados dos envolvidos (PINHEIRO; LUZ, 2005), os quais poderão influenciar na sua construção.

Mediante o desafio posto, o desenvolvimento da estratégia da educação em saúde no processo de trabalho no PSF revela que, de certa forma, exige-se que os trabalhadores de saúde, desenvolvam dispositivos dinâmicos e flexíveis, para “escutar” (CECÍLIO, 1999), no sentido de poder trabalhar essas trocas de experiências que se estabelecem durante o processo de trabalho.

Nessa perspectiva, Arroyo (2001, p. 7) coloca que

[...] devemos recuperar a educação como diálogo de sujeitos. [...] os sujeitos devem ser vistos como agentes que têm sua história, trajetória, cultura e valores. [...] a educação problematiza a própria vida humana. [...] educar é trabalhar com a totalidade das dimensões do sujeito e não apenas com aspectos específicos como comportamento, habilitação para o trabalho, qualificação para o mercado, ou ainda conscientização política. [...] o objetivo é formar sujeitos conscientes e éticos.

Assim, é preciso que consideremos o processo de Educação em Saúde não como uma transmissão de informações, mas um fazer com que as pessoas envolvidas vejam-se também sujeitos do processo, capazes de raciocinar, levando-os a estabelecer uma consciência crítica e reflexiva diante do que ocorre no seu dia-a-dia.

Entretanto, para que isso aconteça, é necessário que entendamos que isso é um exercício que deve ser trabalhado pelos trabalhadores de saúde, para que possam desenvolver estratégias que façam com que os usuários sintam necessidade de participar desse processo, que se sintam estimulados a pensar e refletir sobre seu próprio modo de andar a vida.

No depoimento do entrevistado 11 a seguir, há um paradoxo nesta afirmação:

[...] o cliente chega. [...] acha que se ele chegar com autoridade todo mundo tem que atendê-lo, a gente quer envolver ele naquele momento de educação em saúde, ele é resistente. [...] mas a gente também tem a nossa autoridade, dizer que ali também tem ordem, aí começa aquele impacto entre o cliente e o funcionário, que poderia ser evitado, acha que se a gente fosse mais receptiva, ouvisse mais, tivesse um pouquinho mais de equilíbrio para ouvi-lo, se “a gente” fosse mais preparado (GRUPO I, ENT. 11).

A partir do momento em que trabalhador de saúde e usuário tenha a mesma aspiração, interesse e motivação no trato com a saúde, é possível que se reverta essa situação. Porque o processo de educação em saúde não pode ser uma coisa imposta pelo serviço de saúde, até porque, se nos reportarmos ao contexto histórico em que surgiu a educação em saúde,

veremos, segundo Vasconcelos (2001) que a população não vivenciava uma educação em saúde pautada no diálogo, mas uma educação autoritária e normatizadora, no sentido de apenas estruturar as ações educativas para informar a população em geral as principais doenças, orientando sobre o que podia ou não fazer em relação ao surgimento das doenças.

Essa realidade, de certo modo contribuiu para que a população não acompanhasse a evolução do conceito de saúde. Ainda nos deparamos com serviços de saúde que têm trabalhadores que também não conseguem acompanhar essa mudança, colocando-se sempre distanciado desse processo, como mecanismo de defesa, frente a uma reação autoritária, não dialógica.

No momento em que estávamos no campo de pesquisa, observamos o desenvolvimento de uma prática de educação em saúde acompanhado de um roteiro estabelecido sobre o assunto determinado pelos trabalhadores de saúde. Nesse dia, na unidade de saúde da família as atividades estavam direcionadas ao serviço de hipertensão e diabetes realizadas tanto pela enfermeira quanto pelo médico, que naquele momento deveriam fazer a consulta daquele usuário do programa. Entretanto, coube a auxiliar de enfermagem falar na sala de espera para os que aguardavam esse atendimento, sobre a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança.

O momento foi interessante, porque pudemos ver que a programação de educação em saúde não tinha sido adequada para aqueles usuários diante de suas necessidades. Notamos que eles (os usuários) olhavam entre si, aparentemente apáticos, indiferentes. Nesse momento, uma usuária levanta a mão para perguntar: “eu queria saber outra coisa, é quando tomo o remédio da pressão fico com muito sono, muito mole, não consigo controlar, isso é normal?” A auxiliar responde: “gente silêncio, olha hoje estamos falando sobre aleitamento materno, na próxima semana podemos então falar sobre hipertensão, quando você entrar para ser atendida converse isso com a enfermeira”.

Como podemos notar, a prática de educação em saúde, em alguns momentos, encontra-se atrelada a uma programação estabelecida pela equipe, de certa forma, de modo autoritário e não desenvolvida a partir das necessidades ou interesses dos usuários/família.

Comumente ouvimos experiências sobre a organização das ações educativas com reflexos na deficiência de sua operacionalização, uma vez que as discussões frente aos referenciais teóricos são pouco aprofundadas pelos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, no seu fazer nos serviços de saúde, encontrando-se uma prática a partir de “ordens”, o que poderá aumentar o distanciamento entre trabalhadores de saúde e usuários,

interpondo algumas barreiras intransponíveis para a efetivação do cuidado integral à saúde individual e coletiva.

Mas, com a perspectiva de uma atenção integral, a educação em saúde não poderá ser pautada nessa visão autoritária e tradicional. É o que podemos perceber nos seguintes depoimentos, que convergem para o entendimento de educação em saúde, como forma de estimular e facilitar uma reflexão por parte dos usuários mediante a escuta, ajudando o outro a “se expressar e satisfazer suas aspirações e não estabelecer relações mecanizadas, sem interação; relações a partir do diálogo, de uma aproximação verdadeira” (RODRIGUES, 2004, p. 29).

[...] você dar uma palestra, fazer uma orientação em relação o que pode ser evitado, não só isso, mas faz com que os pacientes consigam também ajudar no cuidado. [...] uma forma melhor de vida. [...] as vezes eles não aceitam, mas depois eles entendem que na realidade é um bate-papo, e não ficar ali só ouvindo o que agente fala. [...] então eles aprendem muito e nós também (**GRUPO I, ENT. 10**).

[...] o importante é trabalhar com base na educação, é isso que espero, para conscientizar as pessoas enfatizando o real significado de saúde, e o que eles entendem sobre [...] intenção em uma qualidade de vida. [...] e que deixem de cobrar mais a produtividade sem qualidade, e cobre mais o atendimento baseado nas relações entre o profissional, usuário e família [...] isso a gente consegue com Educação em Saúde. (**GRUPO I, ENT. 14**).

Divergentemente dos depoimentos dos Ent. 10 e 14, observamos uma atividade de educação em saúde como se fosse um monólogo desse trabalhador de saúde na sala de espera, aqui relatada: os usuários vão chegando ao serviço e se acomodam na sala de espera para o atendimento; enquanto não são atendidos, a auxiliar de enfermagem começa a falar sobre problemas respiratórios, mas eles não têm a oportunidade de se expressar, ficam apenas ouvindo e, aparentemente ansiosos para fazer a consulta apazada a iniciar às 08h30min daquela manhã.

Apesar de compreendermos a importância da educação na condução do processo de trabalho, como forma de nortear o desenvolvimento das práticas, ainda nos deparamos com uma educação alienante, no qual o usuário é considerado um objeto, ao desconhecer sua capacidade crítica de transformar a realidade.

O depoimento do entrevistado 27 mostra justamente esta barreira encontrada em alguns serviços de saúde.

[...] aqui é assim, eles tão sempre explicando as coisas, a gente ouve tudo, e procura fazer da mesma forma que eles falam. [...] é uma coisa muito boa, se dá bem. [...] o que eles falam entra aqui na cabeça, é lei (**GRUPO II, ENT. 27**).

Diante deste depoimento, comungamos com Rodrigues (2004), que o homem não consegue desenvolver sua consciência crítica e reflexiva, ficando à mercê das decisões dos trabalhadores de saúde, dentro de uma política que exclui, e de certa forma anula o propósito de transformação, e [os sujeitos] acabam se contentando com a realidade que vive apenas aceitam passivamente.

Cabe salientarmos, que ainda existem pessoas com um grau de dificuldade em trabalhar com uma proposta reflexiva, problematizadora, o que também, de certa forma, condiciona os usuários a viverem sustentados no que o serviço determina até porque a relação de confiança está estabelecida a partir do vínculo que já existe. Então fica o processo com uma forte influência da educação bancária, ou seja,

[...] a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. Em lugar de comunicar-se o educador faz comunicados e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção bancária da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los. [...] (FREIRE, 2002, p.58).

Assim, ao confrontarmos o depoimento do Ent. 27 com as idéias de Freire (2002), o trabalho desenvolvido mostra que “de um lado, têm-se os detentores do saber e, de outro, os que nada sabem, tornando a educação um ato de depósito, transferência e transmissão de valores e conhecimentos” (RODRIGUES, 2004, p. 62).

A Educação em Saúde, dentro de um processo de trabalho que se utiliza da tecnologia leve para desenvolvimento de suas atividades, deve revelar uma dinâmica de novas possibilidades ao permitir a “introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado” (MERHY, 2004, p. 39), que percebe esse usuário como ser humano, ser único, vestido de uma estrutura histórica, tomado por suas capacidades, incertezas e habilidades, para que possam utilizar todas essas características para sua transformação social.

De modo que a educação não pode deixar de lado todo o contexto social em que o ser humano está inserido, pois é a partir desse contexto que poderão surgir práticas propositivas com que se possa vislumbrar “possibilidade e/ou limites para transformação da realidade” (RODRIGUES, 2004, p. 33).

Outrossim, a educação em saúde acaba, direta ou indiretamente, rompendo com a cadeia de cuidados progressivos à saúde de forma verticalizada, pois poderá permitir articular o cuidado, gestão e a formação de recursos humanos no processo de trabalho que quando articulados, levam-nos a entender a capacidade comunicativa e dialógica dos trabalhadores de

saúde, que vem propiciar a adesão dos usuários junto ao processo de trabalho, o que fortalece a relação intercessora estabelecida.

Com isso, percebemos que

A Educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disso, ela é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 2001, p.30).

Portanto, diante deste entendimento sobre a produção de saúde como uma relação entre os trabalhadores de saúde e usuários, a busca por uma forma diferente de alcançar essa produção passa o compromisso desses sujeitos envolvidos por uma relação acolhedora, que pode ter a educação em saúde como o momento propício para esta relação.

O depoimento do Ent. 27 é divergente dos depoimentos 1, 10 e 15, confrontados a seguir: “[...] faz educação em saúde para participação e interação com a equipe [...]” (ENT. 1); “[...] com a educação em saúde que é feita a gente busca alternativas juntos [...]” (ENT.10); “[...] faz com que os pacientes consigam também ajudar no cuidado [...]” (ENT.15), pois se mostram contraditórios ao que pensa e como trabalham nos serviços de saúde, de modo que, ao contrário do entrevistado 27, que explicita uma educação bancária, tradicional e alienante. Os referidos depoimentos convergem com uma proposta libertadora, problematizadora, entendendo o ser humano como sujeito do processo, dono de aspirações, vontades, crenças e valores, que precisam ser respeitados, o que faz com que eles se sintam inseridos no processo de transformação de sua realidade a partir de uma consciência crítica e reflexiva.

Segundo Freire (2002, p. 67),

[...] se pretendemos a libertação dos homens não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.

Por outro lado, constatamos que durante a consulta realizada, o trabalhador de saúde manteve com o usuário (criança) uma relação acolhedora, responsável, ao mesmo tempo que desenvolveu atividade de educação em saúde. Momento também aproveitado pelo trabalhador de saúde para interagir com a mãe da criança, ao pesquisar sobre os hábitos alimentares do seu filho, numa articulação entre o cuidado de saúde à criança e a educação à saúde.

Portanto, a educação pode ser compreendida como uma forma de mediação entre os sujeitos de modo a buscar condições de trabalho a partir de uma estratégia para construção da democracia.

Além disso, devemos dar importância ao desenvolvimento de uma concepção social de saúde, que ao ser desenvolvido no dia-a-dia do usuário/comunidade, seja percebida como uma possibilidade e como uma forma de intervenção ou transformação da realidade, a partir de uma construção do sujeito “tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento ‘operar’ seu próprio modo de andar a vida” (MERHY, 2004, p. 21).

Embasada em Rezende (1984, p. 133), entendemos que, para haver transformação das práticas de saúde, é necessário que haja uma educação em saúde que leve

[...] ao exercício de vivenciar e refletir sobre seu contexto, não alheado dele, mas com discernimento suficiente, para mergulhar-se e distanciar-se; o que pode fazer com que o ser humano se aproprie de sua realidade, seja capaz, desvelando-a, de criticá-la, ultrapassá-la, ir mais longe e, aí, modificá-la.

Por outro lado, o relatório da IX Conferência Nacional de Saúde aponta algumas questões em relação à implementação de uma política voltada para capacitação dos trabalhadores de saúde que contemplam aspectos éticos, técnicos, legais e de comunicação interpessoal relacionados à atuação profissional, numa perspectiva da humanização do serviço de saúde, de modo a ampliar o poder resolutivo dos serviços e garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2001).

O depoimento a seguir já direciona para essa necessidade.

[...] além do número excedente de famílias, a ausência de capacitação e o município não ta investindo nisso, isso dificulta nosso trabalho, as coisas acontecem treinamentos, cursos, mas não participo. [...] com certeza as equipes não vão adiante, vai cair na mesmice e perder o crédito da população, cair no descrédito (**GRUPO I, ENT.12**).

A necessidade de uma educação permanente em saúde é percebida claramente no depoimento do entrevistado 12. Educação que deve vir a partir de demandas locais, contextualizadas nas práticas dos trabalhadores de saúde.

Contudo, a satisfação dessa necessidade passa pela construção de uma política nacional de formação para os trabalhadores de saúde, desenvolvida por meio do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (RODRIGUES, 2004), de modo a elaborar projetos com intenção de propor mudanças das práticas de saúde, a partir da possibilidade da produção de novos conhecimentos (BRASIL, 2004), com a finalidade de melhor preparar os

trabalhadores de saúde para criarem estratégias de enfrentamento dos problemas identificados e vividos pelos usuários.

Todavia, lembramos que a qualificação da atenção à saúde depende da formação pessoal, de certo domínio das tecnologias que leve à qualificação da atenção individual e coletiva, pois, à proporção que vão surgindo novos enfoques teóricos na área da saúde passam então a exigir novos perfis profissionais (BRASIL, 2003).

Desse modo, a formação profissional não se restringe apenas aos aspectos clínicos, mas deve considerar também o atendimento às necessidades de saúde dos usuários/família/comunidade, que englobem os aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento, no sentido de poder transformar as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, a partir da problematização, no seu processo de trabalho, no acolher e cuidar das necessidades de saúde desses usuários/família/comunidade (CECCIN; FEUERWERKER, 2004).

Parafraseando Merhy (2002), entendemos que o processo de trabalho consiste na transformação da natureza pelo ser humano enquanto produção social, o que pode extrair disso a importância de uma educação em saúde libertadora e construída a partir da realidade que se mostra, e que pode ser desenvolvida durante esse processo, atrelada às tecnologias leve, em consonância com a intenção de acolher, de vincular. Enfim, compreender o ser humano nas suas especificidades, com seus anseios, procurando desvelar os valores que contribuirão para a sua transformação social.

Essa é uma perspectiva que se revela em alguns depoimentos, como podemos ver:

[...] a gente aqui no distrito, o serviço tá funcionando, as vezes falta médico, mas sempre tem atendimento [...] **eles tão sempre explicando tudo, nunca sai sem orientação**, eu espero isso que continue, **a educação em saúde mesmo não pode parar, o povo tá mais esclarecido das coisas, não precisa ir na cidade pra isso** [...] (GRUPO II, ENT. 24)

O depoimento do entrevistado 24 mostra a importância da educação em saúde ao destacar sua evolução, o que tornou os usuários mais independentes na condução de suas vidas, não ficando mais dependentes apenas dos serviços de saúde, seja na zona urbana ou na zona rural.

As perspectivas, o meu anseio é ver o PSF que eu li nos manuais do Ministério acontecer na prática. [...] **a parte da educação em saúde mesmo, tem que ser trabalhada para fazer com os nossos pacientes descubram seu valor, vejo o que ele também pode fazer por ele e comunidade**, e não só as palestras, falando como evitar as coisas, essa é a proposta nesse sentido. [...] minha perspectiva é essa, claro que não é querer demais, pois se alguém idealiza é porque ou já conferiu de algum lugar que deu certo, não é? Alguém idealiza algo que é viável (GRUPO I, ENT. 20).

A concepção que emana do depoimento do Ent. 20, a educação em saúde se soma com as demais diretrizes do PSF, ao entender o processo como ponto importante no sentido de fazer com que o usuário se veja como sujeito participativo da sua realidade e não como mero coadjuvante, reconhecendo seu valor e suas especificidades, capazes de despertar sua capacidade crítica e reflexiva.

É também possível perceber que esse entrevistado acredita na proposta já estabelecida como uma das atribuições da ESF, no sentido de desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BAHIA, 2001), vislumbrando a valorização do usuário visto como sujeito do processo de trabalho na perspectiva de um cuidado integral.

Enquanto discente do curso de Enfermagem, tivemos uma formação subsidiada em uma pedagogia tradicional, voltada mais para as questões técnicas, enquanto a educação em saúde era mostrada de forma superficial pelas disciplinas, porém acreditamos que ela [educação em saúde] está implícita em todas as atividades de saúde (assistencial, gerencial e educacional) tanto no modelo clínico quanto na saúde coletiva.

Hoje, mesmo com a vagareza do processo de mudança, como docente do Curso de Enfermagem, vemos que algo mudou para melhor, no sentido de discutirmos mais abertamente nas disciplinas as questões relacionadas com a educação em saúde, numa perspectiva da educação libertadora surgida a partir dos problemas vivenciados e da realidade apresentada pelos usuários/família. Todavia, ainda nos deparamos com serviços de saúde nos quais os trabalhadores continuam com um discurso tradicional, operacionalizado no PSF de Jequié apenas no momento da sala de espera, por um determinado trabalhador de saúde e não como trabalho de equipe. Comunicações feitas de forma mecânica, impositiva, sem qualquer interação com o usuário, com o objetivo apenas de prevenir doenças ou orientar procedimentos aqui explicitados no momento de observação, que iniciou com a sala de espera, quando o trabalhador de saúde falava e os usuários apenas ouviam, ou seja, muitas informações recebidas, sem reflexões, e sem interação entre trabalhador e usuário.

Entretanto, no depoimento do entrevistado 20, o trabalhador de saúde já consegue entender de que forma a educação em saúde deve ser desenvolvida, e vai mais adiante, quando acredita que a educação libertadora pode e deve ser desenvolvida, e entende que o trabalhador de saúde deve partir dos saberes dos usuários, pois “no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza” (VASCONCELOS, 2001, p. 15).

Por outro lado, vemos a preocupação desse trabalhador de saúde com o processo de construção do conhecimento. Aí reportamos a idéia de Freire (2000), quando nos faz entender e concordar que o educador, aqui no caso é o trabalhador de saúde deve ser revolucionário, ao valorizar a educação em saúde, enquanto uma estratégia para levar os usuários a pensarem criticamente a realidade, com o objetivo de superar a consciência ingênua.

Para tanto, Merhy (1997) lembra que os usuários possuem uma forma de perceber seus problemas de saúde, diferente dos trabalhadores, que muitas vezes, utilizam-se de saberes científicos e desconsideram a cultura, os valores, as crenças, anseios, as aspirações sobre as questões do processo saúde-doença. Então fica claro que há necessidade de se estabelecer uma relação entre esses trabalhadores de saúde e usuários, no sentido de desenvolverem uma prática da educação em saúde voltada para o que o usuário “sente” como problema, pois esse processo se desenvolve não apenas com os conteúdos científicos que o trabalhador incorpora, mas principalmente, com a realidade exposta pelo usuário/família.

É dessa forma que podemos vislumbrar um cuidado integral, entendendo que a educação em saúde pode ser vista como uma das estratégias do cuidado, ao tornar o usuário mais independente, ativo e com total capacidade de intervir na sua saúde, nos processos decisórios da sua vida, ao mesmo tempo em que estará apto em criticar, avaliar e decidir sobre seu modo de andar a vida.

4.2.2 Visita domiciliar enquanto uma atividade do cuidado à saúde numa atenção focalizada

Ao implementar um programa de saúde dirigido à família, torna-se necessário que conheçamos seu modo de vida, a comunidade em que vive, a cultura, as crenças e os padrões de comportamento. Para tanto, a visita domiciliar (V.D.) pode ser considerada como um dos instrumentos de compreensão desse modo de vida.

A partir do momento em que os trabalhadores de saúde do PSF, por meio da V.D. conhece a realidade do usuário/família *in loco*, haverá uma oportunidade de ajuda no fortalecimento de vínculos entre si, assim como poderá também facilitar o estreitamento da relação entre serviço de saúde e comunidade, pois nas ações de saúde na V.D., todos os sujeitos são responsáveis pela sua efetivação-trabalhador de saúde e usuários (indivíduo/família).

As atividades desenvolvidas no ambiente familiar visam contribuir com o usuário e família no sentido de desenvolver sua capacidade crítica e reflexiva em relação à realidade em que vivem.

Neste sentido, tal afirmativa reforça o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), em relação à responsabilidade de todos na execução da visita domiciliar, diante dos depoimentos convergentes dos entrevistados 9 e 26, apesar da participação exclusiva da equipe.

[...] Com a visita domiciliar mesmo, é uma responsabilidade de todos, sempre quando chega algum profissional novo, isso é logo colocado, ele fica logo sabendo que o atendimento à família não é só aqui na unidade, a visita é muito importante e feita por todos. (**GRUPO I, ENT. 09**).

[...] Melhorou muito o atendimento, até na casa a gente recebe visita, da enfermeira, médico, dentista, auxiliar de enfermagem e os agentes que tão aqui toda hora, já é da família, facilita as coisas pra gente (**GRUPO II, ENT. 26**).

Os depoimentos dos entrevistados 9 e 26 mostram a importância que tanto o trabalhador de saúde e usuário dão à visita domiciliar para o desenvolvimento das atividades, assim como pode facilitar para que os usuários consigam desenvolver suas potencialidades em relação a seu modo de vida.

Apesar da importância atribuída à V.D., segundo dados do Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2002, p. 50), no município “vem ocorrendo um progressivo decréscimo de visitas domiciliares, explicado por uma diminuição da frota de veículos para realizar as visitas pelas ESF, precisando ampliar as V.D. no PSF, atingindo um parâmetro de uma visita/mês por família” (DOC. 3).

Pudemos constatar essa afirmativa durante observação em campo, diante cronograma agendado naquele dia para uma visita domiciliar a um usuário acamado para consulta com o médico por ser portador de diabetes e realização do curativo de escaras pela auxiliar de enfermagem. Esperamos o veículo para conduzir a equipe até o domicílio durante três horas, mas o veículo não apareceu. Apesar do domicílio estar localizado três ruas após a unidade de saúde, a V.D. não foi realizada, pois o trabalhador de saúde informou “sem carro não poderei realizar a V.D”.

Isso mostra que mesmo diante da importância da V.D., nem todos os trabalhadores de saúde se dispõem a realizá-la; quando existe uma necessidade e essa muitas vezes não pode esperar por uma resolução de um problema institucional fica realmente sem realizar. Então nos perguntamos: “e a responsabilidade falada por eles próprios”? E a questão da ética em defesa da vida do ser humano?

Embora diferente dos depoimentos dos entrevistados 9 e 26, o depoimento do entrevistado 14 vem confirmar o que apontou o Doc. 3 e a observação feita por nós.

Encontramos obstáculos para alcançar essa integralidade, pois temos ideais diferentes dos demais [...] a visita domiciliar mesmo, é uma coisa que a gente sabe que tem que fazer, é importante uma necessidade no nosso trabalho, mas nem todo mundo pensa assim [...] falta transporte para realizar as visitas, o paciente fica lá esperando e nada, assim é difícil (**GRUPO I, ENT. 14**).

Apesar de o entrevistado 14 referir sobre a necessidade da visita domiciliar para o desenvolvimento das atividades no serviço para o alcance da integralidade, ele se depara com obstáculos como a falta de transporte e conseqüentemente “o paciente fica lá esperando e nada”, o que demonstra também a falta de entendimento nas idéias enquanto equipe.

No período de observação também presenciamos a programação feita pela equipe de saúde da família para realização das visitas domiciliares da semana; algumas delas tiveram que ser adiadas por falta de transporte no serviço, embora a localização do domicílio não fosse tão longe - uma distância de três a seis ruas da unidade de saúde - alguns trabalhadores de saúde se recusam a realizar a visita por falta de transporte.

Para desmarcar as visitas, a equipe contactava o agente comunitário de saúde daquela área e solicitava que o mesmo avisasse na residência do usuário/família que “a visita não seria realizada naquele dia por falta de transporte, mas assim que tivesse uma resposta do setor de transporte avisaria com antecedência”.

Destacamos também houve situações nas quais, mesmo sem transporte, algumas visitas domiciliares foram realizadas por se tratar de uma residência relativamente próxima da unidade de saúde da família. Numa dessas visitas acompanhamos os trabalhadores de saúde, cujo objetivo foi investigar o motivo de um usuário do serviço de hipertensão arterial não comparecer ao serviço por mais de dois meses. Esse usuário do Programa de hipertensão estava sem uso de medicação e queixando-se de cefaléia de forte intensidade.

A visita durou uma hora. O trabalhador de saúde conversou muito com o usuário, com o objetivo de mostrar a ele a importância de seu comparecimento às consultas no Programa de hipertensão arterial; explicou também quais as conseqüências dele não estar usando a medicação. O usuário falou um pouco de alguns problemas que o estavam deixando preocupado, e talvez “sua hipertensão tivesse relação com tais preocupações” (sic). O trabalhador no momento aferiu a pressão do usuário, naquele momento (150x100 mmhg), o informou; logo após administrou a medicação via oral (hidroclorotiazida) que estava prescrito no prontuário, agendou a consulta com o médico, solicitou exames laboratoriais e pediu que

ele fosse no dia seguinte à USF para realizar consulta no Programa de Hipertensão e receber assistência farmacêutica na dispensação de medicamentos sobre o seu problema.

Em se tratando de uma ação integral, pudemos observar que em momento algum esse trabalhador de saúde se levantou do sofá para poder observar as condições do ambiente domiciliar assim como também não questionou sobre o tipo de alimentação do usuário, nem os demais hábitos e qualidade de vida pessoal e familiar, no sentido de contextualizar mais concretamente tal problemática vivenciada.

A visita domiciliar pode ser entendida como uma ação de saúde capaz de melhorar as condições de vida e de saúde das famílias, que venha até favorecer a uma aproximação do trabalhador de saúde no cotidiano das famílias. Outrossim, ela também pode ser um instrumento para detectar necessidades de saúde na comunidade e na família, a partir de uma proximidade com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar.

Contudo, apesar dessas vantagens, a V.D. como uma possibilidade na melhoria das condições de vida, ela também “[...] pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobre maneira seu grau de privacidade e liberdade” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 107).

Nesse sentido, compreendemos que a V.D. deverá ser direcionada a partir de situações que se apresentem necessárias aos “olhos” da equipe ou quando solicitada pela família.

No processo de trabalho, a V.D. pode ser vista como espécie de ajuda, no sentido de monitorar a situação de saúde dos usuários/famílias que possam estar em situação de risco. Comumente, se há um estreitamento de laços entre o trabalhador de saúde-usuário, a V.D. favorece ao estabelecimento de vínculo e acolhimento, levando o usuário/família a confiar mais na equipe de saúde, assim como os trabalhadores de saúde têm oportunidade de conhecerem não só o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida em relação aos aspectos econômicos, culturais, sociais e familiares, que de algum modo podem estar refletindo no problema de saúde daquele usuário.

Apesar de alguns limites ou mesmo dificuldades já apontados, o depoimento do entrevistado 6 mostra a V.D. como um avanço no serviço de saúde.

A gente tem avançado em muitas áreas, a gente tem visto muitas gestantes, e que antes faltavam muito o serviço de pré-natal [...] começamos trabalhar mais com a visita domiciliar, hoje temos assim quase 100% das gestantes acompanhadas, vacinadas, tem um retorno do puerpério, tem um acompanhamento do filho, aleitamento materno, assim mais de 50% [...] então isso, é um cuidado integral, que com a visita a gente conseguiu alcançar, assim também o acolhimento, vínculo e a responsabilidade que “ta” vendo que a equipe tem perante a comunidade (**GRUPO I, ENT. 6**).

Para este entrevistado, a visita domiciliar pode ser considerada também um instrumento educativo e que através dela podemos sensibilizar o usuário/família sobre a importância de seu comparecimento ao serviço, inclusive utilizá-la como estratégia de solucionar problemas que acometem o serviço de saúde, equipe e comunidade. Para exemplificar temos o próprio depoimento do entrevistado 6, que relata a problemática da falta de comparecimento das gestantes no serviço de pré-natal e que foi com a visita domiciliar que a equipe conseguiu reverter o quadro.

Durante a coleta de dados, presenciamos a enfermeira sempre em contato com os ACS, delimitando as suas funções (do ACS), dentre elas, o controle e a supervisão dos usuários faltosos em determinado serviço, para que fizessem uma busca - ativa no domicílio desses sujeitos/família para investigar a causa do abandono do tratamento e/ou serviço e sensibilizar e explicar a importância do seu comparecimento, para dar continuidade ao tratamento requerido.

Em certo momento de observação, um determinado trabalhador de saúde da unidade saúde da família explica a situação, dizendo: “essa busca do usuário em domicílio ajudou muito para diminuir o número de faltosos no serviço, no pré-natal mesmo a gente tem conseguido um número satisfatório de gestantes nas consultas”.

O fato de esse trabalhador, a enfermeira, delimitar a atividade de V.D. apenas para os ACS, excluindo-se de fazer também uma busca desses faltosos nas USF e repassar a atribuição que poderia ser feita também por ele, mostra um trabalho limitado enquanto equipe de saúde. Por que só o ACS é responsável para realizar a busca ativa? Qual a valorização desta atividade para a enfermeira? Se entendermos que a V.D. pode ajudar na relação trabalhador de saúde-usuário, então partiremos do princípio de que todos os membros da equipe, ou seja, todos trabalhadores de saúde poderão realizá-la, pois é uma atividade que muitas vezes possibilitará uma relação mais próxima e de confiança entre o trabalhador de saúde e usuário/família, a partir de um acolhimento e vínculo estabelecidos por uma prática de escuta, na tentativa de romper com uma relação fria, impessoal e distante, que normalmente encontramos nos serviços de saúde.

Segundo o Relatório de Gestão (JEQUIÉ, 2005, p. 54) reporta “uma crescente melhoria no acompanhamento de usuários pelos ACS e equipe através da V.D., em relação a cobertura vacinal, captação de gestantes entre outros” (DOC.2). O que para o serviço se mostra como qualidade da assistência nas áreas cobertas pelo PSF.

Entretanto, para Franco e Merhy (2004, p.106), a visita domiciliar realizada pelo trabalhador de saúde,

[...] deve ser bem direcionada para situações em que realmente é necessária, como para executar uma consulta, um procedimento de baixa complexidade que se pode realizar no domicílio, atividades de promoção e prevenção através de reuniões de grupos, atividades intersetoriais na comunidade e demais ações em que a presença destes profissionais seja recomendada [...].

Por isto, defendemos que V.D. deve ser realizada de acordo com as necessidades de saúde, mediante ações sistematizadas que viabilizem o cuidado às pessoas com alguma alteração no estado de saúde (dependente físico ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde.

O depoimento do entrevistado 2 reporta bem a questão da V.D. ser realizada de forma direcionada para as necessidades de saúde.

A visita domiciliar é importante, mas quando tem necessidade, não só pra cumprir uma tarefa do programa [...] tem vezes que realmente precisa da visita, o caso de um curativo de acamada, a família não tem como trazer até aqui ou porque é melhor fazer em casa mesmo, uma família que chegou nova na área e não conhece a unidade e tem resistência em vir, então isso e outras coisas sim, **mas fazer por fazer só porque é estabelecido? Não concordo, acho que aqui a gente também tem muita coisa pra fazer (GRUPO I, ENT. 2).**

Este depoimento do entrevistado 2, converge com a afirmação de Franco e outros (2004), ao afirmarem que a V.D. deve estar direcionada às necessidades de saúde do usuário para ser efetivada, e não fazer apenas por ser mais uma atividade da equipe de saúde da família.

Mesmo com alguns limites, acreditamos que a visita domiciliar, de certo modo, vai proporcionar ao usuário, o conhecimento do seu meio ambiente, atentando-se para suas condições de habitação, relações afetivas na família, e demais situações de saúde, articulando-as conforme seus próprios recursos, além de fortalecer o relacionamento do trabalhador de saúde com o usuário/família, pois, em se tratando de uma atividade desenvolvida no domicílio poderá tornar-se menos formal do que as desenvolvidas na unidade. Consequentemente, há possibilidade de se ter uma maior liberdade para que os usuários explanem detalhadamente seus problemas, até porque, o tempo disponível será bem maior do que o da unidade de saúde.

O depoimento do entrevistado 25, usuário, vem complementar o depoimento do entrevistado 6, trabalhador de saúde, no sentido de entender a visita domiciliar enquanto estratégia de ação no PSF, um avanço no trabalho das ESF.

[...] eu acho mesmo que com o PSF muita coisa melhorou, melhor foi a visita domiciliar feita pela equipe. [...] **Eles ficam mais tempo conversando, e na unidade não, é bem mais rápido.** [...] **Da tempo pra gente falar tudo que precisa, e eles tem mais atenção,** acho que isso é um avanço [...] espero que continua (GRUPO II, ENT, 25).

O depoimento do entrevistado 25 vem reforçar o que havíamos discutido sobre a questão da aproximação do trabalhador de saúde com usuário/família, a liberdade que eles sentem em conversar mais tempo com a equipe durante a visita domiciliar e o interesse do trabalhador de saúde em ouvir, sem pressa, com tempo suficiente para que nada fique sem ser conversado, fortalecendo a relação interpessoal.

Essa relação entre os sujeitos se torna fundamental para que o trabalhador de saúde e usuário estabeleçam o vínculo como uma forma de humanizar o cuidado à saúde e, conseqüentemente, possibilitar uma relação equipe/usuário na perspectiva de uma qualidade na assistência à saúde.

Tal espaço de encontro, que de certo modo é desenvolvido através do trabalho vivo em ato, poderá produzir relações, constituindo-se em vínculos, o que vem a facilitar na intervenção dos problemas existentes ao mesmo tempo em que garante o acolhimento, responsabilização e resolubilidade através desse vínculo estabelecido.

Nessa perspectiva, Silveira Filho (2002, p. 40) complementa que

[...] este vínculo só se estabelece por meio do acompanhamento longitudinal das famílias, da relação de confiança conquistada através do tempo em que se atua na comunidade adstrita ao território de responsabilidades. A visita domiciliar passa a ter um caráter tão importante quanto a realização do diagnóstico clínico das patologias. Não serve apenas para que se identifiquem as condições sociais das famílias, mas é estratégia de intervenção terapêutica, onde se atua através de ações de promoção e prevenção, ora através de intervenções clínicas factíveis, ora estabelecendo-se como suporte às mudanças comportamentais das famílias.

Além de tudo isso, a visita domiciliar poderá também permitir ao trabalhador de saúde estabelecer um relacionamento afetivo e amistoso com o usuário/família envolvida e, em conseqüência, poderá ajudar de certo modo na obtenção de dados mais fidedignos sobre a saúde.

Por conseguinte, essa afetividade estabelecida, favorece aos trabalhadores de saúde, no sentido de melhor entenderem o significado do momento vivido e assim atenderem às necessidades evidenciadas, que, de certo modo, talvez ajude o usuário/família a descobrir suas possibilidades (TÚLIO, 2000).

Apesar de entendermos a V.D. como uma atividade estratégica com possibilidades de estabelecer uma relação entre trabalhador de saúde e usuário, notamos que em alguns momentos da visita domiciliar por nós acompanhadas que o trabalhador de saúde aparentemente demonstrava indiferença, numa atitude mecânica e formal, meramente tecnicista. As visitas eram muito rápidas, especificamente as realizadas por determinada categoria profissional; muitas vezes o usuário não teve oportunidade de expressar tudo que o

incomodava; houve momentos que alguém da família ao tentar explicar ou perguntar algo, era sempre interrompido pelos trabalhadores que desenvolviam tal prática, desconsiderando as questões a serem levantadas.

Acompanhamos uma visita em que o trabalhador de saúde fez procedimentos como aferição da pressão arterial, ausculta, exame físico das condições da pele, pois se tratava de um usuário que estava há dois meses em uma cama devido a uma cirurgia ortopédica. Durante essa visita o trabalhador de saúde não demonstrou atenção ao que o usuário e família falavam, limitou-se apenas à realização dos procedimentos técnicos. A família inclusive tenta dialogar, explicando que talvez a recuperação da cirurgia do seu familiar não tivesse evoluindo mais rápido devido a dificuldades financeiras para compra de medicações, alimentação, “pois era isso que estava atrapalhando a recuperação do marido”.

Como vemos, nem sempre as ações de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde no domicílio trazem satisfação, prazer para o trabalhador de saúde e/ou usuário; muitas delas são permeadas por limites e/ou dificuldades não só desse trabalhador como do usuário, difíceis de podermos ultrapassá-los, seja desde até uma certa desmotivação por parte do trabalhador de saúde, seja pela realidade da situação sócio-econômica do usuário/família, o que leva muitas vezes à impotência.

Por outro lado, a perspectiva de desenvolver seu trabalho amparado no estabelecimento de uma relação intercessora para, a partir dela, poder produzir de modo que estejam envolvidos no processo de cuidado, de alguma forma poderá amenizar os limites encontrados podendo fazer com que eles se sintam com condições, competentes e aptos a se cuidar (FRANCO; MERHY, 2003).

Essa situação vivenciada na visita, de não conseguir dar respostas às necessidades, pode também levar a pensar se realmente a V.D. teria tanta importância, já que nos deparamos com realidades, que muitas vezes não dependem apenas do trabalhador de saúde para resolver, do modo como os usuários gostariam, com resolubilidade.

O depoimento do entrevistado 11 diverge dos depoimentos dos entrevistados 6, 9, 14, 25 e 26, quanto a importância da V.D. em relação à resolubilidade das ações de saúde, mas complementa a observação retratada anteriormente.

Entretanto,

[...] Cada um vê a sua responsabilidade e o que pode fazer [...] a visita domiciliar é com a equipe, mas chega lá observa as coisas, às vezes uma casa bem pobre, o que você vai fazer? [...] Ninguém quer fazer mais nada, então a visita domiciliar não vejo essa importância, na unidade acho que pode fazer mais (GRUPO I, ENT. 11).

Este entrevistado 11 explicita claramente não perceber a importância da visita domiciliar no seu processo de trabalho. Leva-nos a entender que só percebe o trabalho da ESF dentro da unidade saúde da família, descontextualizando o usuário/família do seu ambiente social.

Além do mais, mostra o desconhecimento da visita domiciliar enquanto estratégia para traçar um planejamento de ações viável diante da realidade diagnosticada como por exemplo, a situação de pobreza na família, para saber quais estratégias podem ser utilizadas para amenizar ou dar respostas à essa situação.

O depoimento do entrevistado 11 quando confrontado com uma das observações realizadas neste estudo, pudemos ver a importância que os trabalhadores de saúde dão à visita domiciliar, em particular as enfermeiras, após as v.d. realizadas pelos ACS, quando em reunião com esses trabalhadores ficam horas colhendo as informações trazidas das visitas domiciliares, assim como a situação de saúde da área de cada ACS, as condições de vacinação, controle e acompanhamento de usuários com hipertensão arterial e diabetes. Ao mesmo tempo em que conversam sobre o fato de ter problemas, a exemplo das condições econômicas, e que não conseguem dar respostas positivas aos usuários.

Alguns trabalhadores de saúde chegam até a comentar: “fica difícil, fazer visita domiciliar e muitas vezes o verdadeiro problema você não consegue dar conta, ô gente, será que essas visitas tão dando efeito”?

Os trabalhadores de saúde poderão desenvolver suas orientações necessárias e sistematizadas durante a visita domiciliar, se associarem a esta os problemas sócio-econômicos que estariam prejudicando o processo vivenciado, apesar de muitas vezes não terem respostas para o problema. Mas, ainda assim, a vontade de realizar a V.D. deve-se fazer sempre presente, pois torna-se uma atividade importante em determinadas situações.

Da mesma forma, a visita domiciliar poderá proporcionar uma visão mais ampla das condições de vida do usuário/família, com isso favorece a uma interação com ambiente familiar e social, conhecendo melhor seu cotidiano, costumes, crenças, aflições e necessidades (TÚLIO, 2000). Pois, segundo Ullmann (1991), o homem, em sua vivência, adapta o mundo à sua existência. Transformando o que vem da natureza, confere-lhe sentido, cria a cultura, condicionando a forma que vive em sociedade.

4.2.3 Ações assistenciais: consultas, orientações e procedimentos técnicos

O trabalho em saúde se desenvolve através de múltiplos saberes e práticas, a partir de vários aspectos, de acordo com as ações a serem desenvolvidas.

Portanto, os vários saberes não devem ser utilizados sem a intenção da construção das relações entre os sujeitos envolvidos no processo, na implementação de suas práticas. Assim, acreditamos que o desenvolvimento do trabalho humano é relacionado pela “atividade que se manifesta tanto pelas palavras quanto por um fazer material” (LACOSTE, 1998, p. 15).

Embora a intenção precípua de desenvolver este trabalho esteja relacionada aos procedimentos atrelados às relações, ainda nos deparamos com um trabalho em saúde com a supervalorização da técnica pela técnica.

Neste sentido, os trabalhadores de saúde que foram alvo de investigação deste estudo relacionaram seu processo de trabalho a partir de ações assistenciais, e, que muitas vezes, não conseguindo nessas ações estabelecer uma relação com o usuário.

[...] a gente trabalha com ações como consultas de enfermagem, consultas médicas, exames [...] acho que é o de imediato. (**GRUPO I, ENT. 4**)

[...] o trabalho fica às vezes prejudicado, o volume de paciente é grande, então o atendimento fica assim mecânico, só consulta, a vacina é só vacina, às vezes não dar conta para orientar outra coisa do tipo. (**GRUPO I, ENT. 7**)

A dificuldade em tentar desenvolver atividades que venham ajudar na reorganização das ações de saúde, fica evidenciada através dos depoimentos dos entrevistados 4 e 7.

A forma mecânica de desenvolver ações de saúde, sustentada muitas vezes por uma normatização já estabelecida pelo Programa Saúde da Família, acaba por contrapor a idéia de reorganização das práticas que surgem com a intenção de transformar o processo de trabalho em trabalho vivo, em ato de saúde, tornando suas práticas em trabalho morto, o que intensifica cada vez mais a perspectiva de um trabalho embasado no modelo médico hegemônico (NASCIMENTO, 2004).

A importância dada a ações assistenciais, voltada apenas para fazê-lo, sem estabelecer outras relações, é flagrante na prática desenvolvida pelas ESF, favorecendo assim um “enfraquecimento em demasia da sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 106).

Desse modo, ainda convivemos, mesmo no Programa de Saúde da Família - que surgiu como possibilidade de nova forma de pensar e produzir saúde a partir de uma perspectiva individual e coletiva - com a valorização de atos de saúde como procedimentos, ou seja, modelo médico-centrado em procedimentos, sem mesmo ter compromisso com a cura, desresponsabilizando-se pela integralidade do usuário. Contudo, segundo Nascimento (2004, p. 16), essa é uma clínica que “somente se responsabiliza pela enfermidade, e nunca pela pessoa do enfermo”, o que pode implicar em uma grande concentração nos aspectos biológicos, e deixa à parte os aspectos subjetivos e sociais que envolvem o usuário.

Frente a essa realidade, os sujeitos deste estudo destacaram como um dos limites para o desenvolvimento do cuidado à saúde no PSF, inclusive explicitado pelo Ent. 7, a grande demanda de usuários no serviço de saúde, tornando assim o cuidado mecânico, o que de certo modo acaba por desumanizar a ação de saúde. Talvez essa realidade possa ser atribuída ao modelo médico-centrado, e para reverter a situação faz-se necessário que a ESF amplie a concepção do processo saúde-doença, a partir da interdisciplinaridade do conhecimento, intersetorialidade das práticas e integralidade da atenção à saúde, numa perspectiva de diretrizes de humanização (NASCIMENTO, 2004).

Contudo, articuladas a tais princípios, entendemos que as ações assistenciais devem estar integradas a uma prática de relações estabelecidas a partir de um atendimento acolhedor, para a conquista do vínculo entre o trabalhador de saúde e usuário/família. Práticas humanizadas, apesar da grande demanda de usuários nas unidades de saúde, mas sustentados pelo vínculo que se traduz também como responsabilização do trabalhador de saúde para com o usuário/família.

O próprio Plano Municipal de Saúde de Jequié (2002/2005), destaca a importância que se deve dar ao atendimento humanizado aos usuários nos serviços de saúde, mesmo com demanda elevada de famílias (DOC. 1).

Entretanto, compreendemos que essas relações devem ser estabelecidas a partir do encontro entre trabalhador de saúde/usuário/família, em um espaço intercessor, onde o processo de trabalho em saúde apóia-se na tecnologia das relações a qual Merhy (2003) denomina de tecnologias leves.

Em contraposição ao Doc. 1, durante o período de observação no campo de pesquisa na sala de vacinação, em período de intensificação vacinal - raramente vimos os trabalhadores de saúde estabelecerem algum tipo de diálogo com os usuários até para orientar sobre as vacinas administradas (finalidades, importâncias, reações e cuidados). Rotineiramente, o trabalhador de saúde solicitava ao usuário o seu cartão de vacina, anotava no cartão de

vacinação o tipo de agente imunizante administrado. Era o trabalhador de saúde determinava o local de aplicação da medicação (normalmente, caso fosse criança, solicitava à mãe que a colocasse no colo e a segurasse firme, para que ela pudesse administrar a vacina). A única orientação dada era: “não esqueça da próxima dose”.

Concretamente, vimos que a prática continuada nesse trabalho realizado na sala de vacina aparentemente poderá influenciar o trabalhador de saúde a não desenvolver uma relação acolhedora e humanizada no cuidado ao usuário, ficando assim caracterizada numa ação mecânica, valorizada meramente em procedimentos técnicos, na realidade, um ritual de cumprimento de tarefa no serviço.

Por conseguinte, a produção do cuidado centrada na “produção de procedimentos”, numa perspectiva do conhecimento técnico, sem a utilização das tecnologias leves (FRANCO et al., 2004, p. 179).

Por isso, faz-se necessário compreender que, no momento do desenvolvimento de ações assistenciais com a dimensão instrumental do cuidado, não se deve valorizar apenas a habilidade e o conhecimento, mas saber fazer com qualidade e competência, “privilegiando o ser humano na sua unicidade e integralidade, na totalidade do seu ser e do seu viver” (SILVA, 1998, p. 77). Por outro lado, vimos que ainda existe uma dificuldade no desenvolvimento do cuidado, de modo que alguns trabalhadores de saúde no momento de atuação se contradizem pela forma ainda mecânica e fragmentada de se relacionar com o usuário.

Apesar de nos depararmos ainda com a dificuldade do trabalhador de saúde em desenvolver práticas de reorganização da atenção à saúde numa perspectiva da atenção integral envolvida a um processo relacional, trouxemos um depoimento com outra percepção de como se desenvolve o seu processo de trabalho.

[...] eu sou muito entusiasta da saúde pública, acho que a saúde do País está na medicina preventiva [...] então o trabalho é através da consulta, de procedimentos, exames é, mas desenvolvida de forma mais organizada onde o paciente agora é uma coisa completa, o procedimento é feito, a consulta, mas não é só fazer, é fazer, explicar, mostrar a importância na vida dele, e que ele pode se ajudar também [...] o paciente hoje ele quer ser atendido, mas quer também atenção e interesse da gente com eles, então a saúde pública realmente, no caso o PSF veio para mudar esta nossa forma de trabalhar. (**GRUPO I, ENT. 5**).

Vemos assim que o depoimento do entrevistado 5 mostra-se divergente dos depoimentos dos entrevistados 4 e 7, ao entender que as ações assistenciais como consultas, procedimentos, exames, também fazem parte do processo de trabalho voltado para uma assistência integral e não através da técnica pela técnica, mas, uma técnica envolvida em uma

relação intercessora, sustentada por práticas humanizadas, de respeito pelo usuário, atribuindo a ele seu valor enquanto ser humano.

Quando o Ent. 5 refere que o usuário “quer ser atendido, mas quer também atenção e interesse da ‘gente’ com eles”, vemos que, numa perspectiva diferente de se fazer saúde, articulada a uma relação mais próxima ao trabalhador de saúde/serviço de saúde, as necessidades do usuário não dependem apenas de conhecimentos tecnológicos, da técnica pela técnica, mas a técnica que se desenvolve dentro de uma “lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores de saúde e os usuários” (MERHY, 2002, p. 39).

Por tanto, para a efetivação desta lógica “usuário-centrada”, o processo de trabalho desenvolvido pelo trabalhador de saúde passa por um conjunto de tecnologias, que vão desde os aparelhos até a utilização de panfletos educativos, envolvidos por conhecimentos estruturados, mas também de tecnologias relacionais, através do vínculo, na busca da garantia do acesso desses usuários às ações de saúde, assim como também na oferta de várias opções de tecnologias; do acolhimento, no momento da escuta que perpassa todo processo assistencial, o que de certo modo poderá oferecer uma atenção integradora, responsável e resolutive (NASCIMENTO; MISHIMA, 2004).

Neste sentido, Campos (2003) defende a idéia da clínica do sujeito, que envolve os aspectos biológicos aos aspectos da perspectiva da humanização, em que o ser humano se mostra com seus anseios e suas necessidades, e que, a partir dessas demonstrações, o trabalhador de saúde precisa sim, mergulhar nesse mar de subjetividade para poder dar resolubilidade aos problemas existentes.

Assim, é também entendido por Nascimento (2002, p. 18) ao destacar que,

[...] é preciso que vislumbremos um horizonte onde a produção da saúde deve associar o sonho e a ciência, o racional e a intuição, o emocional e os sentimentos, o real e o virtual, a imaginação e a criação, o espírito e o conhecimento, o visível e o indivisível, o cotidiano e a subjetividade, o individual e o coletivo e, também considerar as particularidades e as singularidades.

Muito embora ainda encontremos alguns trabalhadores de saúde com uma visão “cristalizada” no modelo biologicista, que valoriza a doença, a cura, a assistência individual, já pode perceber uma outra perspectiva, que é justamente uma visão de integralidade no serviço de saúde, relacionada ao cuidado individual e coletivo. Isto possibilita uma interação entre o trabalhador de saúde e usuário mediante encontros “de forma a permitir que haja um aprofundamento através do estabelecimento de confiança, comunicação, vínculo, de maneira tal que ambos encontrem melhores soluções que atendam as necessidades dos usuários [...]”

(NERY, 2006, p. 25).

Concretamente, neste estudo, no que diz respeito às ações assistenciais, os usuários em seus depoimentos referem ter havido uma mudança favorável na forma como elas estão sendo desenvolvidas, - apesar de algumas carências em que os serviços de saúde não conseguem resolver, - pela forma como são conduzidos esses serviços no cuidado à saúde com atenção e respeito na atenção às suas necessidades de saúde.

[...] a consulta da enfermeira é boa, ela consegue tirar minha pressão, medir, para ver meu peso, mas tudo ela me explica, pelo menos nunca mais fui para o pronto socorro do Prado, isso era ruim (**GRUPO II, ENT. 24**).

[...] olha, antes a consulta era só com um médico, bem velho, só andava com a cara fechada, gritava com todo mundo [...] a gente entrava, ele perguntava o que estava sentindo, não tirava pressão, quando tirava era o ajudante dele, e só passava exame e pronto [...] hoje minha filha ta uma coisa, a gente entra para consulta, faz muita coisa, é pressão, é medir, pergunta coisas, o interesse é diferente, o povo lá fora esperando às vezes fica sem entender porque a consulta é mais demorada [...] pode até não resolver logo, mas melhorou (**GRUPO II, ENT. 26**).

Diante destes depoimentos dos entrevistados 24 e 26, notamos que as ações de saúde devem articular-se às tecnologias, que passam por saberes e práticas voltadas para um processo de trabalho com estruturas também relacionais dentro de um conhecimento técnico – estruturado, o que vai tornar o trabalho essencialmente vivo.

Percebemos também no depoimento do Ent. 24 que não cabe mais hoje uma assistência voltada para o usuário como se fosse apenas um objeto portador de problemas de saúde. Mas uma assistência desenvolvida na perspectiva de poder atender às demandas dos usuários, como sujeitos com desejos, crenças e anseios, envolvidos por ações articuladas com a integralidade desse sujeito (NASCIMENTO; MISHIMA, 2004).

Também é percebida a importância do significado e do sentido que tais entrevistados atribuem ao cuidado não apenas como um procedimento “técnico simplificado, mas como uma ação integral” (PINHEIRO, 2004, p. 21), tomado por um tratar diferente, responsável e acolhedor.

Assim, segundo Franco e Merhy (2003, p. 119), “o campo de competência ou campo do cuidado, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado”.

Desta forma, os depoimentos convergem para uma ação assistencial que interrompa o processo reducionista que muitas vezes vem incorporado na atenção à saúde. Pois em suas falas eles retratam um trabalhador de saúde em busca de orientação de suas práticas pelo “princípio da integralidade que busca escapar a tais reducionismos” (MATTOS, 2001a, p. 61).

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A mudança não é um trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem”.

Paulo Freire

Este estudo procurou compreender os sentidos e significados sobre a integralidade do cuidado em saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Jequié-BA; analisar os dispositivos que orientam o cuidado integral à saúde (vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade) no PSF, no município e identificar as implicações da integralidade do cuidado à saúde no decorrer do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde do PSF em Jequié-BA.

Os seus resultados revelam a situação concreta vivenciada pelos trabalhadores de saúde e usuários no que se refere ao significado, ao sentido e à práxis da integralidade do cuidado no desenvolvimento do processo de trabalho desses trabalhadores de saúde, a partir dos dispositivos, vínculo, acolhimento, responsabilidade e resolubilidade.

A integralidade do cuidado mostra-se como um princípio norteador de uma política de Estado para o SUS, baseado no princípio de organização interminável do processo de trabalho nos serviços de saúde, de modo a buscar constantemente uma ampla possibilidade de captar melhor as necessidades de saúde do usuário/família/comunidade (MATTOS, 2001a).

De certa forma, percebemos que em vários depoimentos os trabalhadores de saúde atribuem sentidos e significados à integralidade, a partir da diversidade de pensar e agir construídos e desenvolvidos a partir das necessidades de saúde do usuário/família.

Para tanto, o trabalhador de saúde atribui à integralidade uma visão ampliada do ser humano, enquanto portador de uma série de anseios, costumes, valores, crenças e cultura, inerente ao seu contexto de vida, das suas necessidades sentidas e suas relações com outros determinantes.

Assim, cada vez mais acreditamos que a atenção à saúde não se resume às especificidades das doenças, mas permeia a realidade em que vive o usuário/família, como ele próprio vê sua necessidade, descobrindo sua autonomia para junto com o trabalhador de saúde, a partir dos vários saberes, poder intervir no seu modo de vida.

Entretanto, a integralidade, como conceito trazido pela Constituição Federal não dá conta dos vários sentidos e significados atribuídos à mesma, então resolve-se associá-lo às práticas de relações através do acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade para uma conquista da confiança do usuário/família com vistas a uma atenção à saúde.

O processo de trabalho implementado por alguns trabalhadores de saúde ainda é desenvolvido com traços do modelo médico-hegemônico, com a valorização aos atos produtores de saúde dependente de tecnologias duras e leve-duras. Por outro lado, apontam também práticas desenvolvidas articuladas ao contexto social dos sujeitos, pautando-se em

um processo de trabalho como “produtor do cuidado em saúde, em busca de uma compreensão de suas possibilidades e limites” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 59).

Talvez, esse trabalho pautado ainda no modelo médico-hegemônico, seja entendido por alguns trabalhadores de saúde, como um limite no momento da intervenção, o que sinaliza para que a integralidade não consiga alcançar seu ápice, que é poder atender esse usuário/família como um todo, sem limites para suas demandas, ficando assim um caminho estreito, o que impede talvez conseguir responder de forma positiva às demandas dos usuários/família.

Além disso, o processo de trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado parte de um conjunto de saberes e condições diferenciadas para que possam alcançar um sistema que seja espaço de relações acolhedoras e desejanter ao considerar o indivíduo como sujeito do processo. Assim, neste estudo ficou evidenciada a importância de não se desenvolver as atividades centradas apenas na doença, mas direcionada a um cuidado que atenda às diversas necessidades que esse sujeito em algum momento se encontra.

Por outro lado, alguns trabalhadores de saúde entrevistados limitaram sua prática caracterizada pela queixa-conduta, ou seja, resumida à prescrição de medicação para amenizar o sofrimento desse sujeito diante das queixas trazidas, ignorando, em grande parte, as tecnologias das relações.

Embora algumas práticas não fossem desenvolvidas a partir de tecnologias das relações, sem a escuta ao usuário, percebemos para nossa surpresa que alguns usuários saiam da consulta aparentemente satisfeitos por terem sido atendidos, não importando qual fosse a maneira do atendimento.

Desta forma, entendemos a necessidade de não desenvolver o processo de trabalho apenas com vistas aos protocolos, e a procedimentos já padronizados. Esse processo deve ser construído passo à passo, a partir de práticas humanizadas na perspectiva do acolhimento, do vínculo de um indivíduo que cuida de outros indivíduos com responsabilidade e respeito.

Assim, na tentativa de reverter esse quadro, e melhor orientar as práticas de saúde, alguns trabalhadores de saúde mostram a importância da educação em saúde, como um processo dinâmico, envolvendo a relação trabalhador de saúde e usuário/família, que reconhece o trabalho em parceria, além de considerar que esses usuários são sujeitos inseridos num contexto social, com seus aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos.

Embora apontem a educação em saúde como uma estratégia para melhor desenvolver a relação entre trabalhador de saúde/família, ainda nos deparamos com trabalhadores de saúde com uma prática de educação em saúde caracterizada por uma concepção bancária, uma

educação alienante, ou seja, o usuário passa de sujeito a objeto, e, portanto, desconhece a sua capacidade de transformar a realidade.

Tivemos depoimentos de usuários entrevistados que apontam a educação em saúde como se fosse uma ordem a ser seguida. O que mostra que o homem muitas vezes não consegue desenvolver sua consciência crítica e reflexiva, ficando à mercê das decisões dos trabalhadores de saúde, dentro de uma política que exclui, e de certa forma anula o propósito de transformação, e os sujeitos envolvidos acabam se contentando com a realidade que vive apenas aceitam passivamente.

Com isso, percebemos a necessidade de que seja desenvolvida uma política nacional de formação para os trabalhadores de saúde, pois a qualificação da atenção à saúde depende da formação pessoal, de certo domínio das tecnologias que levem à qualificação da atenção individual e coletiva, pois a proporção que vão surgindo novos enfoques teóricos na área da saúde, esses passam então a exigir novos perfis profissionais (BRASIL, 2003).

Desse modo, a formação profissional não se restringe apenas aos aspectos clínicos, mas deve considerar também o atendimento às necessidades de saúde dos usuários/família/comunidade, que englobem os aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento no sentido de poder transformar as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde, a partir da problematização no seu processo de trabalho.

Assim como a educação em saúde, a visita domiciliar (V.D.) também foi vista como uma das atividades desenvolvidas no cuidado ao usuário/família, considerada uma atividade que, quando em situação oportuna, poderá possibilitar um conhecimento da realidade em que vive o usuário/família; outras vantagens apresentadas pelos sujeitos do estudo é que a V.D. poderá ajudar no fortalecimento de vínculos entre si, como também facilitar o estreitamento da relação entre serviço de saúde e comunidade.

Apesar da importância atribuída à V.D., deparamo-nos com obstáculos para sua efetivação, a exemplo da inexistência de um transporte para conduzir o trabalhador de saúde até o domicílio do usuário/família, condição essa exigida por alguns trabalhadores da ESF para a efetivação da visita. Presenciamos, em determinados momentos, a atitude de alguns trabalhadores de saúde que não se dispõem a realizar a V.D., mesmo em uma situação emergencial, que muitas vezes não pode esperar por uma resolução, a médio prazo, de um problema institucional. Isso de alguma forma fere a responsabilidade profissional que poderá ficar comprometida no sentido de romper com o estabelecimento do vínculo e a possibilidade

de resolver os problemas de saúde, interrompendo com isso a integralidade do cuidado naquela família.

Contudo, mesmo entendendo a V.D. como uma possibilidade de melhoria das condições de vida e em proporcionar uma melhor relação trabalhador de saúde - usuário - família, ela também “pode significar uma excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sobre maneira seu grau de privacidade e liberdade” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 107).

Nesse sentido, alguns sujeitos do estudo entendem que a V.D. é uma atividade que deverá ser realizada de acordo com as necessidades de saúde, mediante ações sistematizadas para viabilizar o cuidado às pessoas, tendo em vista a integralidade do cuidado, e não apenas ser mais uma atividade compulsória do PSF.

Embora, a maioria dos depoimentos aponte a visita domiciliar como forma de fortalecer o relacionamento do trabalhador de saúde com o usuário/família, pois em se tratando de uma atividade desenvolvida no domicílio torna-se menos formal do que as desenvolvidas na unidade. Assim, como poderá proporcionar maior liberdade para que os usuários expliquem mais detalhadamente seus problemas, até porque o tempo disponível é maior que o tempo na unidade de saúde.

Apesar dessas constatações, em momentos de observação no acompanhamento de realização da V.D., notamos que em alguns momentos o trabalhador de saúde não demonstrava muito interesse em poder estar construindo esta relação. As visitas eram muito rápidas, especificamente as realizadas por determinada categoria profissional; muitas vezes o usuário não tinha tempo para expressar tudo que o incomodava, quando tentava explicar era sempre interrompido.

Nesta perspectiva, podemos perceber que durante a realização da V.D. encontramos limites, que na maioria das vezes são difíceis de poder ultrapassá-los, seja por desmotivação por parte do trabalhador de saúde, seja pela realidade da situação sócio-econômica do usuário/família, o que leva muitas vezes à impotência.

Por outro lado, a perspectiva de desenvolver seu trabalho amparado no estabelecimento de uma relação intercessora para a partir dela poder produzir de modo que estejam envolvidos no processo de cuidado, de alguma forma poderá amenizar os limites encontrados podendo fazer com que eles se sintam com condições, competentes e aptos a se cuidar (FRANCO; MERHY, 2003).

Percebemos também, nos depoimentos dos trabalhadores de saúde, que nas ações assistenciais, apesar de darem a importância às práticas de relações, há limitações devido a

grande demanda de famílias cadastradas sob a responsabilidade das ESF, e, portanto, prejudicando o estabelecimento do vínculo, e, em conseqüência, podendo ocorrer o enfraquecimento da proposta de mudança na atenção à saúde na perspectiva da integralidade.

Embora ainda encontremos práticas exercidas por alguns trabalhadores do PSF com características do modelo biologicista, aquele que não valoriza o indivíduo fora do seu contexto social, mecanicista, burocratizada e outros, vivenciamos o outro lado, onde os usuários entendem que, nas ações assistenciais, os trabalhadores conseguem desenvolver uma relação interpessoal que possibilita uma interação entre eles.

Nesse sentido, entra uma questão central, o fato de que as ações assistenciais devem se desenvolver numa relação intercessora de tecnologias, que perpassa por saberes e práticas voltadas para um processo de trabalho com estruturas também relacionais na perspectiva de um conhecimento técnico-estruturado, tornando o trabalho vivo.

Enfim, neste estudo obtivemos a compreensão de que nas ESF do município de Jequié/BA, ainda encontramos com práticas com características do modelo hegemônico, embora alguns desses trabalhadores se diferenciem dos demais no desenvolvimento do seu processo de trabalho em consonância com as tecnologias das relações na perspectiva de um trabalho humanizado.

Entretanto, é necessário que se implemente uma política de formação para os trabalhadores de saúde, articulada à prática para a construção de projetos coletivos integrados ao cuidado em saúde, e que não só os trabalhadores de saúde e usuários estejam envolvidos, mas também um maior envolvimento dos gestores de saúde, no sentido de poderem acompanhar e poderem se sentir responsáveis também pela produção de um saber-fazer na perspectiva de integralidade do cuidado.

A responsabilidade que tomamos nas mãos enquanto docente é a mesma dos sujeitos envolvidos nesse estudo, não podemos esquecer do momento em que estamos vivendo na história do país, nós docentes precisamos nos engajar nesse processo e, como sujeitos coletivos e transformadores lutar por uma sociedade mais justa e menos desigual. De modo que as Universidades desenvolvam uma política com vistas à preparação do futuro profissional para atuar na saúde coletiva com propostas inovadoras e em sintonia com trabalhadores de saúde, usuários e instituições.

Frente ao exposto, acreditamos na possibilidade de superar as dificuldades relatadas, haja vista as mudanças vivenciadas em campo de estágio as quais enfatizam a necessidade de sensibilizar os discentes para o desenvolvimento de uma prática sistematizada, voltada para o estabelecimento de uma relação acolhedora, responsável e resolutiva com o usuário, de modo

que possamos acompanhar os avanços ou equívocos que possam aparecer, onde as inconsistências detectadas na investigação não passem de apenas um registro em passado recente.

Entretanto, muito se tem a fazer e a sistematizar sobre a integralidade do cuidado no município de Jequié-BA, e, sob nosso olhar, este estudo, não se encerra aqui, ele talvez inaugure uma possibilidade de se fazer outros estudos, que discutam não apenas as questões aqui trazidas, mas outras questões valorizando o cuidado integral numa tecnologia de relações.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Revisão e tradução dos novos textos Ivone Cartilho Beneditti. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ACIOLI, Sonia. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ. ABRASCO, 2001.

ALVES, M. A gerência do cuidado de Enfermagem frente a novos cuidados de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998. Salvador-BA. **Anais...** Salvador: ABEN, 1998.

AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (CE): uma resposta municipal para educação permanente no SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.30, p.15-25, março, 2004.

ARROYO, M. As bases da educação popular em saúde. **Tema**. N. 21, nov./dez de 2001.

ASSIS, M. M. A. et al. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/ jul, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, 2001.

BAHIA, Secretaria de Saúde. **Centro de Informação em Saúde**. Salvador, 2001.

_____. Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador, 2001. (Série Cadernos Técnicos, n. 2).

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.

BASAGLIA, F. (org). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELLONI, Isaura; MAGALHÃES, Heitor; SOUSA, Luiza Costa de. **Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas**: uma experiência em educação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BOFF, L. **Saber Cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 34.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília-DF, 1994.

_____. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, v.1, n.1, p.34-42, jul.1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1886/GM**. Normas e Diretrizes do Programa de ACS e do PSF. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF, 1990a.

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

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Reorientando o modelo assistencial**. Brasília-DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Revista CONASEMS: PSF sobre os morros do Rio**. Brasília, DF, a.2, n.3, jan./fev. 2004.

BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.1, p. 7-30, jan./mar., 1996.

CAMARGO JR, K. R.; 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: IMS/UERJ, 2005.

CAMPOS, G. W. de S. Sobre a forma neoliberal de produção dos serviços de saúde no Brasil. In: _____. **Reforma da reforma – repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. **Saúde Paidéia** São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhada: teoria Paidéia e Reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: _____. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CARVALHO, Y. M. D; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde**: ensino, gestão, atenção e controle social. Mimeo (agosto/2004).

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidar da saúde**. Rio de Janeiro: IMS, EURJ, ABRASCO, 2001.

_____. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, C. M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudanças. São Paulo: HUCITEC, 1999.

CENTRO DE ESTATÍSTICA E INFORMAÇÕES: **Informações básicas dos municípios baianos**. Região Sudoeste. Salvador, 1997.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. **A educação em saúde na prática do PSF**. Manual de enfermagem. 2003. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem.htm>. Acesso em: 15 nov 2006.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

DEMO, P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995.

FEUERWERKER, L. C. M; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulg. Saúde para Debate**, n. 22, p. 25-35, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulg. Saúde para Debate**, n. 21, p. 49-53, 2000.

FRANCESCHINI, Trude Ribeiro de Costa. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 241f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho de saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al. (org). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, Emerson Elias. (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B. Fluxograma descrito e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B. et al. O 'Acolher Chapecó' e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.30, p.30-35, mar, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, A. **A expressão do cuidado no processo de transformação curricular na FENF UERJ**. Rio de Janeiro, 2004 – (Digitado).

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro. 2002. Jequié-BA: IBGE, 2004.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Jequié, 2002/2005 (DOC-1).

_____. **Relatório de Gestão**. Jequié, 2005 (DOC-2).

_____. **Relatório de Gestão**. Jequié, 2002 (DOC-3).

_____. **Relatório de Gestão**. Jequié, 2001 (DOC-4).

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v. 34, n. esp. p. 35-45, 2000.

L'ABBATE, Solange. Agentes de trabalho / sujeitos? Repensando a capacitação de recursos humanos em saúde coletiva. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

LACERDA, A.; VALLA, V. 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. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

LACOSTE, M. Fala, atividade e situação. In: DUARTE, E. J. C. M; FEITOSA, V. C. R (org.). **Linguagem e trabalho**. Rio de Janeiro. Lucena, 1998.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun. 1995.

LEOPARDI, M. T.; (org.). **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novas práticas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

_____. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004.

_____. Política de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MARX, K. **O Capital: Crítica da economia política** 14. ed. São Paulo: Difel, 1994, v.1, p. 202.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde**. 1999. 201f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser deferidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro; UERJ/IMS, 2001a.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001b.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 219f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**. São Paulo. Mimeo (1992).

MERHY, E. E. O SUS e um dos dilemas: mudar a gestão e lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia. (org.). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro. v. 24, n.56. set./dez. 2000.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. São Paulo, 2001, p. 24.

_____. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR.E.M.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. Capítulo 1, p. 15-35.

_____. O processo de trabalho em saúde. **Notas da Conferência**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 27 abr. 2004.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely F. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 83-107

MOREIRA, M. I. G. B. **Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família** – possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos? Ribeirão Preto, 2001. 203f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

NASCIMENTO, Maria Angela A. do; MISHIMA, Silvana Martins. Enfermagem e o cuidar – construindo uma prática de relações. **ABEn – Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília: DF, a. 46, n. 2, abr. maio. Jun. 2004.

NASCIMENTO, Maria Angela A. do. O desafio da clínica na Saúde da Família. **ABEn – Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília: DF, a. 46, n. 4, out.nov.dez. 2004.

_____. **Humanização e trabalho: razão e sentido da Enfermagem**. Feira de Santana: Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2002, 16p. (Digitado)

NASCIMENTO, Maristela Santos. **Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2003.

NERY, A. A. **As necessidades e expectativas das famílias em relação à Saúde da Família no município de Jequié-BA:** em busca de uma tradução. 2006. 151f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NUNES, C.A. **Processo de trabalho em saúde:** texto de apoio utilizado no treinamento introdutório das equipes de saúde da família. Pólo de Capacitação, Salvador, 2001, p.133.

OLIVEIRA, M^a Emilia; BRUQQEMANN, Odaléa M.; ZAMPIERI, M^a de Fátima Mota. **Humanização e trabalho:** razão e sentido na Enfermagem. Florianópolis: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002 (Digitado).

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública / USP, 1994.

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

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, a. 35, n. 1, p. 3-5, 2001.

PERES, E. M. **Saúde da Família:** Conceito, diretrizes e metodologia: treinamento introdutório em gestão. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, centro Biomédico, 1999.

PICHON – RIVIÉRE, E. **Teoria do Vínculo.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

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. (org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003a.

PINHEIRO, R. Atenção à saúde: universalização / focalização, a enfermagem e a atenção básica ambulatorial – um olhar a partir das práticas da integralidade em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55, Rio de Janeiro, 2003. **Anais...** Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, seção Rio de Janeiro, 2003b.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R; LUZ, M. T. Práticas eficazes x Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R. Experiências inovadoras no ensino da saúde. In: **Revista Radis.** N. 49, Rio de Janeiro, set. 2006.

REZENDE, A. L. M. Enfermagem no contexto da saúde. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 36. Belo Horizonte, 28 jul. – 03 ago. 1984. **Anais...** Brasília – ABEn, 1984.

RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Treinamento introdutório das equipes de saúde da família:** um instrumento de transformação de práxis? 2004. 228 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, 2004.

SALAZAR, L. Alianças estratégicas na construção de “Saúde para todos”: uma visão e missão compartilhadas. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, V. C. (org.). **A educação dos profissionais da América Latina:** teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC, 1999.

SANTOS, Adriano Maia dos. **Da fragmentação à integralidade:** construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família de Alagoinhas-BA. Feira de Santana, BA, 2005.

SILVA, Alcione Leite. Cuidado como momento de encontro e troca. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50, 1998; Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn – Seção Bahia, 1998.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família:** Programa de Saúde da Família. Ministério Brasília, DF, dez. 2002.

TÚLIO, E. C. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. In: **Fam. Saúde Desenvolvimento.** Curitiba, v.2, n.2, p. 71-79, jul./dez, 2000.

ULLMANN, R. A. **Antropologia:** o homem e a cultura. Petrópolis: Vozes, 1991.

VAITSMAN, J. Subjetividade e paradigma de conhecimento. **Boletim Técnico do SENAC,** v.21, n.2, p. 3-9, maio/agosto, 1995.

VASCONCELOS, E. E. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. E. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A:

Roteiro Para Entrevista Semi-Estruturada – Trabalhadores de Saúde**1. Caracterização do (a) entrevistado (a)**

Entrevista n°:

Início: _____

Término: _____

1.1 Perfil sócio-demográfico

- Idade: -----. Sexo: -----. Profissão/ocupação: -----
- Tempo de experiência profissional: -----. Tempo de atuação no PSF (ano/ mês): -----
- Regime de trabalho: -----. Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): -----

1.2 Perfil Educacional

- () Treinamento Introdutório (Saúde da Família);
- () Curso de atualização em áreas específicas (tuberculose, hanseníase, dengue, DST, AIDS).
- () Formação na atenção aos cuidados nos ciclos da vida;
- () Especialização – área: ----- () Mestrado – área: -----
- () Apenas graduação; () Sem formação.

2. Questionamentos sobre:

2.1 Concepção(ões) dos trabalhadores de saúde sobre a integralidade do cuidado;

2.2 O processo de trabalho dos trabalhadores de saúde no PSF do município de Jequié para a integralidade do cuidado ao indivíduo/ família assistidas (concepção de saúde, espaço de intervenção, objeto de trabalho, finalidade, instrumentos de trabalho e agentes).

2.3 Integralidade do cuidado na perspectiva de uma prática de relações:

- **Acolhimento:** acesso, respostas às demandas das USF, organização do processo de trabalho, relação trabalhador de saúde x usuário e usuário x trabalhador de saúde, ofertas de serviços às necessidades demandadas pelos usuários, humanização da prática, entre outros;
- **Vínculo:** relações interpessoais (usuário, trabalhador de saúde e a USF), participação da ESF, usuário/ família na solução dos problemas de saúde (compartilhamento de saberes, trocas de informações), reconhecimento de direitos e deveres – autonomia do usuário/família;
- **Resolubilidade:** capacidade de resolver os problemas de saúde;
- **Responsabilidade:** otimização tecnológica, momento de escuta e conversas (relação dialógica), intervenção resolutiva, co-participação da USF, ESF, usuário/ família, pelos problemas de saúde (clínica e sanitária).

APÊNDICE B:

Roteiro Para Entrevista Semi-Estruturada – Usuários/ família do PSF

Entrevista n° _____

Início: _____

Término: _____

1. Caracterização do (a) entrevistado (a):

- Idade: -----, Sexo: -----, Escolaridade: -----, Profissão/Ocupação: -----

2. Participação do (a) usuário (a)/família no PSF na atenção à saúde:

- Tempo que frequenta a USF: -----
- Motivo pelo(s) qual (ais) procurou a USF pela última vez (queixas):
- Serviço(s) ou atendimento(s) mais procurado pela família: -----
- Acesso a unidade (tempo de espera para conseguir atendimento, localização da unidade em relação ao domicílio do (a) entrevistado (a), meio de transporte utilizado, tempo gasto no atendimento).

3. Questionamento sobre:

- A relação entre os trabalhadores de saúde da USF e usuário frente as necessidades de saúde
- **Acolhimento:** acesso, respostas às demandas das USF, organização do processo de trabalho, relação trabalhador de saúde x usuário e usuário x trabalhador de saúde, ofertas de serviços às necessidades demandadas pelos usuários, humanização da prática, entre outros;
- **Vínculo:** relações interpessoais (usuário, trabalhador de saúde e a USF), participação da ESF, usuário/família na solução dos problemas de saúde (compartilhamento de saberes, trocas de informações), reconhecimento de direitos e deveres – autonomia do usuário/família;
- **Resolubilidade:** capacidade de resolver os problemas de saúde;
- **Responsabilidade:** otimização tecnológica, momento de escuta e conversas (relação dialógica), intervenção resolutiva, co-participação da USF, ESF, usuário/família, pelos problemas de saúde (clínica e sanitária).

APÊNDICE C:

Roteiro de Observação Sistemática**1. Caracterização da USF:**

- Tempo de funcionamento: -----. Localização: ----- Número de ESF na USF: -----
- Cobertura das famílias ----- Composição da equipe -----
- Estrutura física: descrição do ambiente (n de salas) e suas respectivas funções;
- Equipamento básico para atendimento da população;
- Organização dos serviços: caracterização da demanda (priorização das necessidades e prioridades), sistema de referência e contra-referência, serviços oferecidos e seus horários de funcionamento, meios de divulgação e educação à saúde;
- Gestão em saúde: negociação, pactuação e articulação intersetorial.
- Higiene do ambiente
- Iluminação do ambiente.

2. Processo de trabalho da ESF no cuidado às famílias:

- Concepção de saúde;
- Espaço de intervenção: saberes e práticas;
- Objeto de trabalho;
- Instrumento de trabalho (projeto terapêutico individual e coletivo);
- Agentes.

3. A Integralidade do cuidado.

- **Acolhimento:** acesso, respostas às demandas das USF, organização do processo de trabalho, relação trabalhador de saúde x usuário e usuário x trabalhador de saúde, ofertas de serviços às necessidades demandadas pelos usuários, humanização da prática, entre outros;
- **Vínculo:** relações interpessoais (usuário, trabalhador de saúde e a USF), participação da ESF, usuário/família na solução dos problemas de saúde (compartilhamento de saberes, trocas de informações), reconhecimento de direitos e deveres – autonomia do usuário/família;
- **Resolubilidade:** capacidade de resolver os problemas de saúde;
- **Responsabilidade:** otimização tecnológica, momento de escuta e conversas (relação dialógica), intervenção resolutiva, co-participação da USF, ESF, usuário/família, pelos problemas de saúde (clínica e sanitária).

APÊNDICE D:**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A Universidade Estadual de Feira de Santana / BA (UEFS), através da coordenação da Professora/pesquisadora Maria Ângela Alves do Nascimento e da participação da pesquisadora colaboradora, a estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS Vilara Maria Mesquita Mendes Pires elaboraram um projeto de pesquisa sobre a Integralidade do Cuidado no Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família com o objetivo de analisar o processo de trabalho desses trabalhadores, tendo em vista a integralidade do cuidado no Programa de Saúde da Família do município de Jequié-BA. Esta pesquisa poderá contribuir para a transformação da prática assistencial diante das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde com propostas de ações voltadas para o atendimento humanizado, direcionado-as para uma prática de saúde com vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade das ações de forma integral e de qualidade. Para coletar os dados será necessária a observação do trabalho dos trabalhadores de saúde das unidades de saúde da família selecionadas como também a realização de entrevista. As pessoas que queiram participar desta pesquisa não terão quaisquer gastos financeiros, também serão garantidos a não identificação da sua pessoa, tendo um local reservado exclusivamente para a conversa entre a pesquisadora e a (o) pesquisado (a), livre da escuta e observação das demais pessoas, garantindo o sigilo e confidencialidade da conversa durante e após a entrevista, onde as fitas gravadas ficarão arquivadas por dois anos no NUPISC, de modo a garantir a não utilização das informações em prejuízo das pessoas; será respeitada a integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual do sujeito entrevistado, sendo indenizado caso aconteça qualquer dano imediato ou tardio, de modo a evitar qualquer consequência danosa no que se refere à livre expressão de suas opiniões. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão estar relacionados a questões relativas a dificuldades de relação entre a pesquisadora e o sujeito participante do estudo, assim como em relação a questões a serem respondidas na entrevista caso o deixe envergonhado ou incomodado a respondê-las, podendo então o entrevistado desistir em qualquer momento de participar da pesquisa, sem sofrer qualquer punição ou caso as pesquisadoras notem algum dano ou risco à saúde no decorrer da pesquisa seremos obrigadas a suspender a pesquisa imediatamente. No que se refere aos resultados da pesquisa, após seu término estes deverão ser encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde, para que sejam divulgados e apresentados junto com os trabalhadores de saúde e família para uma possível (re) organização do processo de trabalho podendo ocorrer uma transformação, em prol de um cuidado humanizado através das práticas de saúde integral e de qualidade. Esclarecemos que em qualquer momento você como entrevistado poderá pedir todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como todos os procedimentos utilizados através das referidas pesquisadoras que poderão ser encontradas de segunda a sexta feiras no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS- VI módulo- NUPISC, km 03, BR 116, Campus Universitário em Feira de Santana, cujo telefone é (75) 3224 8162. As pesquisadoras informarão também que esta pesquisa deverá ser divulgada apenas em eventos de cunho científico como congressos, simpósios, seminários e publicação em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Após ter sido informado (a) sobre a pesquisa, caso concorde participar, por livre vontade deverá assinar juntamente conosco este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo.

Jequié, ----- de ----- de 2005.

Assinatura do Entrevistado (a)

Vilara Maria Mesquita Mendes Pires.
(Pesquisadora colaboradora)

Maria Ângela Alves do Nascimento
(Pesquisadora Responsável)

ANEXO

ANEXO 1: Ofício Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fonc: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 09 de março de 2005
Of. CEP-UEFS nº 043/2006

Senhora Pesquisadora: Maria Ângela Alves do Nascimento

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado *"Integralidade do Cuidado no Processo de Trabalho nas Equipes de Saúde da Família"* e registrado neste CEP sob Protocolo N.º 109/2005, CAAE 0114.0.050.000-05, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**09/03/2007**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,

Eliane Elisa de Souza e Azevêdo.
Coordenadora do CEP-UEFS.