

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LUANNA DEL CARMEN BARBOSA MATTANÓ

**A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE:
CONTOS (COM) SENTIDOS**

VITÓRIA
2013

LUANNA DEL CARMEN BARBOSA MATTANÓ

**A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE:
CONTOS (COM) SENTIDOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política e Gestão em Saúde e linha de pesquisa Políticas Públicas e Sistemas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

M435p Mattanó, Luanna Del Carmen Barbosa, 1987-
A prática da integralidade: contos (com) sentidos / Luanna
Del Carmen Barbosa Mattanó. – 2013.
96 f. : il.

Orientador: Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde.
I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

LUANNA DEL CARMEN BARBOSA MATTANÓ

**A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE:
CONTOS (COM) SENTIDOS**

Dissertação de Mestrado: Submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maristela Dalbello-Araujo - **Orientadora**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Duarte Lima - **Membro interno**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Ruben Mattos - **Membro externo**
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Francis Sodré - **Suplente interno**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^ª. Dr^ª. Maria Amélia Lobato Portugal - **Suplente externo**
Universidade Federal do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que está comigo numa proximidade tão grande que não me canso de impressionar. Guia meus passos, sorri comigo e me dá abrigo sempre. Sempre. À minha família que sempre me apóia e fortalece meus sonhos mesmo sem muitas vezes entendê-los. Obrigada por me chamar para tomar café quando estou a horas trancada no quarto, obrigada por ter tanta paciência com alguém que por muitas vezes foi distante. Ao meu companheiro, Rubinho, por me fazer enxergar meu egoísmo e meu mal humor e convertê-los em carinho.

Agradeço à minha orientadora/ parceira/ terapeuta/ pirata/ amiga Maristela por me dar a chance de estar junto em toda sua polimorfia e conhecer um pouco cada uma das suas faces. Alguém que sempre me impressiona com sua forma de ensinar e me surpreende com suas palavras em cada encontro. Você permitiu que eu fizesse esse percurso por mim mesma, deu-me autonomia e me fortaleceu tantas vezes sem perceber. Obrigada, obrigada, obrigada!

A minha co-orientadora de todas as horas e assuntos, Bruna Quintanilha. Uma amiga, uma parceira, uma orientadora, uma fortaleza. Tamo junto!

Às minhas amigas Jackeline e Thamy por me forçarem a estudar, a ler, a emagrecer, a ser feliz...

Aos meus colegas de turma do mestrado... Como foi bom conhecer vocês! Um refrigerio no cotidiano pesado, um arrepio de alegria entre as resenhas! Gilza, minha parceira de campo, com quem dividi e discuti tantas sensações e emoções! Aline, elétrica viajante errante, com quem passei tantos momentos bons! Jamais me esquecerei de nossas rotas, tapiocas e morangos. Juliana, Camila, Rúbia, Poliane, Gabriel, Daiane, Ana Paula... Obrigada a todos vocês! Pelas caronas, pela conversa na copa, pelos risos, trocadilhos e olhares dentro e fora da sala de aula. Espero poder encontrá-los novamente em outros caminhos nessa vida...

Ao GEMTES que é muito mais que um grupo de estudos. Obrigada pelos comentários, sugestões, críticas, conselhos, formações, congressos, seminários, cursos... obrigada pela possibilidade de crescer junto com vocês, obrigada por poder achar nesse grupo um refúgio, um lugar para desabafar, um ombro para chorar e energia de sobra para recarregar!

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

Muito obrigada!



(SCHULZ, ano não encontrado)

Na Carreira
(Chico Buarque)

Pintar, vestir
Virar uma aguardente
Para a próxima função
Rezar, cuspir
Surgir repentinamente
Na frente do telão
Mais um dia, mais uma cidade
Pra se apaixonar
Querer casar
Pedir a mão

Saltar, sair
Partir pé ante pé
Antes do povo despertar
Pular, zunir
Como um furtivo amante
Antes do dia clarear
Apagar as pistas de que um dia
Ali já foi feliz
Criar raiz
E se arrancar

Hora de ir embora
Quando o corpo quer ficar
Toda alma de artista quer partir
Arte de deixar algum lugar
Quando não se tem pra onde ir

Chegar, sorrir
Mentir feito um mascate
Quando desce na estação

Parar, ouvir
Sentir que tatibitati
Que bate o coração
Mais um dia, mais uma cidade
Para enlouquecer
O bem-querer
O turbilhão

Bocas, quantas bocas
A cidade vai abrir
Pruma alma de artista se entregar
Palmas pro artista confundir
Pernas pro artista tropeçar

Voar, fugir
Como o rei dos ciganos
Quando junta os cobres seus
Chorar, ganir
Como o mais pobre dos pobres
Dos pobres dos plebeus
Ir deixando a pele em cada palco
E não olhar pra trás
E nem jamais
Jamais dizer
Adeus

RESUMO

A Integralidade, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, constitui-se em uma recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito e impõe o diálogo na relação intersubjetiva. Trata-se de bandeira de luta, mobilização e exercício de humanidade e está ligada à constituição de sentido para os profissionais da saúde como um valor. O valor dá sentido ao mundo e por meio dele, as escolhas, caminhos, práticas e finalidades das ações são definidas. Assim, as práticas são encaminhadas a partir dos valores constituídos subjetivamente, por meio da valorização e revalorização das experiências cotidianas. Há, portanto, uma inseparabilidade entre valor e prática da integralidade. A construção de uma realidade integral na atenção ao usuário viabiliza-se por meio do exercício cotidiano das práticas profissionais e através de um aprendizado contínuo, aliado à abertura ao diálogo entre diversos profissionais e a comunidade. Esta pesquisa visou analisar as práticas dos profissionais de saúde, buscando compreender como exercem a integralidade. Analisamos, a partir do diálogo com trabalhadores, os caminhos, as estratégias e as dificuldades para a consolidação da prática da integralidade no cotidiano. Realizamos seis sessões de grupo focal e da leitura de sua transcrição elegemos três temas destacados através do Mapa de Associação de Idéias proposto por Spink (1999). A partir deles construímos três contos que ilustram as opiniões e formas de vivenciar a integralidade pelos trabalhadores. Os contos, tais como histórias, permitem uma melhor aproximação das realidades, possibilitando que o leitor perceba todos os aspectos presentes nas situações postas. A análise destaca a falta de diálogo, a rotina, a necessidade de cumprir metas baseadas em procedimentos e o conceito de saúde como ausência de doença como os principais entraves para o alcance da integralidade. Em contrapartida, apontamos que a interdisciplinaridade, o embasamento em valores humanizados, a promoção da saúde e uma formação que reposicione o conceito de saúde viabilizam e fortalecem práticas integrais.

Palavras chaves: Assistência Integral à Saúde, Integralidade, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Comprehensiveness, one of the guidelines of the National Health System, consists in a refusal of reductionism and objectification of the subject and imposes dialogue in intersubjective relationship. It's battle flag, mobilization and exercise of humanity and is linked to the constitution of meaning for health professionals as a value. The value gives meaning to the world, and through him, choices, paths, practices and objectives of the action are defined. Thus, the practices are routed from the values established subjectively through appreciation and revaluation of everyday experiences. There is an inseparability between value and practice of completeness. The construction of reality integral enables up by exercising everyday professional practices, and through continuous learning, combined with openness to dialogue between various professionals and the community. This research aimed to analyze the practices of health professionals, seeking to understand how exercise the comprehensiveness. Analyzed from the dialogue with workers, the ways, strategies and difficulties in consolidating the practice of comprehensiveness in everyday life. We conducted six focus group sessions and reading your transcript we have chosen three themes highlighted by the Association of Ideas map proposed by Spink (1999). From them we built three stories that illustrate the opinions and ways of experiencing the workers. The stories, such as stories, allow a better approximation of reality, allowing the reader learns all aspects present in situations. The analysis highlights the lack of dialogue, the routine, the need to meet targets based on procedures and the concept of health as absence of disease as the main obstacles to the achievement of comprehensiveness. In contrast, we point out that interdisciplinarity, the values humanized, health promotion and training enable and strengthen comprehensive practices.

Keywords: Comprehensive Health Care, Completeness, Unified Health System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 - Regionais Territoriais de Saúde de Vitória – p.46

LISTAS DE SIGLAS

ESF – Equipe de Saúde da Família

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PPGSC – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

USF- Unidade de Saúde da Família

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

SUMÁRIO

1 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA – BASES DO SUS.....	14
2 INTEGRALIDADE.....	18
3 A INTEGRALIDADE QUE VALORIZAMOS.....	25
4 SENTIDOS EM NÓS – A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOB A ÓTICA CONSTRUCIONISTA.....	28
5 OBJETIVOS.....	33
Objetivos Específicos.....	33
6 CAMINHOS.....	34
Abordagem Qualitativa.....	35
Caminhando.....	36
Grupos Focais.....	37
Mata de Associação de Idéias.....	39
Aspectos éticos.....	40
Contos – uma forma de comunicação dos dados.....	40
7 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS – INTERPRETANDO SENTIDOS E VIVÊNCIAS.....	44
8 A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE: CONTOS (COM) SENTIDOS.....	47
Cenário.....	48
Conto um: As partes sem um todo.....	50
Integralidade repartida.....	54
Conto dois: O corpo auto imune.....	60
Ausência de Integralidade	64
Conto três: Visão e flor da pele.....	69
Leituras e reflexões sobre a Integralidade na pele.....	73
9 Dificuldades e Facilidades para uma prática integral.....	78
10 Pontos de chegada e novos pontos de partida.....	84
REFERENCIAS.....	86
APÊNDICES.....	93
Apêndice A [Roteiro para Grupo Focal]	93

Apêndice B [Roteiro de Entrevistas Semi estruturadas]	94
Apêndice C [Termo de Consentimento Livre e Esclarecido]	95
Apêndice D [Cartaz de Divulgação dos Grupos Focais].....	96

1 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA – BASES DO SUS

A construção das políticas públicas de saúde no Brasil é resultado do embate de muitos atores sociais e de lutas constantes que dizem respeito não somente ao direito à saúde, mas também ao exercício da cidadania e democracia. O conceito de saúde que se defende na Reforma Sanitária rompe as barreiras da tradicional “ausência de doença” e considera determinantes e condicionantes sociais, econômicos e culturais além dos fatores biológicos. Fazer saúde é promover, produzir e permitir a criação de produções sociais.

Antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Movimento da Reforma Sanitária já trazia firmemente os valores e crenças que posteriormente iriam integrar as diretrizes e princípios do sistema de saúde brasileiro (MATTOS, 2009; LUZ, 2007).

Realizando um resgate na história da criação do SUS, remetemo-nos a um recorte histórico na década de 60, uma vez que as políticas públicas vigentes até essa época eram caracterizadas por ações sanitaristas e campanhistas que se resumiam a ações pontuais de caráter imediato: uma ação focada em curar ou prevenir de forma diretiva, sem continuidade ou qualquer forma de educação em saúde. Destacamos também no período anterior a Reforma um modelo de atenção à doença baseado nos Institutos de Aposentadoria Privada, exclusiva aos trabalhadores organizados (DA ROS, 2005). Nos casos de doença ou acidentes, a assistência à saúde resumia-se a cura e tratamento das enfermidades a fim de recuperar os indivíduos para o trabalho.

A percepção e abertura do campo da saúde como algo social foi fundamental para a construção do atual sistema de saúde brasileiro. A tese de Arouca (1975) marca a história da Saúde Coletiva no Brasil, uma vez que propõe a construção de uma teoria social da saúde. Até então, a saúde era pensada e exercida num nível biológico, abstendo-se das questões sociais, subjetivas, econômicas que dizem respeito ao ser humano como um todo.

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, foi também um dos pontos culminantes na discussão contra a

elitização da prática médica – a falta de acessibilidade a todos os cidadãos, uma vez que se discutia a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos (CORDEIRO, 2004).

A década de 1970 inicia-se com um movimento de contestação ao sistema de saúde governamental, que foi ganhando força em várias regiões do país. As propostas alternativas ao modo vigente destacavam inovações como a participação popular, à integralidade e universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização.

As conquistas populares no Brasil, que se iniciaram na referida década trouxeram inúmeras contribuições para os movimentos sociais em defesa da saúde como um direito do cidadão. Esta década, em particular, configurou-se como momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas Conferências e nos Conselhos de Saúde.

No ano de 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde que se configura como marco para a saúde por ter levantado inúmeras temáticas que foram debatidas e incorporadas pela Assembléia Nacional Constituinte que culminou com a saúde como direito.

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um grupo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a redemocratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que recebeu o nome de Reforma Sanitária (PAIM, 2007).

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988, aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 1990). Essa mudança constitucional foi assegurada no setor saúde pelas Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90.

O SUS propõe uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Por meio do olhar social busca atender cada um dos brasileiros em sua peculiaridade.

Para tanto, constitui-se de princípios e diretrizes que são pilares desse sistema. Apegamo-nos aos princípios - doutrinários, políticos ou mesmo filosóficos - para ampliar o entendimento da proposta inaugurada pelo SUS. Utilizamos esses termos a fim de caracterizar as bases conceituais do sistema de saúde vigente, isto é, os valores que embasaram e definem a nossa política de saúde.

A Integralidade, a Equidade e a Universalidade apresentam-se como pilares de mudança para a construção de um sistema próximo e presente na realidade brasileira. Essas diretrizes conceituais apresentam-se não somente como princípios pertencentes **do sistema de saúde**, mas como princípios e elementos constituintes **do direito à saúde** (ASENSI, 2007). Entendemos, portanto, a afirmação da cidadania como norte de toda e qualquer prática em saúde, através do reflexo das idéias e ideais da Reforma Sanitária no fazer saúde.

Marques (2009) afirma que as diretrizes constitucionais balizam a construção da política pública, isto é, a partir das diretrizes um caminho é construído, uma forma e uma meta são traçadas. As diretrizes do SUS emergiram do movimento da Reforma Sanitária e estavam presentes desde o início como norteadores. Partiram de uma crítica ao modelo de saúde vigente a fim de “uma transformação radical da concepção de saúde predominante, do sistema de serviços e ações de saúde e de suas práticas” (MATTOS, p.41, 2001).

No entanto, é preciso ter em vista que a absorção desses ideais não se dá de maneira homogênea, as diretrizes devem ser compreendidas, absorvidas e legitimadas por aqueles que fazem parte do sistema. Uma vez acolhidas na constituição federal, as diretrizes soam como dever de todos aqueles que estão envolvidos na prática de saúde, e a interpretação a cerca desses ‘caminhos’ pode variar. Durante todos esses anos de construção do SUS os princípios e diretrizes vem sendo tratados de maneiras diversas, com destaques variados que são delineados em cada conjuntura (MATTOS, 2009). Há, portanto, definições

dinâmicas, compostas e híbridas a partir de uma matriz de entendimento definida no bojo da Reforma Sanitária.

2 INTEGRALIDADE

A discussão sobre a integralidade surgiu na década de 1980 como uma tentativa de superação da dicotomia entre ações assistenciais curativas - de caráter individual - e ações de promoção e prevenção – coletivas e representadas pelas campanhas de saúde (CUNHA, 2009; CARVALHO, 1993). No movimento da Reforma Sanitária, entre diferentes vozes e vontades, a integralidade estava sendo germinada como aquilo que se desejava para o novo sistema de saúde brasileiro. Feuerwerker (2005) pontua que a atenção integral representava uma das principais idéias-força da Reforma Sanitária, propondo uma reconceitualização da saúde. Mattos (2009) descreve que no contexto da Reforma Sanitária nem sempre os diversos princípios e diretrizes do SUS foram tratados com igual importância; em alguns momentos os valores estavam firmes e consensuais, em outros não. Reflexo da heterogeneidade do movimento, mesclavam-se e diferenciavam-se em importância até o momento em que foram definidos (MATTOS, 2009).

A integralidade está presente no artigo 198, seção II da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) como “atendimento integral” e é reafirmada na Lei 8080/90. A partir dessa lei, possui diversas interpretações (FRANCO, MAGALHÃES JUNIOR, 2007; MARTINS, 2006; AYRES, 2004; MATTOS, 2001). Mattos (2001) considera que a integralidade possui sentido polissêmico. Ela é em sua essência uma “recusa ao reducionismo e a objetivação do sujeito, configurando-se como uma abertura ao diálogo” (MARTINS, p.16, 2006); uma bandeira de luta, mobilização e exercício de humanidade (MATTOS, 2001). Pode ser vista como “princípio e prática produtora de relações, signos e significados (...), um termo plural, ético e democrático que quando se constitui em práticas eficazes, produz efeitos de polifonia” (SILVA, p.28, 2006).

Tendo em vista a necessidade de mudança na postura dos profissionais quanto ao cuidado ao ser humano, Ayres (2004) enfoca a integralidade na relação usuário e profissional como evidência da inseparabilidade entre o plano individual e o plano social e coletivo. Pinheiro e Mattos (2009) denotam que a integralidade abre a possibilidade de pensar e agir no sentido da alteridade¹ e da responsabilidade

¹ Alteridade é uma concepção discutida inicialmente pela Antropologia que parte do pressuposto básico de que todo o homem é social, interage e interdepende do outro. A partir dessa premissa, a alteridade pode ser entendida como colocar-se no lugar do outro, para através do olhar do outro poder compreender e se aproximar de forma diferenciada de sua realidade.

acerca das escolhas sobre os meios e formas de os sujeitos cuidarem e serem cuidados (PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Numa outra perspectiva, Franco e Magalhães Júnior (2007) destacam que o trabalho centrado no usuário como sujeito integral compreende o uso de tecnologias-leves – ação acolhedora, vínculo estabelecido com o usuário, significado da relação profissional/usuário. A integralidade se realiza quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, abrindo-nos ao diálogo com o outro (MACHADO et al, 2007; MATTOS, 2004).

[...] [A] integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais (Ceccim; Feuerwerker, 2004. p.1407).

Nesse sentido, Lima (2009) expõe a urgência em transformar a formação dos profissionais visto que ela é controversa e recorda que “a experiência primeira dos alunos se dá, majoritariamente, na ausência do cuidado” (LIMA, p. 790, 2009), isto é, a graduação ainda se pauta no enfoque biomédico que distancia a discussão do trabalho em saúde da esfera relacional, subjetiva e holística. Assim, “(...) perde-se o sentido da integralidade e fortalece-se a desintegração do homem” (LIMA, p. 790-791, 2009).

Amâncio Filho (2004) destaca a existência de uma dificuldade na aplicação prática dos diversos conceitos e teorias do campo da saúde. Daí a necessidade de uma problematização da formação, do processo e da qualidade do trabalho construídos a partir da realidade, de uma vivência de aprendizado na prática (CECCIM, FEUERWEKER, 2004). Assim, há um imperativo de mudanças necessárias na formação inicial e continuada.

A formação de recursos humanos na área de saúde é de extrema importância e cabe ao SUS ordená-la (Brasil, 1988). A integralidade é pensada enquanto reformuladora do projeto de assistência em saúde (CECCIM, FEUERWEKER, 2004), uma construção coletiva. Assim,

(...) A integralidade da atenção, então, deve informar o campo das práticas e o de uma formação que dê possibilidade a essas práticas. Fecha-se um

roteiro em que cada diretriz deveria interrogar as demais em busca da unicidade do sistema, sem postergar responsabilidades. (Ceccim, Feuerwerker, 2004. p.1401).

A formação e capacitação dos profissionais quando alinhadas e atualizadas a partir dos princípios do SUS podem resultar na melhoria do atendimento na atenção, uma vez que esta se dá a partir da articulação, construção e prática da integralidade. Koifman, Saippa-Oliveira e Fernandez (2007) destacam que há uma necessidade de mudança nas diretrizes curriculares dos cursos de saúde para a constituição de um perfil do egresso em consonância com as diretrizes do SUS.

O processo de formação em saúde, segundo o modelo tradicional de organização dos cursos universitários, polariza-se a partir de uma visão dicotômica positiva-tecnológica, na qual são enfatizados os aspectos técnicos-científicos, por um lado, e fisiológicos-ideológicos, por outro. Desta feita, a cultura escolar enfatiza o intelectual, em detrimento da dimensão social, afetiva, estética, motora, manual ou ética dos alunos. E, dentro do intelectual, a recepção e a memorização em detrimento de outras possibilidades intelectuais, como a consolidação e valorização da capacidade de produção de sínteses críticas sobre o que determina o adoecer (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ, 2007. p. 170).

Discutimos então uma prática que permita a compreensão integral do ser humano, objeto do trabalho em saúde (ARAÚJO e ROCHA, p. 459-460, 2007). É necessário pensar uma formação integral para uma prática integral, já que essa é transformada a partir dos seus atores (PINTO et al, 2010).

Quando articulada ao trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF), a integralidade também se apresenta como um desafio. Com a proposta de ampliar o vínculo entre as Unidades de Saúde e as famílias de um mesmo território, a ESF é uma oportunidade para a efetivação da integralidade e da promoção da saúde. Quando pensada no trabalho em equipe, as ações inter/transdisciplinares são caminho para o desenvolvimento de práticas mais integrais (SCHWARTZ et al, 2010; ARAÚJO, ROCHA, 2007), mais do que somar ou partilhar saberes, é necessário a troca e integração da equipe (ABRAHÃO, 2007).

De forma similar, Cecílio (2001, p.115) afirma a integralidade como “fruto de esforço e confluência de vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. Ressalta a necessidade da criação de espaços comuns de troca entre os profissionais em prol de uma prática mais integral.

Entretanto, o que se percebe é que muitos profissionais permanecem realizando práticas segmentarizadas e individuais mesmo integrados em equipes multidisciplinares. Araújo e Rocha (2007, p. 458) afirmam que “o aprisionamento de cada um em seu campo específico de saber e prática limita o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho ‘morto-dependente’”.

Construir formas de atenção mais integrais implica promover o diálogo, favorecer a troca de conhecimentos, a transdisciplinaridade entre distintos saberes formais e não-formais, entre profissionais e usuários (FRANCO E MAGALHÃES JÚNIOR, 2007; MACHADO et al, 2007).

Camargo Júnior (2005) pontua que a integralidade é um eixo norteador de formas de agir em saúde, uma premissa básica que pode ser discutida de várias maneiras dentro de um mesmo princípio. Dessa forma, a partir de um conceito comum, várias práticas seriam possíveis, uma vez que estariam dentro do limiar entendido como integralidade. Segundo o autor, a integralidade extrapola uma única definição, torna-se um ideal regulador, um dever. É o entendimento esperado dos trabalhadores de saúde que deve transformar as práticas profissionais em cuidado integral.

Apesar de ser bastante discutido, alguns fatores estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde dificultando e inviabilizando a execução das diretrizes e princípios do SUS. Campos (2006) alerta para o fato de que a Reforma Sanitária continua, e que assegurar os princípios fundamentais é um processo lento e difícil. Afirma ainda que há valores e projetos distintos e que a luta permanece para que haja mudança da cultura instaurada sobre o modelo de atenção.

Koifman, Saippa-Oliveira e Fernandez (2007) trazem a máxima que a práxis sempre transforma tanto o objeto como o sujeito. Podemos dizer que a prática da integralidade é uma relação entre intersubjetividades que transforma ambas as partes. Agir integralmente, portanto, significa reconhecer o lugar e o contexto de todos os atores envolvidos do serviço de saúde.

Revalorizando o exercício da cidadania, a integralidade provoca um incômodo para a reinvenção de um fazer saúde que dê possibilidades a uma relação horizontal e promotora de autonomia do sujeito.

Alguns autores chamam atenção para fatores que podem contribuir com uma prática mais integral. Cecílio (2006) pontua que a intersectorialidade deve ser pensada junto com as práticas de integralidade, uma vez que a rede potencializa essas atividades.

A prática da integralidade depende também da educação permanente dos profissionais que atuam, e da compreensão de que a promoção da saúde e a prevenção de doenças são instrumentos que não podem estar desarticulados de um contexto no qual vivem os sujeitos que utilizam os serviços de saúde.

Pereira (2009) lembra que a preparação das qualidades sensíveis dos sujeitos para o cuidado é nenhuma, e que há necessidade de uma abordagem política, filosófica, cultural e sociológica para que o trabalhador se aproprie do cuidado na saúde no âmbito da integralidade. O autor afirma que é necessário uma “educação dos sentimentos, dos sentidos e da sensibilidade” (PEREIRA, p. 160, 2009).

Silva et al (2007) discutem que as capacitações para os profissionais de saúde ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos trabalhadores. Os autores sugerem uma formulação de novas estratégias para transformação dos trabalhadores, investindo numa capacitação que atenda aos princípios de uma gestão humanizada e qualificada que compõem a nova ordem do SUS. Os autores colocam que a integralidade deve ser o eixo norteador das capacitações em saúde, já que a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais, a partir de um conceito ampliado de saúde, respeitam a subjetividade do usuário mediante ao acolhimento e a responsabilização. A educação permanente em saúde promove um diálogo que permite a articulação da integralidade como caminho de mudança para a prática em saúde.

As mudanças de concepções e práticas de saúde dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão e dos processos de trabalho. (SILVA, OGATA, MACHADO, 2007, p. 400).

Deslandes (2009, p. 393) ressalta que é preciso uma formação que impacte na prática em saúde. Fóruns de debate e formação continuada que foquem na alteridade cultural, presente no processo de cuidado e a discussão crítica do modelo de cuidados no que concerne aos processos de despersonalização, desinformação, isolamento e desautonomização aos sujeitos.

No que se diz respeito a educação em saúde, Machado et al (2007) colocam que a educação em saúde requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, como processo político pedagógico, que permite desvelar a realidade e propor ações transformadoras . A integralidade, nesse sentido, é tida como eixo norteador das ações de educação em saúde. Os mesmos autores lembram que a integralidade requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Cunha (2009) delinea a integralidade a partir de quatro dimensões: primazia das ações de promoção; garantia da atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação e abordagem integral dos indivíduos e famílias. Cada uma dessas dimensões tem importância significativa nos serviços de saúde e contempla diferentes âmbitos de intervenção, no entanto, é no espaço da prática assistencial, no contato do profissional de saúde com o usuário e na utilização do serviço de saúde que a integralidade se efetiva, imbricada com todas as outras dimensões (CUNHA, p. 18, 2009)

De forma geral, a integralidade vem sendo discutida a partir de seu caráter transformador, de sua importância como valor para o sistema de saúde e conjugada a alguns temas. Podemos destacar dentro da literatura já comentada os paralelos da integralidade junto a formação profissional, as capacitações, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a multiprofissionalidade e a educação em saúde. No entanto, pouco se discute sobre os caminhos para consolidação efetiva desse princípio. Há, de certa forma um entendimento de que é importante seguir e prezar pela integralidade, bem como pelos demais princípios doutrinários, mas pouco se discute como essas doutrinas são vivenciadas na prática do cotidiano, ou mesmo como são viabilizadas. Temos a certeza de que conjugada aos seus pares (formação, intersetorialidade, educação em saúde, promoção da saúde, trabalho em equipe) pode promover a mudança que tanto lutamos no serviço de saúde. Mas, como de fato, podemos começar esse movimento? De que forma esse princípio é vivenciado pelos trabalhadores de saúde no cotidiano?

Cabe fomentar essa discussão tendo em vista os profissionais da Estratégia Saúde da Família, ressaltando a importância em analisar quais caminhos vivenciados por eles no serviço, quais sentidos da integralidade têm sido defendidos na prática. Além

disso, vale compreender de que forma são produzidos esses sentidos no cotidiano do trabalho em saúde e promover novos questionamentos e atualizações da realidade vivenciada no sistema de saúde local.

Buscamos essa compreensão a partir dos próprios trabalhadores, descobrindo os modos, caminhos, estratégias e dificuldades na consolidação desta realidade no cotidiano.

3 A INTEGRALIDADE QUE VALORIZAMOS

Uma vez apresentado essa gama de possibilidades cabe distinguir a integralidade que valorizamos. É importante salientar que defendemos essa integralidade por que ela faz sentido para nós, e de fato, constitui-se como um posicionamento ético e político.

Descrevemos a seguir a aposta do termo integralidade que nos moveu a estudar, pesquisar e acreditar no SUS como promotor de saúde. Uma integralidade que está na pele, nos olhos, no ranger de dentes.

Tangida pelas concepções dos autores citados, estamos entendendo a integralidade como **valor** a partir da construção de um conceito de ser humano que ultrapassa limites naturais, ou seja, entendendo-o em diversas dimensões (psicológica, emocional, espiritual, social, comunitária...). É esse ser humano completo que dá valor: aposta na totalidade comum a todos. Valor esse que só pode ser compreendido através da alteridade e conseqüente compreensão da horizontalidade das relações. Isto é, colocar-se no lugar do outro implica compreendê-lo como um todo assim como a si mesmo. É essa a integralidade que defendemos: um valor pautado na alteridade, na horizontalidade das relações e na subjetividade implicada no fazer saúde.

Reconhecemos a integralidade como valor quando ela é atitude, explicitada no dia a dia, nos pequenos detalhes. A inseparabilidade de valor e prática depende, então, desse conceito que temos de valor. Se nos embasarmos por outra determinada definição, poderíamos ter o valor mais como uma teoria, um conceito distinto e separado do fazer. Ter a integralidade como um valor abstrato em si não implica uma prática cuidadora totalizadora. No entanto, quando esse *valor tem sentido*, ressoa em nós subjetivamente, e então, o defendemos na prática. É através dessa defesa, dessa exposição da certeza que se tem naquilo em que se acredita, que reconhecemos um valor. Em suma, a integralidade como valor só é defendido – e, portanto, praticado dessa maneira– quando faz sentido para aquele que o pratica.

Pinheiro e Luz (2003) alertam que a prática tem sido tratada como um campo de aplicação ou verificação de idéias, propostas ou modelos. Esse tratamento enjaula o agente num campo de reprodução, isto é, num experimentador de idéias.

Entendemos que o campo da prática é espaço de defesa e também de construção de valores. Espaço de transformações sociais, políticas e porque não dizer, espaço também de transformação subjetiva. Não há, portanto, distinção de valor e prática. Acreditamos que é no cotidiano que nos posicionamos e explicitamos os valores que apostamos, aquilo que acreditamos, lutamos; que nos constitui e que nós constituímos. É no cotidiano que o valor da integralidade mostra o seu sentido.

Bakhtin (1992) ao discutir a natureza social da consciência, entende que esta adquire forma nos signos criados num determinado grupo social, isto é, a subjetividade se constrói na interação com o outro. De forma similar, Campos (2003) pontua que o homem é resultado das relações que estabelece e que, portanto, um indivíduo não existe sozinho. O entendimento que temos a respeito das coisas que nos rodeiam, isto é, a forma como vemos o mundo e as pessoas, constituem nossa singularidade. É na relação com o outro que o princípio da integralidade, quando presente como valor humano pautado na horizontalidade, traduz-se em cuidado.

Nessa ótica, as pessoas são encaradas como sujeitos e a atenção deve ser totalizadora, levando em conta todas as suas dimensões (CAMPOS, 2003). Debruçamo-nos, portanto, sobre a relação estabelecida entre sujeitos no serviço de saúde: a integralidade como uma lente ampliadora das possibilidades de cuidado.

Para delinear um pouco mais, é necessário fazer algumas considerações: a) estamos entendendo a integralidade de forma ampla, sem limitá-la a um nível de atenção; b) considerando-a como uma diretriz, não estamos limitando seus conceitos, mas sim, afirmamos e compreendemos sua amplitude; c) compreende-se que a integralidade possui formas e sentidos diversos no fazer em saúde, e que o valor – definido anteriormente neste trabalho – é um desses sentidos.

A integralidade que propomos possui estreita relação com o sujeito que executa o fazer em saúde (profissional de saúde) e com o sujeito que compartilha desse fazer (usuário), isto é, a abordagem integral dos indivíduos e famílias. Falamos do valor que se constitui como “construção social, pois apresenta um potencial de horizontalização das relações entre os atores envolvidos do campo da saúde” (ASENSI, 2007, p.88). A integralidade que está na relação **sujeito-sujeito**. Esta relação retoma a idéia da recusa ao reducionismo uma vez que nela não fazemos

diferenciação de um conhecimento superior a outro. A alteridade é a premissa básica para tanto. O que se constrói a partir dessa concepção de integralidade é um serviço de saúde que contempla melhor as necessidades da população já que esta participa desse processo, uma relação que permite trocas e construções conjuntas. Relação que estimula o diálogo e a compreensão, a autonomia e a co-responsabilidade (CUNHA, 2009).

4 SENTIDOS EM NÓS – A PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOB A ÓTICA CONSTRUCIONISTA

Como dito anteriormente, apostamos na integralidade como valor porque esse valor – visto através da alteridade e horizontalidade da relação – faz sentido para nós. Porém, o que estamos querendo dizer com esse termo: “fazer sentido”? Ora, talvez no decorrer de nossas vidas tenhamos utilizado esse termo muitas vezes sem refletir sobre o que ele significa.

Para embasar o termo que estamos utilizando e posteriormente analisarmos as construções de sentido, imergimos no campo de conhecimento construcionista.

Spink (1999) pontua que nessa vertente a noção de indivíduo é uma construção social. De forma geral, o construcionismo pontua que a realidade em si é relativa a nós mesmos, e “tanto o objeto como o sujeito são construções sócio-históricas: o modo como acessamos a realidade institui os objetos que constituem a realidade” (SPINK, 1999, p. 76).

O construcionismo está interessado em identificar os meios pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo a si mesmas. Dessa forma substitui a questão epistemológica sobre ‘o que’ do conhecimento pela questão do ‘como’. Cada entendimento a respeito de algo é uma construção ativa de um sujeito e não somente uma reprodução passiva de algo (SPINK, 1999). Busca compreender a interação dialógica, a relação do indivíduo com o outro e o mundo. Assim, situa-se no espaço da interpessoalidade, na relação.

A partir desse entendimento, o construcionismo postula a idéia de sentido como uma construção dialógica e social, isto é

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (SPINK, M. J. Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 1999. p. 41)

Logo, denominamos de sentido o entendimento que o sujeito constrói em relação as coisas que vive, a forma que ele constituiu de enxergar o mundo. Importante ressaltar que enquanto construção, o sentido não é estático e pode ser

desfamiliarizado, modificado, embora dificilmente possa ser desconstruído (SPINK, 1999). Essa afirmação remete-nos ao fato de que as construções de sentido acontecem em diversos níveis, em tempos distintos e tem intensidades variantes. Podemos pontuar, por exemplo, a leitura de um texto que em determinado período da vida é lido e passa de forma imperceptível a memória e aos afetos. Passado algum tempo, quando é resgatado, abala nossos humores e pode trazer a tona um sentido e reações diferentes das vivenciadas em um primeiro momento. Certamente, alguma alteração dos sentidos em nós proporcionou um entendimento diferente em ocasiões diferentes de um mesmo texto. A produção de sentido é um fenômeno sociolingüístico e pode ser analisada a partir da prática discursiva. Nesse caso, define-se em três dimensões básicas: a linguagem, a história e a pessoa.

Salles (1991) coloca que o sentido atribuído por cada pessoa é compreendido como o processo de subjetivação de sua realidade e Spink (1999, p. 30) define que a postura construcionista reivindica a necessidade de remeter a verdade à esfera da ética e pontua a importância não como verdade em si, mas como relativa a nós mesmos.

Nós damos sentido ao mundo e é através desses sentidos que as escolhas, caminhos, práticas e finalidades das ações são definidas. Assim, afirmamos que as práticas serão encaminhadas a partir dos sentidos constituídos socialmente e a principal fonte de construção desses sentidos é o cotidiano. Daí, portanto, a inseparabilidade entre valor e prática da integralidade. São experiências que constituem um sentido traduzido aqui como valor e é esse sentido que constitui práticas. Entendemos, portanto, que o sentido não é somente o saber, nem mesmo somente a teoria, mas é o sentimento em relação a experiência e também, a própria experiência em si.

Podemos entender a integralidade como um princípio subjetivo, isto é, sua construção, interpretação e prática serão vividas singularmente a partir dos sentidos que os trabalhadores de saúde atribuem. A relação do trabalhador com o outro e o mundo tem um significado próprio, particular, bem como o sentido de saúde que ele possui. A integralidade como valor pressupõe uma forma de olhar/ agir não somente o usuário, mas também o colega de trabalho, a si mesmo, o ser humano, de forma geral. Tendo a integralidade como valor, configuramos e restabelecemos um modo

de sermos efetivamente humanos. Em sua essência faz uma compreensão da saúde como direito de ser, ser diferente e publicamente respeitado por isso (PINHEIRO, 2009).

A integralidade construída em cada sujeito conjuga-se com seu modo de vida, ressoando em diversos espaços. Como valor, não há como deixar de vivenciá-la, não há como desgarrá-la da subjetividade.

Quem está no SUS é convidado a vivenciar valores. Então, há um valor a ser defendido no serviço de saúde: a integralidade como forma de ver o ser humano como um todo, considerando-o em sua plenitude – o trabalhador, o pai, o amigo, o usuário, o pastor, o portador de determinada doença, o homem. Repleto de construções, assim como eu. Um princípio doutrinário acolhedor de subjetividades.

Um valor em comum, um valor partilhado, valor esperado daqueles que constituem esse sistema de saúde. Uma proposta de transformação da prática da política de saúde, uma redefinição de valores sociais, oportunidade de revisão e reconstrução de valores pessoais (ASENSI, 2007).

É indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados. (CAMPOS, 2003. p. 581).

Apreciamos, portanto, um sistema de saúde construído por humanos, de pele, carne, osso, sentimentos e tudo o mais. Há pensamentos e intenções por toda a parte. Temos no encontro entre profissional e usuário um encontro de subjetividades, e nessas o encontro de sentidos que podem ser similares ou não.

Para ilustração, podemos imaginar que na linguagem é possível enxergar um caleidoscópio de sentidos. Várias 'interpretações' de determinada realidade, como se cada janela proporcionasse um entendimento e uma relação com o mundo. Numa dessas janelas de sentido, visualizamos a integralidade como valor. No entanto, é preciso reconhecer, através dos discursos, quais os demais sentidos presentes no cotidiano, buscando compreender como a integralidade é vivenciada.

Devemos levar em conta que o profissional é tão diverso quanto as formas de construir e compor a integralidade.

(...) a produção de idéias está diretamente relacionada com as atividades práticas do homem e com as formas pelas quais se permitem afetar por estas atividades, assim como pelas relações que se estabelecem em torno delas. (DALBELLO-ARAÚJO, p.112, 2008)

Assim, entendemos que a vivência da integralidade relatada pelos trabalhadores dizem respeito não somente de um conteúdo que foi assimilado, mas de uma relação com a subjetividade de cada um, em outras palavras, a partir da particularidade de cada sujeito. Dessa forma, temos uma diversidade de possibilidades de práticas que podem ser entendidas como integrais.

Afirmando tais dimensões, compreendemos que as experiências de vida de cada sujeito possuem entendimentos e considerações distintas. Elas poderão se tornar significativas ou cair no esquecimento. Uma experiência simples pode ser marcante e formativa para alguém mas não para qualquer um. O que tornará a experiência significativa é a forma como a pessoa irá vivenciá-la, o sentido que o fenômeno adquire. Podemos assistir uma aula, uma cena de filme, ter uma vivência familiar ou realizar a prova de concurso público e qualquer uma dessas experiências pode se tornar significativa e ressoar a construção da integralidade como valor. Mas a questão é que, com diversos sentidos, não há somente esta forma de vivenciar este princípio. Afirmamos por isso a integralidade como princípio subjetivo, visto que possui estreita relação com o modo de vida do sujeito, com a forma com que ele enxerga o mundo, com o sentido construído por ele no cotidiano. São esses fatores singulares que irão dar o contorno da prática dessa política pública do cotidiano.

Entendemos que a política pública pode ser interpretada de diversas maneiras e como consequência é construída no cotidiano de forma subjetiva, isto é, cada trabalhador exerce o seu entendimento de determinada política na prática do dia a dia. No entanto, é importante uma ressalva. Estamos levando em conta que a prática em saúde é considerada política pública quando compõe, isto é, faz parte do escopo de possibilidades de entendimento de determinada política. No caso da integralidade, por exemplo, entendemos que a política pública balisa diversas nuances desse princípio. Logo, buscamos reconhecer quais dessas nuances, quais desses sentidos estão em voga na prática nesse determinado recorte, nosso cenário

de pesquisa. Quando uma determinada prática escapa desse escopo, deixa de ser uma política pública e passa a ser uma atitude isolada, um fazer sem finalidade coletiva, uma produção independente que não agrega sentidos desejados ao SUS.

Esse novo entendimento de política pública considera o fazer-saber e busca analisar as construções presentes no cotidiano por isso mostra-se atual e relevante para esta pesquisa.

5 OBJETIVO GERAL

Analisar os discursos dos trabalhadores de saúde sobre a sua prática, buscando compreender como vivenciam a integralidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os sentidos atribuídos à integralidade pelos trabalhadores da ESF da região de Maruípe, Vitória/ES;
- Analisar quais as dificuldades encontradas para a prática da integralidade;
- Articular o conceito da produção de sentidos no cotidiano, através das práticas discursivas como forma de acessar as concepções de integralidade.

6 CAMINHOS

“O caminho faz-se caminhando”.

F. Pessoa

Gosto de pensar a metodologia como um caminho a ser construído para chegar em algum lugar. Da ponta do caminho onde estamos, há algumas expectativas, dúvidas e suposições. Às vezes há superstições. Quase sempre, ambições. O que se sabe de verdade é que escolher o seu caminho não é fácil. Acho até que é ele quem nos escolhe. É como que pisássemos o chão, sentíssemos a firmeza da areia, a poeira entre os dedos e tivéssemos a quase certeza que é por ali.

O pesquisador é um aventureiro. Segue suas intuições a fim de que a realidade o surpreenda para além dos seus achismos, para além dos seus quereres. Como nos lembra Minayo (1994), toda ciência passa por interesses e visões de mundo historicamente criadas e suas contribuições e efeitos ultrapassam as intenções de seus próprios autores. Ele nunca está sozinho... Traz em sua bagagem muitas vozes, sentimentos e certezas construídos na caminhada que definem sua forma de olhar o mundo, de lidar com ele, de fazer parte dele. Eu, pesquisadora, sinto-me assim: plural. Marcada pelas certezas do que chamo de ciência - um conhecimento compartilhado que auxilia na compreensão da vida – busco expressar-me de corpo e alma para fazer jus ao que minha pele sente. Mas nem sempre a Ciência a reconhece como ciência. Há cientistas que se julgam neutros, invioláveis ao ponto de se tornarem incompreensíveis à comunidade científica. Nossa postura é diferente. **Nossa** porque não sou apenas eu que defendo essa postura política expansiva. Somos muitos e acreditamos que a ciência pode ser, sim, viável, inteligível, compreendida por todos. Já há algum tempo buscamos quebrar dualismos das ciências naturais X ciências humanas, sujeito X objeto, individual X coletivo e tantos outros *versus* que nos enjaulam em extremos.

Por isso é importante falar desse caminho. Os bastidores também fazem parte do espetáculo. Seria desintegrador da minha parte mostrar somente o sucesso desde sempre, o que já estava pronto, o que não precisava contar. Logo, é preciso dizer: Nosso trabalho nem sempre foi nosso. Foi preciso dar uma volta e olhar de fora para percebermos que estávamos tentando nos isolar numa ilha de academicismo,

acreditando ser essa a melhor maneira de se especializar, mesmo não acreditando nessa forma de produção. Há armadilhas por toda parte, e é muito difícil não ser capturada. É preciso resistir, com resistência foucaultiana, com movimento de luta, para defender aquilo que se acredita. Então, preparamo-nos para defender o que é nosso. Convocamos soldados de primeiro escalão para uma defesa firme e revolucionária: na linha de frente vão Luz, Santos, Mattos, Dalbello-Araujo. Tricotando sentidos, vamos aparecendo por completo e engendrando versos, seguindo a rima, dando a volta por cima...

Abordagem Qualitativa

Dalbello-Araujo (2008, p. 110) comenta que todo método envolve uma concepção de mundo, uma maneira de ver o homem e uma determinada compreensão sobre a produção do conhecimento. Nesse sentido é preciso que o caminho, a rota, o percurso dialogue com o objetivo, nosso motivo para caminhar. A abordagem qualitativa nos permite esse diálogo. Tendo como objetivo a prática da integralidade, buscamos obter do ponto de vista dos profissionais, a vivência desse valor; formas de agir integralmente e dificuldades encontradas nessa prática. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa mostrou-se como

[U]ma forma de descobrir as diferentes opiniões dentro de um mesmo grupo, explorando as diferentes representações sobre um determinado assunto em questão, uma forma de acessar vários pontos de vista e os conteúdos que os atravessam e os diferenciam. (BAUER; GASKELL, 2002. p. 70).

Nunes (2000) ressalta que o universo da pesquisa qualitativa investiga os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as ações dos indivíduos. Esse caminho possibilita uma maior aproximação com a opinião e os modos de vida dos sujeitos a fim de compreender a realidade em que se encontram (SIMIONI ET AL, 1997).

Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O Universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 1994, p.24).

Buscamos compreender a interpretação desse princípio pelos profissionais, uma vez que se expressam em práticas sociais (ASENSI, p. 87, 2009). Fez-se necessário investigar quais práticas estão sendo realizadas para pensarmos quais sentidos são vivenciados no município de Vitória.

Privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/ reprodução da vida coletiva (PINHEIRO; LUZ, 2003. p. 21).

A abordagem qualitativa permitiu-nos a composição da pesquisa como expressão autêntica do par sujeito e objeto que se influenciam mutuamente.

Caminhando

Nosso campo teve início oficial em 15 de fevereiro de 2012, quando começamos nossas visitas às Unidades de Saúde. Após a submissão à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura Municipal de Vitória e à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Nosso objetivo foi conhecer as unidades e os trabalhadores para que posteriormente pudéssemos realizar o convite para participação nos grupos focais. Na oportunidade, conversávamos com os responsáveis pelas unidades de saúde, contato inicial que foi essencial para o alinhamento da coleta de dados e compreensão da necessidade de participação dos trabalhadores de saúde.

Também iniciamos o contato com os trabalhadores, nos apresentando enquanto pesquisadoras interessadas em conhecer o trabalho em saúde. O passo seguinte foi escolher uma data adequada para a realização dos grupos focais. Levando em conta as demais atividades da unidade, os grupos focais foram marcados junto à coordenação responsável. Iniciamos a divulgação da atividade através de convites individuais e cartazes com identificação, proposta e objetivos. Fomentamos os pontos positivos da discussão em grupo também em conversas informais nos corredores, na cozinha, nos “fumódromos”. E nossa pesquisa já acontecia nesses encontros.

Grupos Focais

A técnica do grupo focal foi escolhida como meio para coletar os dados provocando a discussão e o envolvimento dos participantes. Visando a emissão de suas opiniões e visões de mundo, foi lançado o tema “COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE” para dar início a participação dos trabalhadores. Discutir as situações vividas mostrou-se não somente como uma coleta de dados, mas através do vínculo estabelecido nos tornamos para além de ouvintes, confidentes, compartilhamos das problemáticas apresentadas (DALBELLO-ARAÚJO, 2008).

A partir do acesso aos diferentes pontos de vista, da reprodução e contação de situações cotidianas e das descrições detalhadas de “um dia de trabalho” tivemos um recurso útil para analisar aspectos e vivências do cotidiano de trabalho.

O grupo focal é uma técnica de abordagem qualitativa que obtém as informações necessárias para a pesquisa a partir de uma atividade coletiva. Tem como objetivo identificar, a partir das trocas realizadas no grupo, percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos participantes a respeito de determinado assunto, produto ou atividade (DIAS, 2000).

Dias (2000) comenta que

[...][O]s usuários dessa técnica partem do pressuposto de que a energia gerada pelo grupo resulta em maior diversidade e profundidade de respostas, isto é, o esforço combinado do grupo produz mais informações e com maior riqueza de detalhes do que o somatório das respostas individuais. Resumindo, a sinergia entre os participantes leva a resultados que ultrapassam a soma das partes individuais. (DIAS, 2007, p.4).

O grupo focal permite que os sujeitos se expressem de forma livre a partir de um tema central e possam defender seus pontos de vista, fomentando a discussão. As opiniões expressas no grupo são discutidas e permitem a captação dos significados, valores e sentimentos embutidos nos sujeitos da pesquisa (LOPES et al, 2009).

A dinâmica e interação do grupo são partes integrantes dessa técnica que permitem uma melhor discussão e conseqüentemente, maior aproximação do objetivo proposto. Nesse encontro com os trabalhadores de saúde temos um embate de sentidos que se somam, distinguem-se e constroem-se.

Para lidar com essa técnica foi necessário habilidade para adequar a estratégia aos objetivos da pesquisa, sem interferir nos discursos dos sujeitos, porém propiciando suas falas e estimulando os relatos. No papel de mediador, o pesquisador deve prezar pelo foco no assunto a ser pesquisado.

Para a obtenção de dados fidedignos, o pesquisador não deve interferir no discurso do sujeito, pois é nele que o significado da realidade é atribuído. Esse significado só pode ser produto das vivências e da história de vida do indivíduo, as quais serão interpretadas após uma escuta atenta e distante. (LOPES, KOCH FILHO, FERREIRA, BUENO, MOYSÉS, 2009. p. 169).

A principal característica do grupo focal é a possibilidade de interação grupal, “em que a fala a ser trabalhada não é meramente descritiva ou expositiva, e sim uma “fala em debate”” (LOPES et al, p.169, 2009). Assim, o ambiente favorecia trocas, descobertas e participações comprometidas.

Nunes (2000) assinala que uma das potencialidades da pesquisa em saúde é a de contribuir para o aumento da capacidade de ação dos trabalhadores, na medida em que evidencia e explica sistematicamente um problema ressentido no ambiente de trabalho. A pesquisa também teve o papel de, a partir da discussão, promover um olhar por parte dos trabalhadores para o seu próprio trabalho. Rever as práticas e descrever o dia a dia mostra-se como um exercício contínuo de qualificação do trabalho.

Ao todo foram realizados seis grupos focais, um em cada unidade que compõe a região de Maruípe. Ressaltamos a importância em se considerar a imprevisibilidade do campo nas pesquisas e a necessidade de preparação para lidar com o inesperado. É preciso levar em conta o tempo demandado com os acordos, remarcações, com a aproximação com o campo e demais imprevistos. Algumas necessidades só se mostram quando estamos em campo. A checagem da qualidade e capacidade dos instrumentos, tais como câmera fotográfica e de filmagem e gravadores, por exemplo, são detalhes importantes que devemos levar em conta para a garantia da viabilidade da pesquisa.

Outro fator relevante são os locais onde aconteceram os grupos focais. Algumas unidades estavam em processo de reforma, ou mesmo utilizavam seus auditórios para outros fins. Dessa maneira, não havia um espaço propício para discussão, visto a necessidade de um ambiente adequado com privacidade e propício para que os

participantes se sentissem à vontade, podendo expressar suas opiniões e visões de mundo sem empecilhos.

Entendemos, assim como Acioli (2006), que o trabalhador de saúde é todo aquele de alguma forma contribui e trabalha em prol da saúde, independente de possuir ou não curso superior. Os que trabalham nas Unidades Saúde da Família (USF) e possuem relação direta com os usuários, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos de saúde bucal, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, fonoaudiólogos, sanitaristas, seguranças do patrimônio, administradores, técnicos de administração, dentre outros. Nessa perspectiva, entendemos que a formação em saúde não se limita somente ao processo de graduação em uma área de saúde, mas que a formação pode acontecer tanto em outros níveis educacionais (técnico, especialização, formação inicial, aperfeiçoamento) como por outras formas e ambientes de ensino.

Os grupos focais tiveram uma média de sete participantes por encontro e um total de 40 participantes, com a duração aproximada de 2 horas cada um.

Mapa de Associação de Idéias

Para aproveitarmos de forma eficiente os conteúdos obtidos através das práticas discursivas dos grupos focais, utilizamos o método de Spink (1999) para a organização dos dados. O mapa de associação de idéias é uma técnica utilizada a partir das práticas discursivas com o objetivo de sistematizar a análise, proporcionando um “clareamento” dos repertórios utilizados no discurso. Spink (1999, p. 107) pontua dois objetivos principais dos mapas: “(...) dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo”.

O mapa de associação de idéias consiste na criação de uma tabela com colunas temáticas criadas a partir dos objetivos da pesquisa. As falas são transpostas em sua totalidade para as colunas, respeitando a ordem da fala original (SPINK, 1999). Nessa pesquisa, adaptamos essa regra para otimizar o entendimento dos sentidos

postos nos discursos. Após transpostas as falas de maneira completa, destacamos as mais pertinentes ao sentido em questão.

Como explica a autora, as colunas temáticas (aqui definidos por sentidos) não são inflexíveis. Ao contrário, visto que buscam responder aos objetivos da pesquisa, conforme são revisitados os conteúdos, as categorias vão sofrendo transformações, gerando uma aproximação paulatina com os sentidos percebidos como atividade fim. Há, portanto, “um processo interativo entre a análise dos conteúdos (e conseqüente disposição desses nas colunas) e elaboração das categorias” (Spink, p. 107, 1999).

Dessa forma, dispostas em tabela, as práticas discursivas podem ser lidas verticalmente, tendo como resultado o entendimento de um sentido específico, ou de modo horizontal, no qual compreenderemos a dialogia dos discursos dos sujeitos.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada com nº 306/11 em 14 de dezembro de 2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa- UFES. Foi também aprovada na Coordenação de Pesquisas da Prefeitura de Vitória e na Secretaria Municipal de Saúde. Os participantes da pesquisa foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, quanto à garantia da confidencialidade de sua identidade e das informações prestadas. Além disso, foi esclarecido quanto ao direito de desistência de participação em qualquer momento do estudo.

Para assegurar que estiveram cientes do exposto acima, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE C).

Contos – uma forma de comunicação dos dados

Tomando como ponto de partida a pesquisa qualitativa, inauguramos uma nova composição de texto científico enredado por poesia e ilustrações. Utilizamos a

linguagem de contos como estratégia de aproximação do leitor e expressão da autenticidade do pesquisador na relação com seu objeto.

Os contos são narrativas curtas com o objetivo de atingir o leitor através de um drama. Nessa narrativa uma das principais características é a forma com que se narra e não o quê se narra.

Gotlib (2006), ao analisar a afirmação de Claude Brámond a respeito da narrativa define três características principais dos contos:

De fato, toda narrativa apresenta: 1. uma sucessão de acontecimentos: há sempre algo a narrar; 2. de interesse humano: pois é material de interesse humano, de nós, para nós, acerca de nós: “e é em relação com um projeto humano que os acontecimentos tomam significação e se organizam em uma série temporal estruturada”; 3. e tudo “na unidade de uma mesma ação”. No entanto, há vários modos de se construir esta “unidade de uma mesma ação”, neste “projeto humano” com uma “sucessão de acontecimentos”. (GOTLIB, N. B. Teoria do conto. 2006. p. 11 e 12)

Dessa forma, define características básicas mas demonstra que as possibilidades e alcances do conto dependem de quem o conta ou mesmo de quem o escreve. E faz a ressalva que o contista e o contador, de forma geral, não são a mesma pessoa.

A autora, partindo de características básicas para criar uma ‘didática do contar’, sintetiza que o conto se resume simplesmente ao fato de contar histórias (Gotlib, p.8, 2006). No entanto, pontua quanto a veracidade que o conto não se refere somente a algo acontecido. Coloca que o há um misto de realidade e ficção, sem limites precisos. Ainda complementa com o que afirma Raúl Castagnino, “nem mesmo importa averiguar se há verdade ou falsidade: o que existe é já a ficção, a arte de inventar um modo de se representar algo” (Gotlib, p. 12, 2006).

Quanto a historicidade dos contos, a mesma autora delinea que sempre na história se contou. Mas é somente a partir do momento que os contos passam a ser escritos é que eles, formalmente, passam a ser inclusos na literatura e portanto, é por esse registro que passa a ser um conto literário (GOTLIB, 2006).

Mesmo sendo uma forma narrativa, o conto não se define em um gênero específico. Gotlib (2006) pontua que cada conto pode ser delineado num gênero, não estando predominantemente em um único. Apresentando possibilidades e fronteiras com as demais narrativas, aproxima o conto da poesia, da prosa e em alguns casos da

anedota, estória com somente um personagem conhecido também como conto popular.

Os contos se destacam por seu impulso único, sua tensão unitária e por um efeito preciso e inesperado. Essas características legitimam a condição narrativa e preserva as chaves do conto numa única trama. Gotlib (2006, p. 35) diz “trata-se de conseguir, com o mínimo de meios, o máximo de efeitos. E tudo que não estiver diretamente relacionado com o efeito, para conquistar o interesse do leitor, deve ser suprimido”.

Através do conto temos uma ilustração, isto é, a representação de uma visão de mundo; o conto é uma ficção que busca aproximar-se de determinado universo, uma idéia que busca ser transmitida e compreendida.

Piglia (1994) propõe que o conto é construído artificialmente para reproduzir algo que está oculto na realidade. Através da linguagem figurativa da construção de uma história permite-nos viver e compreender de forma mais clara o que o autor propõe.

A elaboração de um conto permite que a participação do pesquisador enquanto autor que sente e está presente no processo da pesquisa possa ser compartilhada. Dessa forma podemos descrever as sensações, impressões e o processo de imersão do pesquisador na pesquisa. É uma proposta de contágio do leitor com o universo que se objetiva estudar e o processo de construção do conhecimento. Em grande parte o conto é uma ficção que espelha o conteúdo de uma vivência real. Nessa pesquisa especificamente, os contos possuem fragmentos de falas reais obtidas a partir dos grupos focais.

Nesse sentido, utilizamos essas narrativas para trazer os sentidos postos no cotidiano dos trabalhadores de saúde. Através do mapa de associação de idéias filtramos algumas práticas discursivas cujas principais idéias irão compor os contos. Assim, os contos serviram como base de análise para reflexão das práticas em saúde, principalmente no que tange a integralidade e podem conter fragmentos das falas dos participantes.

Os contos são uma composição muito particular daquilo que se sente e que se constrói nas relações, por isso, apresentam-se como uma alternativa de

apresentação dos resultados para posterior discussão. O conto abre formas de argumentação e pontos de vista pouco entendidos ou mesmo pouco mostrados. Entendemos que os sentidos perdem grande parte de sua potência quando são submetidos a categorias e compreendê-los torna-se uma tarefa ainda mais difícil e complexa quando são deduzidos. Assim, essas narrativas ilustraram os sentidos explicitados e compreendidos nos grupos focais. O convite feito é também de, através dos contos, vivenciar esses sentidos. Cada conto proporciona ao leitor colocar-se no lugar do personagem e juntamente com ele enxergar o que se vive, pretensiosamente, sentir o que ele sente.

O conto realiza-se justo nesta sua capacidade de abertura para uma realidade que está para além dele, para além da simples estória que conta. É o que afirma Julio Cortázar, em "Alguns aspectos do conto": "o bom contista é aquele cuja escolha possibilita essa fabulosa abertura pequeno para o grande, do individual e circunscrito para a essência mesma da condição humana" (GOTLIB, N. B. Teoria do conto. 2006. p. 49).

7 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS – INTERPRETANDO SENTIDOS E VIVÊNCIAS

Após a gravação e transcrição dos conteúdos pertinentes dos grupos focais, analisamos os dados levando em consideração a proposta de Spink (1999). Entendemos esses dados como práticas discursivas, dentro de uma perspectiva construcionista, que nos possibilitaram a compreensão dos sentidos vivenciados pelos trabalhadores. As práticas discursivas abrangem o uso de repertórios e posicionamentos identitários, isto é

O conceito de práticas discursivas remete, por sua vez, aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso linguagem, nos quais convivem tanto a ordem quanto a diversidade. (SPINK, Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2000, p.45).

As práticas discursivas são entendidas como problematização do contexto tendo em vista a interação. Através do discurso a identidade de um determinado grupo é expressa, em determinado contexto e momento histórico, isto é, a análise feita nesse momento não pode ser generalizada. Os sentidos explicitados no discurso podem ser heterogêneos e são confrontados, fazem parte da diversidade do grupo.

Spink (1999) identifica três principais componentes das práticas discursivas: a dinâmica, o contexto, e os conteúdos propriamente ditos, que são os repertórios interpretativos.

Entendidas como linguagem em ação (SPINK, 1999) as práticas discursivas são maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. Essa idéia coaduna com a discussão feita sobre a produção de sentidos no qual compreendemos que nossos entendimentos, idéias e valores estão presentes nos nossos atos e discursos do cotidiano. Nossos posicionamentos são defesas das verdades que acreditamos. Como define Spink (1999, p. 47) “(...) num movimento constante de argumentação do exercício retórico, quando falamos, estamos invariavelmente realizando ações – acusando, perguntando, justificando, etc”.

A análise das práticas discursivas são caminhos de visualização e produção de sentidos. “O sentido é, portanto, o meio e o fim de nossa tarefa de pesquisa” (SPINK, p. 105, 1999).

Assim, analisamos as práticas discursivas dos trabalhadores em busca dos sentidos vivenciados por eles no cotidiano. Filtramos os conteúdos referentes à integralidade, as dificuldades e potencialidades do cotidiano do trabalho em saúde e propomos a discussão desses pontos, de modo a compreender a vivência dos trabalhadores.

Ressaltamos que ao analisar esses discursos retomamos também a linha da história e da cultura, já que as construções dos repertórios também são delineados por esses aspectos, “(...) de modo a entender a construção social dos conceitos que utilizamos no metier cotidiano de dar sentido ao mundo” (Spink, p.49, 1999).

A linguagem é entendida aqui não somente como discursos proferidos, mas também como configurações de comunicação que tangem a prática dos sentidos e que se articulam de formas não verbais. Expressões faciais, gesticulação e oscilação da voz são exemplos de conteúdos que acrescentam significado aos sentidos que analisamos.

O processo de análise das práticas discursivas e dos sentidos é entendido de forma intrínseca ao processo de pesquisa. Durante a coleta de dados e construção metodológica estivemos constantemente num movimento de compreensão da realidade vivenciada, indo e vindo em hipóteses e certezas. Como pontua Spink (p. 105, 1999) “(...) Não haveria, assim, momentos distintos entre o levantamento das informações e a interpretação” durante todo o percurso da pesquisa estamos imersos no exercício de análise.

Como já pontuado, a proposta de Spink (1999) nos ajuda a compreender o objetivo dessa pesquisa. A autora defende que é no cotidiano que o sentido se exprime, decorrente do uso que fazemos dos repertórios interpretativos que dispomos, isto é, a linguagem é um posicionamento, uma defesa em si dos sentidos que atribuímos ao mundo.

A construção de uma realidade integral na atenção ao usuário depende de condições e fatores diversos e complexos. Nesse sentido, é no cotidiano que essa

prática ganha forma e reverbera nos espaços. São essas práticas que buscamos reconhecer, buscando compreender como elas são reconhecidas, quais os caminhos para a efetivação e quais as dificuldades encontradas na realidade local através das práticas discursivas.

8 A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE: CENÁRIO E CONTOS (COM) SENTIDOS

Os cenários e contos a seguir são traduções dos sentimentos expressos nos grupos focais a partir de práticas discursivas. Utilizam-se de uma linguagem figurativa e possuem recortes dos sentidos expressos nos discursos. Destacamos três contos que refletem formas de integralidades relatadas pelos trabalhadores de saúde. É importante ressaltar que os conteúdos dos grupos focais são híbridos, isto é, apontam várias compreensões e definições sobre integralidade, sistema de saúde e atenção primária. Ao longo dos contos essas definições mostram a perspectiva dos participantes em relação o trabalho em saúde. Buscando compreender cada um desses sentidos, agrupamos os discursos que se referiam a um mesmo significado dentro de todo o material coletado dos grupos focais. Dessa forma, entendemos que apesar de estarem subdivididos nos contos esses sentidos podem se fazer presentes num mesmo grupo focal. Mesmo sendo distintos, por vezes coabitam uma mesma unidade de saúde, ou até um mesmo trabalhador. Não há homogeneidade a respeito do significado da integralidade. Cada trabalhador vivencia, de fato, uma integralidade que faz sentido para ele, na prática em saúde, que foi construída por suas experiências.

Além do entendimento da integralidade que se vivencia, os contos trazem problematizações a respeito do cotidiano de trabalho, a realidade da atenção primária no SUS. Destacamos o município em questão como espaço propício para a análise da integralidade uma vez que possui ampla estrutura da atenção básica no Programa Saúde da Família que tem como objetivo a reafirmação dos princípios base do sistema de saúde brasileiro.

Ao longo dos anos, o sistema de saúde foi se desenvolvendo e sofrendo modificações através de leis orgânicas e complementares. Além disso, suas doutrinas organizativas passaram a ser alvo de grandes discussões, ao passo que os princípios doutrinários foram menos comentados. Mattos (2004) discute que é oportuno atentar-nos as questões referentes as experiências em torno da integralidade uma vez que sua trajetória talvez seja a menos visível dentre os princípios e diretrizes do SUS, enquanto que as evidências em relação as mudanças no sistema no eixo da descentralização e do controle social estão manifestas.

Cenário

O município de Vitória é o nosso campo de vivências, fonte de nossas experiências acadêmicas, profissionais. Onde pesquisamos, interagimos, debatemos e onde queremos discutir integralidade. A cidade, ilha-capital do estado do Espírito Santo possui cerca de 333.162 habitantes, faz limite ao norte com o município da Serra, ao sul com Vila Velha, a leste com o Oceano Atlântico e a oeste com Cariacica (Vitória, site).

O município conta com 83 bairros distribuídos na região continental e insular. Economicamente destacamos as atividades portuárias, o comércio ativo, a indústria, a prestação de serviços e também o turismo de negócios.

Diante da expansão demográfica o município sancionou em 2003 a Lei 6.077 que regulamenta a organização político-administrativa, definindo bairros e sete regiões administrativas.

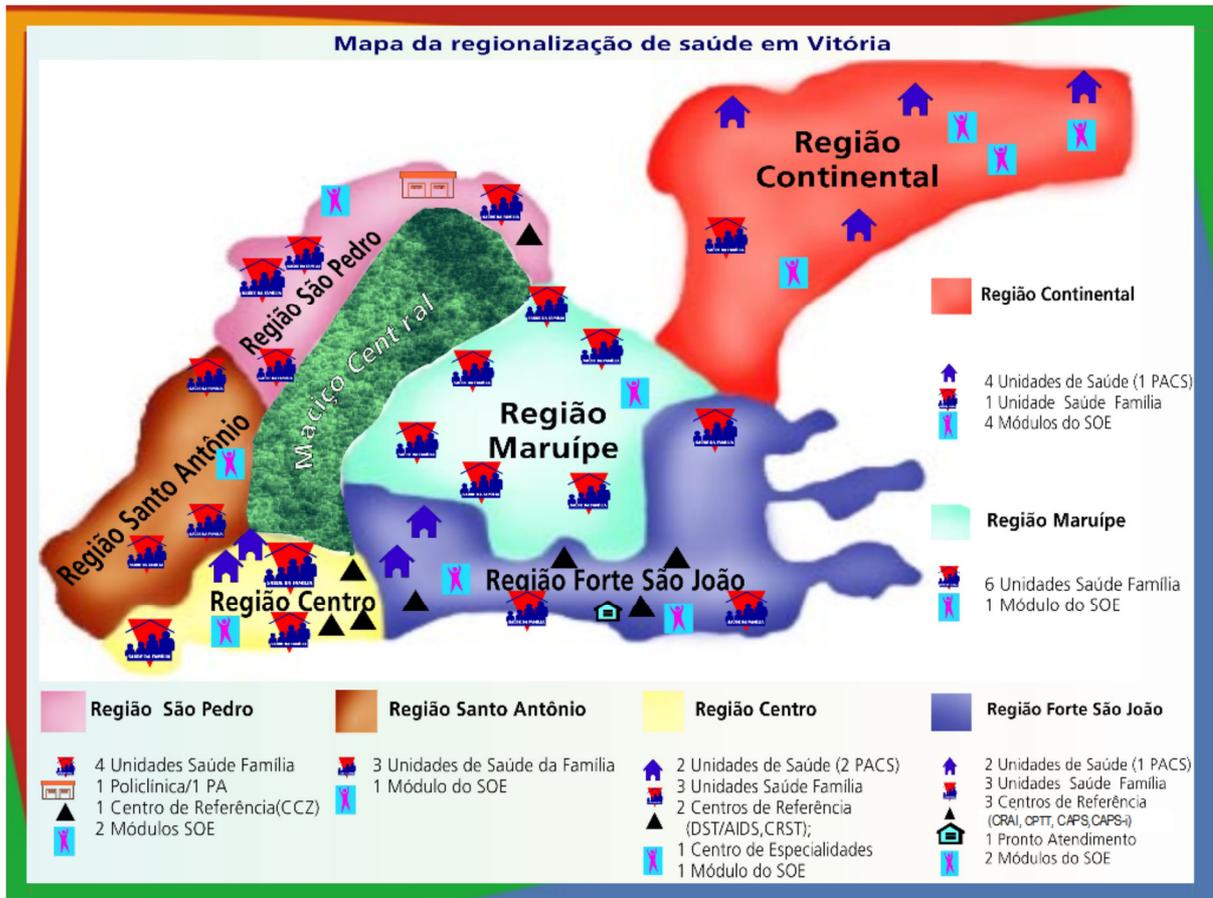
No que tange a Saúde, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)² em 2012 destacou Vitória em 1º lugar no ranking das capitais por Grupo Homogêneo (tabela 2). Esse dado gerou algumas discussões a cerca da qualidade do serviço que estava sendo oferecido. Isto porque embora se destaque entre outras capitais, há ainda muitos empecilhos que dificultam o alcance de uma qualidade desejada dos serviços oferecidos pelo município.

A região territorial de saúde de Maruípe é composta por 12 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha,

² O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. A partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos, o IDSUS avalia o Sistema Único de Saúde que atende aos residentes nos municípios, regiões de saúde, estados, regiões, bem como em todo país. Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS.

Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas). De ocupação antiga, a região guarda um pouco da história da cidade no Museu Solar Monjardim, abriga o Hospital Universitário e o Parque do Horto de Maruípe, o maior da cidade (Vitória, site da Prefeitura Municipal).

Mapa 1 – Regionais Territoriais de Saúde de Vitória



(Mapa retirado do plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em www.vitoria.es.gov.br)

No que tange a rede de atenção básica, a região de Maruípe possui seis USF's: Andorinhas, Bairro da Penha, Consolação, Bonfim, Maruípe e Santa Martha.

Buscamos compreender os trabalhadores dessa região considerando todas suas especificidades. É importante salientar que a análise feita nesse recorte é específica da realidade dessa região, isto é, os resultados encontrados dizem respeito de determinado momento histórico, de um determinado grupo de trabalhadores e só poderão ser comparados com outro grupo ou outra região quando efetuado todo o processo de pesquisa e imersão no campo de forma similar.

Conto um: As partes sem um todo

Pedro, Guilherme, André, Isabela e Ana são grandes amigos, estudam juntos há alguns anos e estão terminando a 7ª série.

Certo dia receberam uma tarefa da professora: tinham que construir um corpo humano. O grupo era sempre muito ágil nas tarefas e logo se reuniram para conversar a respeito do trabalho.

- Que corpo humano vamos fazer? - perguntou Pedro.

- Ah, não sei... a professora não disse qual...então, acho que podemos escolher...Isabela respondeu.

- Não seria melhor falar com ela antes? Disse Ana, com receio.

- Acho que não. Hoje é sexta e se a gente esperar até segunda para ter aula dela vamos perder muito tempo. Vamos escolher como fazer e depois a gente justifica.

Guilherme era sempre muito firme em suas opiniões. Todos apoiaram sua decisão, e resolveram montar um homem adulto, de estatura média.

- Mas, de que material ela vai ser? Vamos colocar só a parte de fora? Vamos colocar órgãos? Ela vai estar com roupa ou sem roupa? Ela vai ser 'normal'?

- Nossa André, quantas perguntas! Reclamou Isabela - Vamos fazer o seguinte: cada um faz a parte do corpo que sabe desenhar melhor. Vamos dividir em partes e depois a gente junta tudo! Assim, a gente adianta e vai ficar ótimo!

E assim aconteceu. Ana ficou com a face, Isabela com os membros. Pedro preferiu cuidar dos órgãos, André ficou com o tórax e Guilherme com o abdômen. Eles fariam no final de semana e na segunda montariam o corpo inteiro. A apresentação seria na terça a tarde.

Cada um foi pra sua casa já imaginando e detalhando a parte que lhe competia.

Ana preparou o rosto com cuidado, desenhou em cartolina os olhos, as orelhas e caprichou na boca e dentes. Era o que mais gostava de desenhar. Tomou cuidado com as proporções e percebeu que iria depender do tórax para fazer o pescoço.

Ligou para André, mas ele estava ocupado e não pode atender. Então, como queria acabar logo com aquilo, decidiu não fazer o pescoço, contando que André o faria.

Isabela decidiu fazer os membros de isopor. Havia ido até a loja comprar cartolina, mas imaginou que devido ao tamanho, os membros iriam ficar molengos, sem sustentação. Então preferiu modelar em isopor para ficar mais firme. Era especialista em desenhar mãos e pés. Caprichou e no final tinha quatro pedaços de corpo humano: na extremidade de cada um, duas mãos e dois pés, na outra extremidade, um arredondado, para sinalizar que era a terminação de um osso.

Na casa de Pedro estava tudo uma bagunça. Percebeu o problema que tinha arrumado: eram muitos órgãos! Tinha em mente todos eles, mas não conseguiria fazer tudo em um final de semana. Não quis pedir ajuda aos seus amigos, porque acreditava que iria ficar muito diferente do que ele havia pensado. Então começou pelos membros menores no papel A4, pensando que eles ficariam superpostos a estrutura do corpo. Pedro trabalhou duro, e estava quase terminando quando no domingo... a tinta acabou! Faltavam os pares do pulmão e dos rins, além do coração. Caramba! E agora? Pensou um pouco e preferiu diminuir, partir ao meio os órgãos pares para poder duplicá-los. Mas com o coração não tinha como! Faltavam recursos! Ele tinha habilidade, tinha despendido tempo, mas ainda faltava um órgão! Pegou a tesoura, foi a cozinha e pegou um guardanapo. Dobrou o papel ao meio e cortou um coração. Não era aquele real, era aquele das cartinhas de namorado, cortado no papel, só para tampar aquele espaço vazio.

Naquele mesmo instante, no finalzinho do domingo, André já estava cochilando, depois de ter terminado sua parte. Havia pego uma caixa de papelão aberta e desenhado um tórax. Era simples, mas ficou muito real já que ele aproveitou o tamanho da caixa para fazer uma circunferência, dando profundidade ao contorno. Era um busto escultural, sem membros, sem pescoço, mas belíssimo! André já podia imaginar os elogios de seus colegas.

Em sua casa, Guilherme havia deixado tudo para a última hora. Com muito cuidado rabiscou o contorno do abdômen e cintura em uma cartolina amarela. Apesar de estar em cima da hora, fez com capricho e dedicação a sua parte do corpo humano.

Na segunda-feira, na entrada da escola, estavam todos curiosos querendo ver a parte que o outro fez. Combinaram de levar as partes do corpo para a biblioteca após a aula.

Quando soou o último sinal, todos foram até os armários buscar suas obras de arte.

Quando André, o último a entrar na biblioteca chegou à porta do recinto, ouviu:

- Mas você fez de um material muito diferente! Não vai servir para o trabalho!
- Mas ninguém combinou que material iria usar!
- Ei gente o que está havendo? André perguntou, largando o busto em pé em cima da mesa.
- O quê é isso André? Gritando, perguntou Ana.
- É a minha parte! Eu fiz em 3D! Tá ótimo né?
- Ai, ainda mais essa! Isabela resmungou.

Diante da mesa central, estavam todas as partes desmontadas, todas muito bem feitas porém sem nenhum encaixe.

Guilherme, desesperado disse:

- Como vamos aprontar isso para amanhã?
- Acho que uma só pessoa tem que refazer tudo...
- Eu acho melhor que a minha perna fique e aí ela vai pra casa do Guilherme, depois para a casa do André, depois para a casa da Ana e depois para casa do Pedro. Assim dá pra fazer com continuidade.
- Mas é para amanhã! O corpo precisa estar pronto amanhã!!!!
- Ai ai ai Ana, porque você fez assim? Cadê o pescoço? Perguntou André.
- Ei, eu sempre fiz assim, e está ótimo! Além disso, o pescoço faz parte do tronco, do tórax! Resmungou.

- Ei, eu também sempre fiz assim! O tórax está nas proporções de um ser humano adulto normal! Está ótimo! André respondeu à colega de trabalho.

E ficaram ali discutindo, cada um defendendo a sua parte. Ninguém aceitava refazer, nem mudar um traço do que havia feito para se adaptar a visão do outro. Queriam fazer cada um da sua maneira. O grupo também não queria entrar em consenso, nem escolher a melhor maneira de solucionar o problema... parecia que não falavam a mesma língua. André gritava de um lado: 'não tenho instrumentos para isso', Isabela na outra ponta dizia: 'isso não depende de mim' e quando se deram conta, Guilherme já havia saído da sala cansado da discussão.

- E agora? Sem ele não dá pra continuar, porque ele que ia montar esse troço aqui! Gritou Ana.

- As coisas já estão difíceis, mas sem o Guilherme não dá pra fazer! Gritou ainda mais alto André.

Já estavam chorosos quando Guilherme voltou bebendo um copo de água. Já ia se justificando visto que todos já arranjavam um novo motivo para a briga. Decidiram então deixar como estava e no meio da discussão, o coração de guardanapo voou.

Na terça, desanimados, eles apresentaram aquele quebra cabeça multiforme que deveria ser um corpo humano. Preferiram não explicar a confusão e aceitaram a nota 'na média'. Estavam desiludidos, decepcionados uns com os outros. Quem diria que algo simples iria dar tanto trabalho! Talvez se tivessem despendido mais tempo para um trabalho de fato em conjunto... Se tivessem escutado e cedido um pouco... Quem sabe não fariam um trabalho satisfatório para todos? Poderiam até ter aprendido a desenhar e construir algumas técnicas diferentes, mas naquela defesa ferrenha de pontos de vistas individuais nem pareciam mais tão amigos... Estavam tão inflexíveis!

Muitos outros trabalhos vieram, mas preferiram fazê-los individualmente. As notas não eram tão boas quando estavam sozinhos, o trabalho era maior, mas eles já não sabiam ser uma equipe e diziam que já não tinham tempo a perder para aprender.

Integralidade repartida

O conto acima mostra de forma lúdica o sentimento relatado pelos trabalhadores quando vivenciam a integralidade como a execução de uma ou várias tarefas. Essa integralidade é defendida como sendo a possibilidade do usuário ter acesso a um conjunto de instrumentos, tratamentos, profissionais e exames necessários para seu atendimento. De certa forma, esse entendimento se assemelha à integralidade destacada na constituição federal, visto que os discursos dos trabalhadores prendem-se ao entendimento da necessidade de promoção, prevenção e tratamento, com destaque para as duas últimas. É uma integralidade feita por partes que se juntam. Uma integralidade que é composta por tópicos para o alcance de sua totalidade, isto é, a integralidade que depende de mais de uma pessoa. A partir dessa premissa, essa forma de entender a integralidade perpassa as questões pertinentes a interdisciplinaridade no que tange a relação dentro das equipes e a falta de infraestrutura/ organização do sistema de saúde. Muitos discursos emitidos no grupo focal apontam para idéia de que a integralidade só é possível dentro de uma condição de 'completude', num estado 'ótimo' de funcionamento. Logo, quando perguntados se realizam um atendimento integral, relatam que não, devido a 'inviabilidades do sistema'. Entendemos, portanto, que esta integralidade é pensada a partir da assistência à saúde, isto é, ela surge no momento em que determinada demanda surge e necessita de resposta.

Por conseqüência, se esta integralidade depende de muitas partes, sua repartição ocorre cotidianamente. Destacamos a integralidade repartida dentro da equipe de saúde e a integralidade repartida nos níveis de atenção. Ambas dizem respeito a certo 'esquartejamento' do cuidado em saúde.

Na integralidade repartida na equipe de saúde, entende-se que a saúde é feita por vários pedaços que se juntam, como se fossem pequenas tarefas concluídas individualmente com um mesmo objetivo. Na falta de uma dessas tarefas, a integralidade não é alcançada.

A integralidade repartida nesse caso é justificada pela falta de profissionais, como se nessas condições a integralidade não pudesse acontecer porque sempre falta algo. Por exemplo, uma equipe de trabalho está progredindo, alinhada e organizada,

agindo integralmente. Entretanto, por algum motivo, um de seus componentes se ausenta. Ocorre de ela não conseguir continuar o trabalho da mesma maneira porque falta um componente da equipe, há um 'buraco', a falta de um conhecimento e por isso o atendimento não será mais integral.

Essa idéia não é incorreta, mas precisamos nos atentar para alguns detalhes que fazem muita diferença dentro desse entendimento. Quando entendemos a integralidade dessa maneira, faremos 'a nossa parte' de forma independente, como se fosse simplesmente uma tarefa mecânica, um produto a ser feito. Logo, se cada um faz 'a sua parte' o produto não vai ser o mesmo que aquele feito em conjunto. A diferença é sutil, mas o produto do trabalho feito individualmente e depois 'somado' é diferente daquele feito conjuntamente desde o início. Madeira (2009, p.9) afirma que a integralidade só pode se efetuar através da integração dos membros de uma equipe, superando as hierarquias do trabalho e assumindo uma responsabilidade coletiva.

Na maioria das vezes o produto em si, isto é, a resposta a demanda é alcançada. O conto nos mostra um trabalho que se resume em 'conseguir a média' mais do que ter um bom desempenho conjunto. Uma equipe multidisciplinar, isto é, com várias disciplinas, por si só não garante uma prática em grupo. Da mesma forma, uma equipe multiprofissional por si só não garante diálogo, nem uma prática integral. O que se percebe é um trabalho independente, muitas vezes 'suficiente', 'na média' e não satisfatório.

A integralidade repartida caracteriza-se pelo entendimento que cada trabalhador atende em seu 'domínio' de forma completa. Em outras palavras, há certo consenso de que agir integralmente significa aglomerar vários conhecimentos ou mesmo contar com vários pontos de vista a respeito de um caso, ou de uma pessoa. Dessa forma, o trabalho é repartido e cada um faz a sua parte de forma 'completa' e acreditam estar fazendo um atendimento integral. Cada trabalhador acredita estar fazendo a sua parte para um atendimento integral, mas a partir do momento que nos referimos a 'sua parte' já estamos dividindo a integralidade. Um trabalho integral não possui partes divisíveis, é feito em conjunto com idéias e conhecimentos transversais somados e dialogados. Madeira (2009) expõe que é necessário um reconhecimento por parte dos profissionais dos conhecimentos que possuem e

daqueles que podem e devem receber dos demais parceiros da equipe. Propõem a flexibilização dos limites de competência de cada profissional para proporcionar uma ação integral.

Entendemos que o multiprofissionalismo pode facilitar uma atenção integral. Podemos analisar que a junção de vários conhecimentos é de fato favorável para a construção de prática integral, mas essa junção não define por si só a integralidade. A soma das partes nesse caso não corresponde a um todo. Podemos ter conhecimentos juntos sem ter um ponto de vista integral. Por mais que cada profissional domine seu saber e tenha total capacidade de compreender o objetivo colocado, ainda que a equipe tenha o mesmo objetivo, a integralidade é inviabilizada pela falta de interação, diálogo e discussão. Considerando que cada profissional possui uma linguagem diferente, um olhar distinto, é necessário um alinhamento que permita partir de um ponto de vista em comum, para que a partir de um mesmo entendimento todos possam contribuir juntos para um atendimento de fato integral.

Machado et al (2007, p. 338) destaca o diálogo como caminho para a construção de uma integralidade dentro da equipe e ressalta que para prestar uma assistência holística não podemos acreditar que seremos capazes de fazê-lo individualmente. Dessa forma, para poder realizar um atendimento integral não devemos dividi-lo em partes e sim, através do entendimento de sua integração, promover articulações promissoras de diálogo e integração de saberes.

Neste ponto, trazemos novamente a discussão proporcionada por Lima (2009) que destaca a divisão dos trabalhadores de saúde desde a sua formação. A própria construção do saber em saúde acontece de forma fragmentada e repartida. Durante esse período são poucas as oportunidades de troca de informações e formações em conjunto. Logo, essa divisão profissional é mais um dos pontos que dificultam a construção de um atendimento integral e contribuem para uma integralidade cada vez mais repartida.

É cabível ressaltar que esse trabalho inter/ transdisciplinar é um desafio. Demanda tempo, força de vontade e comprometimento. No cotidiano do trabalho essa dedicação necessária para uma ação interdisciplinar coloca-se de frente com o trabalho executado de acordo com o prescrito, que é mais ágil, não exige tanto

quanto o primeiro e está 'na média'. Cabral (2004) discorre sobre o tema no que se refere à falta de cuidado com os profissionais e destaca o risco que se corre devido ausência de espaços de discussão do trabalho. O autor pontua a tendência em realizar atividades rotineiras dentro do modelo convencional que proporciona segurança para as angústias ao passo que novas propostas, tais como o trabalho interdisciplinar, acabam por gerar perplexidades. A interdisciplinaridade exige um maior comprometimento e mostra-se como um empecilho para as instâncias que buscam uma alta produtividade e rápida resolatividade. Esta última muitas vezes não está relacionada com integralidade no atendimento ou mesmo efetividade. É uma resolatividade requerida por um padrão de qualidade dita 'moderna', de uma produção material e tecnicista. Nessa ótica em que o trabalho em saúde é entendido como linha de produção não há espaço para uma integralidade 'inteira'. Cabe somente a repartida.

De forma similar, temos uma repartição também na própria infra-estrutura do sistema. A integralidade repartida nos níveis de atenção apresenta-se na falta de materiais e instrumentos, na dificuldade e burocracia em conseguir um exame ou na falta de comunicação com profissionais da atenção secundária. Muitas vezes, os trabalhadores alegam não conseguir realizar uma prática integral por não conseguirem um exame necessário para o acompanhamento de determinado usuário. Se sentem bloqueados pelo sistema, sem poder progredir no acompanhamento. De fato, são dificuldades presentes no cotidiano da atenção primária entendidas como empecilhos para o alcance de uma atenção integral.

A integralidade interfere na qualidade de vida e na resolatividade do sistema de saúde e de todos os que estão envolvidos nesse processo (CUNHA, 2009). A integralidade discutida nesse conto assemelha-se, em alguns termos, à integralidade horizontal pontuada por Machado et al (2007), uma integralidade que se refere a possibilidade de acessar outros níveis de assistência. Pode ser entendida também como uma série de funções que devem ser executadas para que complete as necessidades do usuário, caso contrário, o objetivo ou a resposta a demanda (atendimento integral) não será alcançada.

Quando discutida essa forma de vivenciar o trabalho integral os discursos giram em torno da dependência de outros recursos, instrumentos, equipamentos e instâncias

para sua completude. O trabalhador se sente desgastado porque não consegue 'finalizar' ou completar seu atendimento da maneira que entende ser a correta. Geralmente, trabalha e consegue resultados até um ponto, mas em determinado momento, quando depende de outras pessoas ou equipamentos de saúde, perde parte de sua governabilidade e autonomia e sente-se frustrado porque não conseguiu agir integralmente com um usuário.

Estamos falando de uma incompletude no atendimento, uma demanda que possivelmente irá retornar porque não foi respondida em sua necessidade. É uma integralidade repartida em diversos pontos de vista: repartida no trabalhador e no usuário que dependem de outro nível de atenção, repartida quando depende do ponto de vista de outro profissional em outro momento, repartida porque depende de um exame ou instrumento que a atenção básica não possui.

Muitos trabalhadores entendem que a integralidade é livre acesso a todos os níveis de atenção, sem nenhuma restrição, e que o atendimento integral significa o atendimento do usuário por todos os níveis. Por isso, entendem que a integralidade não é alcançada no atendimento que fazem, já que os encaminhamentos feitos podem não ocorrer conforme o necessário.

Os discursos também apontam por um fluxograma que desfavorece a integralidade no atendimento. Temos por exemplo, uma usuária que agenda um exame preventivo com um enfermeiro. Caso o enfermeiro perceba a necessidade de um exame de mamografia, a usuária será encaminhada para o médico que irá solicitar o exame. Quando conseguir realizar o exame e enfim pegar o resultado, deverá apresentá-lo ao enfermeiro, e se necessário, novamente ao médico. Dessa forma, o usuário deverá realizar idas e vindas que poderiam ser poupadas. Nesse fluxo perde-se um tempo precioso para diagnósticos e tratamentos, além de provocar desmotivação ao usuário e influenciar para o rompimento do seu acompanhamento. Esse fluxo fragmenta o atendimento integral.

Desde as dificuldades de comunicação até ao acesso de tecnologias, há muitos discursos que abonam uma prática entendida como não integral, quando nos referimos à integralidade da assistência. Os trabalhadores relatam a falta de comunicação entre os níveis de atenção (contra referência), a dificuldade da

articulação da rede de instituições e a falta de discussões sobre políticas públicas como grandes empecilhos para a melhoria de suas práticas. Discutem que, quando dependem de outras pessoas, processos ou instituições, o acompanhamento se torna mais denso, e não é concluído. A governabilidade das situações enfrentadas pelos trabalhadores acaba quando dependem de outros para concluir uma prática integral. De fato, esse entendimento também pode ser obtido da integralidade, no entanto, quando nos prendemos a ele acabamos por querer que todas as demandas sejam respondidas através de exames, encaminhamentos e soluções com tempo hábil. É uma necessidade de integração que por vezes paralisa. A integralidade nesse caso está atrelada a tantas condições que, a ausência de qualquer uma delas interrompe a prática integral. Nesse processo, o trabalhador torna-se cada vez mais cansado e decepcionado com o sistema e o trabalho em saúde. Em suas falas, os trabalhadores apontam que é necessário capacitar e instrumentalizar os profissionais da atenção primária para que não dependam de outros níveis da atenção. Nesse ponto percebemos que o descrédito em relação ao funcionamento do sistema chega a ponto do trabalhador preferir executar todas as demandas individualmente, para que consiga ao menos concluir determinado atendimento.

É compreensível a frustração do trabalhador, bem como temos clara ciência dos impasses e irracionalidades burocráticas do sistema, mas o trabalho individual isolado e/ou instrumentalizado dificilmente trará soluções à atenção primária. Nas duas vertentes da integralidade repartida, o trabalho focalizado individualmente apresenta-se como prática viável embora não agradável ao sistema. Mas cabe perguntar: para quem essa prática individual não é agradável? Do ponto de vista do trabalhador, essa prática é tida como solução e, muitas vezes, considerada um único caminho possível de execução. A prática neologizada no conto como 'na média' acaba por ser uma opção bastante aderida pelos profissionais. No entanto, como nos aponta o conto, a prática repartida gera sobrecarga de trabalho, frustração, descrédito, além de desintegração (ainda maior) do próprio sistema. O que parece ser então uma solução para o trabalhador acaba por significar uma atrofia do cuidado ao usuário e precursor de uma prática repartida da integralidade.

Conto dois: O corpo autoimune

Já havia alguns anos que ficava ali, na sala de curativos. Na verdade, a placa na porta dizia: acolhimento/ procedimentos/ curativo. Às vezes se perguntava: Porque trabalhava justamente nessa sala? Se ao menos ela não estivesse tão em frente à recepção, o trabalho seria bem mais tranquilo. Na verdade, ela não atendia muita gente para fazer curativos, o que irritava eram as pessoas que batiam na porta pedindo informações.

- Onde é que eu marco especialidade?

- Na última sala a direita do corredor. É só ler as placas.

- Esse lugar também deixa a gente confuso. Batiam a porta e saiam resmungando pelo corredor.

Nessas horas, toda indignação acumulada nesses anos vinha à mente de Cláudia. Pensava em como era mais simples quando trabalhava no hospital. Poucos viam seu rosto, já que estavam quase sempre sedados. Quando viam, elogiavam pelos cuidados e no dia seguinte iam embora para suas casas. Nunca mais apareciam. A relação se baseava em pequenos comentários e o trabalho estava feito. Mas ela foi chamada a mudar de setor e veio parar numa Unidade de Atenção primária, no Programa Saúde da Família. Desde então, sua concepção sobre o trabalho em saúde mudou bastante. Em um momento achava que estava no céu... E agora... Agora todos sabiam seu nome, pediam-lhe ajuda, reparavam na sua má vontade e queriam sua atenção. Fora o fato de que sempre repetia a mesma orientação para o usuário, que, acreditava ela, não iria cumprir. E pior, esse mesmo usuário voltaria mais cedo ou mais tarde para ser medicado. Cláudia não aguentava mais. Sentia que seu trabalho nunca acabava.

Pensava consigo mesma porque ESSE trabalho era tão diferente. Ela se sentia vítima, como se a qualquer momento pudesse ser cobrada pelos usuários. Sentia-se refém daquele trabalho. As pessoas voltavam, sempre voltavam, não havia para onde correr, nem o que fazer. O trabalho mesmo, medir pressão, fazer curativo, perguntar alguns sintomas... Não era nada difícil! Ela se sentia encurralada mesmo era pelos usuários. Dizia que eles só estavam ali para atrapalhar o seu trabalho.

Mas, isso é possível? Se ela trabalhava atendendo os usuários, tirar os usuários não seria parar de trabalhar? Cláudia achava que não. Para ela, se não houvesse atendimento aos usuários o trabalho iria andar de verdade... Havia muitas receitas a contabilizar, prontuários para por em dia, armários que precisavam de uma boa conferência... Enfim, poderia fazer uma série de coisas de forma bem mais tranquila.

Toda vez que entrava alguém para ser atendido, Cláudia pensava na forma de acabar o mais depressa possível com aquele contato. Uns e outros comentavam, enquanto ela preparava os medicamentos para o curativo:

- Olha, hoje é a terceira vez que eu venho aqui. Já vim buscar senha, trouxe o menino e na volta caí no bueiro da esquina. Menina, Júnior me atentou tanto que eu não vi... Quando cheguei aqui a unidade estava cheia! Falei logo alto que tinha diabete para conseguir uma ficha da demanda, né? Se não, você sabe, a gente sai daqui de tardinha... Aí Dr. Fábio me atendeu e me mandou bater logo aqui para não inflamar...

Enquanto ouvia, Cláudia pensava consigo na forma autoritária com que a mulher contava sua saga; pensava que se não existisse aquela unidade, essa mulher teria que se virar de qualquer jeito, no entanto estava ali, exigindo como se fosse dona de tudo. Cláudia pensava consigo:

- 'É isso mesmo que eles pensam, que podem mandar em tudo. O governo não sabe o que tá fazendo, agora a gente tem que dar conta de tudo. Tem que fazer curativo, tem que marcar consulta, tem que ouvir essa lengalenga. A saúde agora é tudo! E eu ainda tenho que suportar isso tudo por um salário miserável...'

- ...Num é verdade? Terminava a longa frase, a senhora de meia idade sentada na maca.

- É, é verdade, - sem saber, Cláudia complementou: - Mas não tem jeito.

Terminou o curativo, dispensou a senhora e voltou a sua cadeira, até o próximo incômodo à porta.

Cláudia se recordava de suas aulas sobre o SUS. Decorava algumas leis, princípios e diretrizes para responder as provas. Tudo parecia muito simples. Mas revendo

tudo agora, pensava que essa tal de integralidade era uma arma contra os profissionais! Ela não queria estar ali tendo sempre que dar conta de tudo, responder a tudo, direcionar todo mundo...

- Agora tudo é culpa da saúde... Se fulano quer usar droga, é uma demanda da saúde, se a mulher não cuida do filho, a demanda é da saúde, se estão mal tratando a idosa, pára tudo nas mãos da saúde... E se a gente não der conta ainda corre o risco de responder a processo e culpam a gente.

Enquanto terminava de falar sozinha, sua colega ia entrando.

- Que isso Cláudia, falando sozinha?

- Ai Goretti, deixa pra lá...

- Você viu quem está aí de novo?

- Não, quem?

- Adivinha?

- Não sei Goretti, deixa de suspense...

- Sr. Gilberto... (risos) daqui a pouco ele tá aqui pedindo para medir pressão...

- E tá daquele jeito?

- Como sempre né...

Cláudia conhecia bem Sr. Gilberto. Toda semana ele aparecia embriagado pedindo para aferir a pressão. De vez em quando, o usuário tinha algumas dores nas costas que muitas vezes o deixavam imobilizado. Era também hipertenso.

Bateram à porta.

- Lá vem o descompensado... – resmungou Cláudia.

Sr. Gilberto entrou, balbuciou algum enigma e entregou uma folha amassada para Cláudia. Receita de injeção.

- Hummm... – Cláudia arregalou os olhos e deu um leve sorriso.

- Vamos lá Sr. Gilberto.

Preparou seu procedimento. Chegava a ser sadista nesse momento. Entre as amigas, chamava a aplicação do medicamento de ‘anti – estresse’. Aplicou a grossa agulha no músculo do usuário que grunhiu reclamando da dor. Cláudia, ao contrário, se sentiu mais leve.

Cambaleando, Sr. Gilberto saiu da sala.

Enquanto guardava as coisas e arrumava a maca, Cláudia pensava:

- ‘Essa tal de ESF diz que cria vínculo. Vínculo com esse cachaceiro é o que eu não quero ter. Aliás, como criar vínculo se faltam profissionais? A enfermeira saiu de licença tem 2 meses, e até agora não mandaram ninguém. Isso aqui é uma bagunça! Não tem como as coisas funcionarem se falta profissional... Aí vem uma cambada pedir atestado, tirar a pressão, fazer barraco... Fazem do jeito que eles querem... E não valorizam nada. NADA!’

A diretora abriu parte da porta e a chamou. Cláudia se virou.

- Você pode ajudar a Priscila a dar uma palestra sobre dengue na escola do bairro amanhã à tarde?

- Quem fica na sala?

- Eu ponho Gisele. É rapidinho.

- Ok.

- ‘Ai, ai, ai... Palestra!’ – Pensou Cláudia -Como se isso resolvesse alguma coisa. O que resolve é injeção, é remédio. Essa coisa preventiva não resolve. Só dá certo quando eles ficam doentes e jogam o problema pra gente. A gente tem que dar conta, aí é obrigado a resolver. Agora, mudar os hábitos ninguém quer. É nessas horas que eu falo: esses usuários estragam nosso trabalho!’

E Cláudia vivia essa angústia todos os dias. Dizia que no hospital eles se adaptavam a sua rotina e na unidade ela deveria se adaptar a rotina deles. ‘Eles só aderem

quando ganham algo em troca', pensava. Achava que o sistema tinha dado muita abertura aos usuários e quando esse assunto vinha a tona na reunião dizia:

- Se ele não quiser vir hoje, ele não vem. Querem vir na hora deles e dizem que a gente é obrigado a atender mesmo. Nós criamos monstros!

Se algum colega respondesse alegando acolhimento, integralidade ou buscando explicar o fato, ela não deixava escapar:

- A questão da integralidade saiu do caminho do cuidado faz tempo... Agora integralidade significa é muita responsabilidade do profissional de saúde... É dar conta de tudo a toda hora...

E Cláudia se cansava ainda mais só de falar. Quando tinha de 'enfrentar' algum usuário deixava ele falar para acabar logo com a discussão. Ficava naquela sala praguejando e pensando em como as coisas estavam erradas do seu ponto de vista. Já havia alguns anos que ficava ali...

Ausência de integralidade

O conto reflete uma integralidade que é entendida como um direcionamento que privilegia o usuário em detrimento do trabalhador. Esse entendimento acaba por significar a obrigação do trabalhador de ter que dar conta de tudo, e gera um comportamento de repulsa em relação as pessoas que atende. No conto, a trabalhadora que vivencia essa forma de integralidade (que é na verdade a ausência da mesma) vive um posicionamento controverso: ora vítima, ora carrasco.

Há vários pontos caricaturados no conto que exibem a realidade vivenciada no cotidiano. Temos, por exemplo, várias atitudes e pensamentos da trabalhadora que conceitua o usuário como alguém que deve agir de maneira controlada, obedecendo a um funcionamento definido por outros, como se este fosse atendido pelo sistema mas não fizesse parte dele. É nesse contexto que o conto é batizado de 'o corpo auto-imune'. Tal como o conto número um, estamos falando de um corpo e suas partes. No entanto, no conto anterior intitulado 'As partes sem um todo' trabalhamos a relação trabalhador X trabalhador. Nesse agora, pontuamos a relação trabalhador

X usuário. Mais do que uma desintegração dos componentes do corpo, podemos analisar um embate de forças, isto é, a relação entre profissional e usuário entendida como um constante enfrentamento.

Dalbello-Araújo (2005, p. 37) pontua uma gama de artigos e estudos que apontam problemas na relação entre profissionais e usuários. Destaca alguns fatores que foram mencionados como impedimentos enfrentados pelos profissionais, a saber: “precários vínculos empregatícios, rotatividade de pessoal, dificuldades no trabalho em equipes, falta de formação adequada, baixo comprometimento com as tarefas, visão biologicista do processo saúde/doença/cuidado”.

A trabalhadora do conto enxerga o usuário como alguém que não deveria interferir no processo de trabalho, estando ali somente enquanto consumidor. Concordamos com Dalbello-Araújo (2005, p. 18) que destaca a necessidade de entender os usuários para além desse lugar de passividade. A autora analisa a relação estabelecida entre profissionais e usuários, uma vez que entende que o profissional deve compreender, aceitar e valorizar as formas peculiares de vida da comunidade para o fortalecimento da autonomia social. Em outras palavras, o profissional deve estar disponível para compreender os modos de vida da população, despojando-se de preconceitos que irão comprometer o atendimento integral.

No conto, a profissional vivencia de maneira distinta o trabalho em saúde na atenção primária e secundária. Sua concepção é que o usuário deveria ser dominável enquanto encontra-se com sua saúde debilitada, quando de uma internação, por exemplo. Entretanto, quando frequenta de forma cotidiana uma unidade de saúde torna-se arisco, sendo um problema para o trabalho. Essa concepção é reafirmada no momento em que se sente empoderada ao aplicar a injeção no usuário. Podemos destacar que este empoderamento é viabilizado através da execução de um saber, isto é, é através do conhecimento em saúde que o trabalhador se coloca em posição diferenciada perante ao usuário. No caso de Cláudia essa diferença permite que ela, de certa forma, ‘vingue-se’ do usuário. Há um clima de tensão e ameaça mútua (DALBELLO-ARAUJO, 2005). O profissional coloca-se na posição de dominador, e a partir de um julgamento pessoal, pune o usuário pelo seu comportamento considerado errado. O profissional encontra na aplicação da injeção o momento em

que pode sair da opressão, do sentimento de obrigatoriedade e sente-se satisfeito por isso. Nesse sentido, dá vazão a sua indignação.

É conveniente retomarmos um ponto de discussão que nos ajudará a compreender esse entendimento da integralidade. Na prática, a integralidade traduz-se mais no “como” do que no “o que”. Não existe uma prática mais ou menos integral, uma forma fixa e institucionalizada de fazer. A prática da integralidade não pode ser reduzida a uma série de passos ou procedimentos, mas é um caminho de encontros e problematizações que se efetivam nos processos de trabalho (BARROS, p. 120, 2007). Atender não significa acolher. A integralidade não se restringe a execução de um procedimento. Cláudia, trabalhadora que protagoniza esse conto, vivencia a integralidade como algo que vai contra o trabalhador, uma vez que entende que essa diretriz trata somente de garantias para o usuário. Nesse sentido, na maior parte do seu trabalho, se sente alheia as vontades dos usuários e por isso, interpreta a questão do vínculo de maneira equivocada. Tendo em vista esta rivalidade, atender um usuário de forma integral significava estar submisso. Fica claro que a relação entre usuário e profissional é praticamente nula de cuidado visto que se baseia somente na execução de um serviço, algo mecânico, centrado no procedimento. Essa relação entre profissionais e usuários foi também discutida em outros estudos. Dalbello-Araújo (2005, p. 158) denota que

Na maioria das interações observadas, entre os técnicos e as pessoas da comunidade, o que se vê não pode ser tomado exatamente como uma troca, pois as formas de ser da população não encontram espaço de tradução e reconhecimento. As expressões “nós e eles”, ouvidas inúmeras vezes, não apontam no sentido de uma construção conjunta. (DALBELLO-ARAUJO, M. 2005, p. 158).

Apesar de todo o desenvolvimento no que se refere ao processo de trabalho do SUS, a relação profissional X usuário permanece sendo um desafio.

A profissional vivencia a integralidade e o serviço de saúde como domínio do usuário. Sente-se obrigada a responder a todas as questões demandadas e quando não consegue, sente-se culpada por isso. Essa interpretação da integralidade tange o papel do usuário no sistema de saúde, e remete-nos as dificuldades de compreensão por parte dos trabalhadores e de protagonismo dos mesmos no controle social. Alguns profissionais afirmam que houve um certo exagero no estímulo a participação da população no SUS. Isto é, a idéia é que o sistema criou

uma cultura em relação ao usuário que prejudica o próprio sistema. A personagem utiliza o termo 'nós criamos um monstro' para sinalizar que a participação do usuário foi necessário/ favorável até certo ponto. No entanto, cabe refletirmos o que esse raciocínio significa. Essa colocação evidencia novamente um posicionamento do trabalhador como aquele que possui o saber, que define o espaço de atuação. Fica nítido que a integralidade vivenciada com revolta por 'fazer tudo' vem carregada de uma visão hierárquica e de controle por parte dos trabalhadores. Nesse sentido, ressaltamos mais uma vez, não há relação de horizontalidade, alteridade ou cuidado. Há uma prática de não cuidado, uma negação da real integralidade.

Quando vivenciada dessa maneira, a integralidade desfavorece não somente o atendimento ao usuário, mas também o trabalho em saúde e o próprio trabalhador em questão. A integralidade vivenciada como 'atender a tudo' acaba por gerar adoecimento e implica num serviço que não se assemelha em nada ao preconizado pelo SUS. A construção de um sistema sustentado por gestores, trabalhadores e usuários faz sentido somente quando estes compreendem seus papéis de forma equiparada, paralela e complementar. Quando uma das partes compreende e exerce uma prática diferente, todas outras são afetadas e o resultado esperado não ocorre.

Essa vivência pode decorrer de muitos fatores. No entanto, é importante ressaltar que muitas vezes as políticas e demandas com foco no usuário são colocadas de forma vertical, objetivadas em metas que acabam por colocar o atendimento ao usuário como fim último, sem questionamentos ou espaço para interpretações. É necessário pontuar também que os profissionais vivenciam muitos fatos que influenciam na forma de compreender o usuário e o sistema. No entanto, fatores como esses influenciam de maneira negativa uma prática integral e acabam por fomentar a não integralidade.

Ayres (2011) pontua que a integralidade permite as formas de pensar o eu diante do outro. E coloca que a integralidade é dar conta, em um todo, e não dar conta de tudo.

Olhando sobre outro ângulo, muitas vezes o posicionamento dos usuários aponta também para um entendimento de superioridade em relação às pessoas que os

atendem. O controle social é também mal interpretado e utilizado erroneamente em muitas situações. Da mesma forma que o profissional, o usuário possui formas de 'castigar' o profissional e exigir o que deseja, por mais que não seja possível. Estamos pontuando situações em que através do mal entendimento do significado de serviço público, a população posiciona-se autoritariamente a fim de obter vantagens. E é justamente nessa dinâmica de acusações, de jogos de certo e errado que caracterizamos o corpo auto imune. Quando a relação baseia-se em quem tem a razão ou de quem é o direito, a questão principal da saúde já se perdeu. Trata-se da mudança do foco, do desprezo dos valores do SUS. Nessa fronteira tênue de papéis que protagonizam o SUS de cada dia, perguntamo-nos: até que ponto os trabalhadores conseguem lidar com o empoderamento dos usuários?

Nessa questão, fica evidente a sinestesia de progresso e retrocesso no sistema único de saúde. Quando colocamos 'até que ponto', entendemos que há um limite de empoderamento suportável para o trabalhador. Ainda nessa interpretação, fica clara a idéia de que é o trabalhador quem irá controlar esse limite, como se ele estivesse de fato acima do usuário, ditando as regras. Essas colocações possuem detalhes sutis, armadilhas traiçoeiras de um sistema de saúde que ainda está sendo construído, de papéis e conceitos dinâmicos. Na verdade, em outras palavras, podemos questionar se tanto trabalhadores quanto usuários foram instruídos e habilitados a viver em democracia, a construir juntos uma política pública de saúde que atenda a população. A controlar, dialogar e lutar por um sistema que agrade a todos. Acredito que não. Na verdade, a questão também está no entendimento de aprendizado, que também é uma construção. Não vamos cair no construir para construir, mas podemos pensar formas de rever esses entendimentos, tendo em vista a prática de saúde que queremos. É essa construção que amplia os sentidos que devemos fazer e não somente definir limites. Os trabalhadores precisam rever o seu lugar nesse corpo, bem como os usuários e também os gestores. Precisamos todos exercer uma prática menos individualista e segregadora em prol de uma política que seja de fato **coletiva**. Não sabemos qual é o limite que os trabalhadores podem aguentar, mas sabemos que enquanto trabalhadores de saúde eles deveriam compreender a interdependência com os usuários. Compreendendo essa interdependência e buscando o diálogo, acreditamos que tanto trabalhadores como usuários poderiam produzir mais saúde.

Conto três: Visão e flor da pele

Acordava antes do relógio despertar, colocava a jarra no fogo enquanto se aprontava para mais um dia de trabalho. Mais um dia especial para exercer o que achava ser seu dom: cuidar. Animada, de bem com a vida e persistente, sua fé nas coisas que podem dar certo impressionava muita gente. Saía de casa contando que chegaria adiantada, assim daria tempo para dar um bom dia aos seus companheiros de trabalho, tomar um café e rever suas visitas e atividades daquele dia. Enquanto pensava na sua programação cantarolava, saindo de casa. Não era fácil trabalhar com a saúde do ser humano, muito menos com o próprio ser humano. Enquanto revia mentalmente suas atividades do dia, se preparava para burlar algumas regras e poder dar conta da demanda. Demanda....e pensar que há alguns anos esse nome podia ser um palavrão....

Mal chegara a esquina e a vizinha da porta perguntava:

- Hoje tem médico?

- Sempre tem querida, mas hoje é dia de ficha da outra equipe e não da nossa. Está acontecendo alguma coisa?

E lá se passavam 10, 15 até 30 minutos de conversa aparentemente despreziosa, com o cuidado e atenção de quem acaba de descobrir o que gosta e ao mesmo tempo com a experiência e segurança de mais de 5 anos de ESF. Orgulhava-se do ouvido aguçado, dos olhos detalhistas e da pele sensível... dizia que sentia quando uma conversa velava apelo de conselhos.

- Então tá, amanhã te espero lá! Manda um beijo pros meninos...

Sentia-se importante para o serviço. Útil. E quando não conseguia alcançar um objetivo com um ou outro usuário sentia-se frustrada. Era como se colocassem barreiras no que ela podia fazer, naquilo que ela aprendeu que seria seu trabalho. Como ela, havia alguns colegas. Eles entendiam que não havia como fracionar a saúde, que tudo estava interligado, enraizado e conectado como é no ser humano. Fazer saúde era ser humano. É nisso que D. Jacinta acreditava. Dizia que no seu

trabalho tinha *profissional que era humano e outros que eram apenas profissionais*. “*Tem que se comover, se colocar no lugar do paciente...*” – brigava sozinha.

Não sabia se era certo, porque afinal de contas nem todos pensavam assim. Se lembrava de ter lido em algum lugar, mas desistindo de tentar contextualizar, entre uma esquina e outra, deixa escapar pela boca: “O maior principio é a nossa consciência. *É bem diferente do que está no papel...*”

Dobra a direita e de longe, já avista a caixa d’água da unidade, que não era muito distante dali.

- Afinal de contas, continuava ela, a gente lê, lê e lê, mas que faz o serviço é a gente. Na hora que chega o usuário, quem se põe a prova somos nós! A gente estuda, segue o que a gerência diz, mas na hora do ‘vamos vê’ se você não tem os princípios em você, então não faz nada. Não dá pra decidir se você não acreditar em alguns valores... Não daria pra entender o que é prioridade na hora de improvisar... Porque é isso que a gente faz: vê o que é mais importante. E a gente só faz isso porque acredita que o serviço tem que ser de um jeito, e não de outro, é a nossa consciência. Ia falando consigo mesma e observando tudo a sua volta.

- Em falar em consciência, D. Mocinha me deixou intrigada ontem! Estava com um rosto tão pálido no culto! Vou dar uma passadinha lá. Já que é caminho, ainda tenho alguns minutinhos e dá tempo de chegar no horário!

E lá ia nossa protagonista se sentindo a mais companheira das coadjuvantes, já há alguns metros do seu destino, puxando papo com uma senhora robusta de cabelos brancos que aparentava ter acabado de acordar. Queria dar um jeitinho de conseguir uma reunião com os parceiros da rede para discutir esse caso. *Dar um jeitinho*: essa era a especialidade de D. Jacinta. Por um lado era bom, porque ela podia improvisar e resolver muitas coisas... Mas por outro, sabia o quanto se envolvia, sofria e lutava junto com os usuários. Era muita responsabilidade, pensava. E por um instante se lembrou dos casos que não conseguiu resolver, por um impedimento do sistema, ou por uma limitação instrumental... E se sentiu fracassada. Uma sensação de nadar, nadar e nadar e morrer na praia. Sentiu-se frágil por que quando as coisas saíam de sua governabilidade ela não tinha o que fazer. Às vezes, era só esperar. Às vezes era encaminhar. Às vezes era esquecer.

Com a pastinha quase caindo debaixo do braço, olhou para o relógio e viu que estava em cima da hora. Apertou o passo mas não deixava de gritar para um e outro que passava na rua. Uma rua antes de chegar a unidade, viu um grupo de crianças brigando. Tentou passar direto, mas era mais forte que ela. Parou e gritou: 'ô menino, cadê sua avó?' Sem resposta, voltou até o meio fio, pegou na mão do garoto e gritou por sua responsável. A senhora saiu de lá e quando viu o menino pela mão, não demorou em reagir:

- Gustavo, eu não falei para você não sair da varanda! Vem cá menino, a gente não pode nem arrumar a casa em paz... Obrigada meu anjo!

- Nada Maria José. Olha, esse plástico não pode ficar com água parada igual tá aqui não hein...

E ia saindo enquanto a avó do menino dava suas explicações.

Se pegou pensando: 'se é tão difícil tudo isso, porque será que eu gosto tanto?' uma boa questão, de fato. Sua resposta veio silenciosa com um sorriso: 'eu acredito que pode dar certo!' Tem muitas vezes que dá certo! Eu faço fazer dar certo, corro atrás, crio uma nova estratégia...

E foi contabilizando suas vitórias apressando o passo! Deu-se conta que o que deixava-a preocupada era também seu maior triunfo: o vínculo com as pessoas! Fortaleciam-se mutuamente, construindo laços e criando meios de promover algo melhor para a vida. E Jacinta novamente afirmou que acreditar era o quesito principal para trabalhar bem no SUS.

Chegou na unidade e logo viu o relógio na recepção: 7:12h. Suspirou fundo, ergueu a cabeça, pensou consigo: eu não fiz nada de errado. Rapidamente fez seu exame de consciência e lembrou-se de cada usuário que já havia acolhido naquele dia. Deu-se conta, com remorso, de que a saúde não tinha início nem fim, e que seu trabalho estava sendo feito a todo tempo. Percebeu que era nisso que apostava, nesse social que não se desligava, o que ela fazia de melhor. Por um instante, pensou que o que mais queria era ser resolutiva. Mesmo sabendo que seu trabalho dependia de muita gente, se sentia frustrada quando não conseguia alcançar seu

objetivo, era mais que um desejo, era uma aposta de que as coisas tinham que dar certo. E isso desgastava... Porque nem todos pensavam como ela.

Dirigiu-se a folha de ponto e não havia acabado de desenhar a primeira letra quando sua coordenadora atrás dela comentou: “eu não entendo como quem mora perto chega sempre atrasado...”

Quando D. Jacinta se virou, a coordenadora já estava na cozinha dando algumas instruções a equipe que tomava café. Terminou de assinar seu nome com uma revolta calada, escreveu a hora de sua chegada e foi para recepção pegar um prontuário para ver se a menina, filha de Seu Ilton, havia feito o preventivo.

Sentiu sua pele arder ao redor das bochechas, e mais uma vez repetiu pra si mesma, agora com menos certeza: “eu não fiz nada de errado”. Sentiu-se novamente frustrada. Decepcionada consigo mesma. Era uma sensação estranha.

- “A gente tem uma agenda que é programada... eu sei disso, eu tento seguir... Mas nem tudo é programado. Trabalhar com saúde, por mais que você planeje extrapola... sempre vai extrapolar...”

Justificava-se em silêncio. Em sua cabeça, queria dizer isso à coordenadora, mas não disse. Acho inútil e ao mesmo tempo óbvio.

Em menos de 15 minutos sentiu orgulho de fazer o que faz e tristeza por fazer como faz. Uma mistura de sentimentos que não tem tempo de refletir. Uma eternidade de horas são sentidas nas 8 horas prescritas daquele lidar com gente. Enquanto abria a gaveta ouviu um chamado no balcão:

- D. Jacinta, posso falar com a senhora?

- Claro meu filho, aguarda só um momentinho...

Fechou a gaveta e ainda com o prontuário na mão ergueu os olhos.

- Meu filho está bem melhor, e eu vim agradecer a senhora. Muito obrigada!

O rapaz novo, de pele desgastada não esperou muito e se jogou num abraço por cima do balcão. Não deu tempo nem de Jacinta lembrar quem era aquele pai, mas

se entregou no abraço. Esqueceu-se do que se passava em sua pele a segundos atrás. Sorriu e a pele se aquece novamente, e dessa vez, deixou-a motivada.

Conversaram e naquele balcão apareceram outros. Uns simplesmente queriam uma informação simples, outros uma visita, outros um olhar. Jacinta esteve com cada um, as vezes menos, porque ninguém consegue estar 100% a todo tempo, as vezes mais, porque se esforçava para fazer o que acreditava, sentindo as necessidades.

E permaneceu no seu desafio diário, mais um dia, amando e sofrendo. Viu sua pele se arrepiar muitas vezes, outras tantas sentiu-a quente, corando. Viveu angústia e revolta, medo de não fazer o que acreditava. Sentiu-se frustrada por muitas vezes não poder avançar os limites e resolver sozinha as demandas do seu trabalho. Sabia que contava com alguns, mas não com todos. E Permaneceu ali, assim mesmo, na mesma unidade de saúde por muito tempo, fazendo sua aposta diária naquilo que para ela valia a pena, fazendo a sua parcela de diferença, acolhendo o imprevisível, construindo seu valor.

Leituras e reflexões sobre a Integralidade na pele

O conto acima ilustra um perfil de trabalhador de saúde observado nos grupos focais da região de Maruípe. D. Jacinta traz consigo características e particularidades de vários trabalhadores de saúde que apostam e acreditam no que fazem e que por isso, passa por situações e sentimentos controversos. Acompanhada de uma série de crenças que dizem respeito a subjetividade e ao trabalho, a análise do conto protagonizado por D. Jacinta possui pontos diversos de discussão.

Cabe analisar inicialmente como a personagem descrita enxerga seu trabalho. Trazendo uma composição de sentimentos em relação a ele, o trabalho em saúde é visto como um algo que exige determinada afinidade, isto é, não é qualquer pessoa que conseguirá estar bem nesse ambiente, vivendo essa forma de produção. A personagem acredita que tem um dom. Essa característica ainda é muito comentada entre os trabalhadores de saúde e se aplica ao grupo estudado. Os trabalhadores que defendem essa idéia consideram que o trabalho em saúde exige muita sensibilidade e escuta, e por isso, se envolvem demasiadamente com as questões

do trabalho. Nos grupos focais, foi discutido que o trabalho em saúde exige uma qualificação, uma “capacitação sobre humanidade”. Acolher bem, fazer ao usuário o que você faria para si mesmo, colocar-se no lugar do outro, não é algo comum. É entendida como uma qualificação que se traz da vida, dos valores construídos ao longo dela.

A integralidade vivenciada por Jacinta é uma integralidade vertical, que visualiza o ser humano na sua dimensão de todo, estabelecendo uma relação que permite um cuidado totalizador com o outro (MACHADO et al, 2007, MATTOS, 2004). Essa integralidade é a que mais se assemelha à integralidade ‘que valorizamos’, a integralidade que traz consigo uma aposta na alteridade como caminho para o cuidado integral. Para os trabalhadores, quem se dispõem ao outro não necessariamente trabalha em saúde. Mas quem trabalha em saúde deve se dispor ao outro. Ou seja, é este o diferencial que acreditam ter como valor. Os trabalhadores expõem a necessidade de se comover e de estar presente como sujeito na relação – para além do profissionalismo – no sentido de atender o indivíduo integralmente.

Vivenciada a partir dessa ótica do trabalho em saúde, a integralidade aproxima-se do cuidado humanizado descrito por Deslandes (2009, p. 392) que se afilia a outros valores conexos como a defesa da vida, a busca da felicidade e a comunicação plena entre sujeitos e de cidadania. É a integralidade vivenciada como valor que tem como fim último o cuidado do ser humano e que traz na relação o encontro de sujeitos e seus valores.

Essa dedicação, característica do profissional que protagoniza o conto, tem como consequência direta os sentimentos de frustração, decepção e angústia. Tais sentimentos são relatados diversas vezes nos grupos focais, correlacionados a situações que dizem respeito ao confronto entre o que o trabalhador acredita ser o seu fazer saúde e o que o mesmo deve apresentar como produto de seu trabalho.

Tal como reflete o conto, o trabalho vivenciado dessa maneira é muitas vezes motivo de queixas por parte da gestão ou mesmo dos demais trabalhadores. O próprio sistema confronta valores e atitudes advindas dessa vivência da integralidade. Se, de um lado, a interpretação do fazer saúde e da integralidade são vistos como um

algo diferencial a ser vivenciado, tais como lidar com imprevistos e acolher demandas, de outro ponto de vista, essa vivência torna-se secundária na prática cotidiana, e, por vezes, é entendida como um empecilho para a execução do trabalho. Há, portanto um impasse dentro da prática cotidiana que justifica os sentimentos de fracasso e decepção dos trabalhadores que apostam nessa vivência. Um confronto do que é a forma correta de fazer saúde, uma vez que sensibilidade, cuidado e outras tantas características dessa vivência não são mensuráveis. O trabalho das tecnologias leves, como descreve Mehry (2002), possui materialidade no ato em si, na relação entre sujeitos, e não pode ser quantificado. Os trabalhadores relatam que lidar com o imprevisível não está na agenda, no entanto, é o que dá mais trabalho. Ou seja, para os trabalhadores, essa vivência da integralidade e do fazer em saúde é a que produz efeitos em direção à vida, no entanto, esse fazer não é valorizado e pelo contrário, toma o tempo do trabalho prescrito e quantificável, base na qual é calculada a sua produtividade.

O trabalhar em saúde é visto como algo fluido, impreciso, algo que extrapola. Por isso é colocado que nem todos conseguem lidar com esse tipo de trabalho. A idéia presente no “dom” de fazer saúde justifica-se pela complexidade que exige o trabalho. Há nesse discurso uma valorização do trabalhador que consegue ‘fazer saúde’. Na relação do que é o trabalho em saúde e de quem faz (ou como faz) o trabalho em saúde há uma linearidade de valores, um encaixe de idéias: o trabalhador acredita ter um dom, cultiva a sensibilidade e busca lidar com o imprevisível, porque acredita que essas são exigências do seu trabalho. Acredita que fazer saúde é agir dessa forma. Em conseqüência disso, o trabalhador prioriza a relação com o outro, o ‘como’ fazer saúde e não o ‘quanto’ faz. Logo, acaba por sentir-se frustrado quando não alcança seu objetivo ou quando é limitado a fazê-lo em detrimento de outras práticas que sob seu ponto de vista são menos importantes do que lidar com o outro. Na prática cotidiana, a dedicação dispensada ao outro é vista como desnecessária ou como secundária.

O trabalhador da saúde que vivencia a integralidade como um valor, enfrenta cotidianamente a si mesmo, como se ao buscar estabelecer uma relação de alteridade com o usuário estivesse fazendo algo errado, seja porque demanda tempo, seja porque ele poderia estar envolvido com outras atividades ou porque se

sente sozinho e/ou com poucos parceiros que entendem o fazer saúde da mesma maneira que ele. Há uma mistura de sentimentos: uma dedicação que traz prazer - fazer aquilo que sabe fazer, e ao mesmo tempo traz sofrimento por não ser reconhecido como prioridade no fazer saúde.

A afirmação anunciada por Jacinta apresenta uma síntese do que vem sendo discutido até então. A partir do entendimento que o trabalhador tem minimamente alguma autonomia em situações diárias e toma decisões a partir do seu juízo de valor, o direcionamento do que se deve fazer vem de sua própria 'consciência'. É nesse ponto que o construcionismo sugerido por Spink (1999) auxilia a análise de forma diferencial. A 'consciência' descrita pela personagem é a soma de todos os aprendizados que de fato possuem significado real em sua prática. É o conjunto de sentidos construídos ao longo de sua vida. A partir desses sentidos, desse crivo avaliativo e subjetivo que a prática se diferencia.

Através dessa discussão e do conto ilustrado, podemos identificar duas perspectivas do que seria fazer saúde, ou até mesmo do que é saúde. Se tomarmos como base o conceito relatado de D. Jacinta temos uma saúde abrangente, integral que diz respeito não somente a ausência de doenças, mas também a uma dinâmica de bem estar que é construída na relação e que não pode ser mensurada, que extrapola um estado físico determinado. De maneira distinta, o fazer saúde esperado no dia a dia pode incluir alguns imprevistos, mas é realizado de maneira geral a partir de uma agenda, de um número específico de visitas, relatórios e horários. Não cabe aqui dizer o que é ou não correto. Cabe pontuar que são pontos de vista distintos, não comparáveis no mesmo nível: estamos falando de valores e de formas de organizar. As formas de organizar o sistema devem facilitar e viabilizar o exercício dos valores, são necessários no cotidiano, são indispensáveis para o andamento do sistema de saúde. Mas são os valores do sistema de saúde que trazem consigo o como fazer saúde, o objetivo de cidadania e bem estar.

No dia a dia, esses limites não estão claros. Dentro da burocracia, dos prazos e das metas, essa forma de fazer saúde, esse jeito de vivenciar a integralidade se perde. A mecanização do trabalho mostra-se como alternativa viável para o alcance de metas quantitativos favoráveis ao passo que a alteridade, a integralidade e a sensibilidade são deixadas em segundo plano, como se fossem algo desejável, mas não

necessário. Essa idéia, da integralidade como “bônus” freqüentemente é comentada quando discutimos situações de péssimas condições de infraestrutura e organização. Nesses casos, nos defrontamos com a falta do mínimo para exercer os procedimentos necessários, o básico para fazer saúde. Quando perguntado a respeito da integralidade nesses casos, a justificativa vem prontamente: “não há nem o básico para um curativo, como a gente vai pensar em integralidade?” Ao que parece, a integralidade é vista como algo que aprimora o sistema e não como a base dele, como de fato, o mínimo necessário. Fica claro nesses comentários como o raciocínio curativista ainda está enraizado na cultura brasileira, e como pouco se exige e muito se aceita em razão desse ‘fazer saúde = curar doença’.

Basta perceber que pouco se exige de um profissional que não sabe se quer o nome do paciente, mas lhe prescreve uma receita. Contrariamente, pode haver uma consulta em que seja necessária somente dedicação e orientações diversas, com calma e zelo. No entanto, uma vez que o trabalhador de saúde não faça nada, além disso, certamente haverá desconfiança e julgamentos depreciativos em relação à competência do profissional.

Destaca-se também no conto o fato de D. Jacinta mostrar-se instável, na dúvida do que fazer. Este trabalhador é real, humano. Coloca-se no mesmo lugar que o usuário, estabelece com ele uma relação horizontal, construtiva para ambos, baseada no respeito e no cuidado, num olhar atento as necessidades do outro. Este trabalhador é multifocado e entende o quão responsável é pelo outro, por isso, dedica-se e busca fortalecer essas relações. Criar vínculos neste caso é uma estratégia de cuidado.

Por fim, os trabalhadores que vivenciam essa forma de fazer saúde composta por muitos impasses e com grande demanda de dedicação, justificam seu trabalho porque acreditam que pode dar certo. Permanecem insistindo e acreditando nesse trabalho em saúde de visão ampla, visão de quem sente, visão da pele. Trabalho em saúde de flor, que se abre ao outro, que está próximo da pele, sensível, à flor da pele. Trabalho em saúde de visão e flor da pele, de imprevistos e impactos. Trabalhadores que acreditam nesse olhar integral, nessa leitura humana do sistema único de saúde.

9 Dificuldades e Facilidades para uma prática Integral

Após a discussão de cada um dos sentidos da prática da integralidade verbalizados nos grupos focais, cabe reforçar que esses entendimentos estão na prática, coabitando espaços em comum. Comentamos anteriormente que é possível compreender a integralidade como uma escala que possui nuances, uma política que compreende muitos entendimentos. No entanto, após a análise dos contos é possível discutir como essas nuances possuem consequências distintas e impactantes para o sistema. Mais relevante ainda é considerar as consequências dos entendimentos sobre integralidade que encontram-se fora desse crivo, isto é, que não podem ser entendidas como integralidade, embora vivenciadas e descritas pelos trabalhadores dessa maneira, como é o caso ilustrado pelo conto “O corpo auto imune”. Esses contos dizem de sentimentos e sentidos vivenciados no dia a dia do SUS e mais uma vez apontam por um lado, a contrariedade dentro de um mesmo sistema – o boicote aos seus princípios, o afastamento de seus atores – e por outro lado o protagonismo multifacetado dos que constroem a prática em saúde, a política pública de saúde. Retomaremos alguns aspectos dos contos a fim de ilustrar a trama de nossa discussão. Uma vez analisado os aspectos da vivência da integralidade cabe objetivarmos o que de fato contribui e dificulta a sua prática no cotidiano.

A vivência do sistema de saúde é protagonizada de maneira distinta pelos seus atores. A afirmação “o maior princípio é a nossa consciência”, apresentado através da voz de D. Jacinta ratifica, a política pública do cotidiano, isto é, confirma que cada trabalhador a partir da construção que tem a respeito do seu trabalho, do sistema e da saúde, age no sentido dessa construção. Dessa forma, afirmamos que são essas práticas e vivências que caracterizam a política, essa política real que nos interessa. Mais do que leis, diretrizes e princípios, na prática do cotidiano é a ‘consciência’ do trabalhador que exerce a verdadeira política. O termo ‘consciência’ ilustra que no momento de tomada de decisões, de improvisos e imprevistos, a resposta vem de forma subjetiva, muitas vezes intuitiva. A idéia passada na frase é de que as orientações políticas descritas no papel não dão conta de prever toda lógica e dinamismo da prática da política pública. Barros (2007) lembra que na prática os problemas do cotidiano forçam para que os trabalhadores gerem outras formas de

operar, uma necessidade dinâmica de agir na situação da imanência das situações vividas. Cecílio e Mendes (2004) discutem que dentre os atores da prática, os sujeitos tomam suas corporações como referência para suas práticas, deixando de lado aquilo que a organização ou um determinado projeto de governo define como diretrizes.

De forma similar, Helman apud Feuerweker (2005) comenta que trabalhadores e usuários possuem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. Afirmam que em seus espaços de autonomia, os trabalhadores agem como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses. Na prática, a partir das construções de valores, crenças, sentidos e sentimentos fazem a política pública.

Há uma dinâmica afirmativa da política construída pelos profissionais que de fato a executam: são diretrizes que vem da gestão, interpretadas pelos profissionais 'de ponta' que contribuem e afetam novas diretrizes. Dessa forma, podemos pensar em possibilidades de mudança ou mesmo reinterpretações dessas políticas. A partir desse entendimento, qual seria a melhor maneira de 'conscientizar' as práticas dos trabalhadores de saúde? De que forma (sem sucumbir sua autonomia) poderíamos otimizar o trabalho em prol de uma prática mais integral?

É preciso pontuar que a homogeneização dos sentidos não é uma solução possível. Ao afirmarmos que as políticas são praticadas e são também compostas por valores e crenças pessoais de cada trabalhador, estamos defendendo que a subjetividade possa diversificar as formas de cuidado e que de fato elas compõem a prática em saúde. Dessa forma, a busca pela padronização dessas práticas seria uma tentativa de eliminação da subjetividade do trabalho: tarefa impossível e inadmissível. Defendemos como Merhy e Franco (2009), que a finalidade de advogarmos para as práticas em saúde é a de visar à produção social e defende-la.

Estamos defendendo um trabalho como humanidade. Não se trata de igualar as práticas, mas de discutir os entraves que distorcem as interpretações a cerca da integralidade e conseqüentemente afetam o atendimento, o cuidado e o sistema de saúde.

É possível analisar que em todos os contos o entendimento que se tem sobre o papel do Sistema de saúde e sobre a Atenção Básica afetam diretamente a prática.

Quando o entendimento do trabalho se baseia em resolver as demandas, então a resolutividade se tornará um princípio maior que os demais. Dessa forma, os trabalhadores buscarão fazer mais sem se dar conta do 'como'. Priorizarão os atendimentos e encaminhamentos a partir da demanda buscada sem, muitas vezes, dar-se conta do todo e de outras questões que podem estar envolvidas. Como consequência, quando não conseguir dar prosseguimento ao atendimento, sentir-se-á frustrado e cobrado por não ter conseguido ser resolutivo. Podemos perceber que todo o entendimento nesse caso sai de seu foco principal que é o cuidado, e passa a ser procedimentos que irão cessar a demanda.

Outro entendimento complicador da assistência à saúde é o de que a atenção primária necessita de instrumentos para 'dar conta' de um cuidado integral. Esse ponto já foi discutido. Porém cabe retomarmos visto que o conceito que se tem desse nível de atenção é interpretado erroneamente. A atenção primária tem como foco o cuidado para promoção da saúde e a prevenção de doenças. O fato de ser entendido como porta de entrada para o sistema confere-lhe uma série de características peculiares (tais como acolhimento e vínculo) para que o usuário tenha como referência a unidade básica de saúde ou a unidade de saúde da família. Nos contos 'As partes sem um todo' e 'Corpo autoimune' a idéia de integralidade vem acompanhada da necessidade de suprir todas as demandas, entendendo que a integralidade seria 'dar conta de tudo' e para isso seriam necessários recursos de outros níveis de atenção. Ora, esse entendimento da integralidade descaracteriza a atenção primária, visto que a utilização de recursos e demais tecnologias, por mais usuais que sejam, não devem estar no primeiro nível de atenção. O tratamento e/ou utilização desses recursos pertence a atenção secundária e terciária, que por sua vez, tem como característica esse fim. Logo, podemos analisar que a necessidade de resolutividade torna-se tão persistente que acaba por buscar falsas soluções que não cabem no sistema e, que, certamente impactariam todo o processo de trabalho.

Cabe então perguntarmo-nos: De onde vem essa necessidade de resolutividade? Na contemporaneidade é imperativa a tendência ao imediatismo, a praticidade e as soluções rápidas. A globalização e o capitalismo potencializam olhar para o

trabalhador como máquina de produção. O trabalho em saúde não escapou dessa tendência. Bem como outros aparelhos governamentais, a lógica do alcance de metas tem sido estimulada e os pactos (pela vida, pela saúde, pela segurança e etc.) têm sido apontados como formas de alcançar determinados padrões dentro das políticas públicas. São metas e porcentagens de mulheres com exames em dia, de gestantes que completam o mínimo de consultas de pré-natal, hipertensos e diabéticos acompanhados periodicamente. O problema está na forma como esses padrões são buscados e criados. Na maioria das vezes esses pactos não são discutidos com os trabalhadores e muito menos com a população. Dessa forma, perde-se a qualidade do atendimento, prioriza-se a quantificação. Deixa-se de discutir formas de atendimento, acolhimento, vínculo e começa-se a discutir os números. Números que devem ser alcançados até determinado dia, com risco de corte de verbas caso o objetivo não seja atingido. Nessa lógica, uma prática integral não faz sentido, porque nesse caso, não é isso que está sendo contabilizado, não é a qualidade do atendimento que está sendo priorizada. Aliás, seria possível contabilizar integralidade? Certamente não. Integralidade, cuidado e acolhimento não são aspectos que podem ser capturados nos pactos. Muitas vezes compõem os textos e discursos, mas perdem-se quando são repassados de forma verticalizada para os profissionais 'da ponta'. Logo, se por um lado há contrariedade na prática dos profissionais de saúde, há também muitas contrariedades na gestão em saúde.

Outro ponto que dificulta a prática da integralidade são as ações individualizadas por parte dos profissionais. De forma geral, a vivência em equipe demanda tempo, diálogo e disposição por parte dos trabalhadores. No dia a dia, essas ações se tornam raras visto que quando executadas são comparadas às práticas mais rápidas, efetivas e que serão computadas como produção. Temos como exemplo as práticas em grupo que tem sido reduzidas. Da mesma forma que o trabalho em equipe, as práticas em grupo devem ser efetuadas a partir de alguns precedentes, e exigem tempo e diálogo.

Na atenção primária, a promoção da saúde tem um ponto de vista diferenciado e favorece a articulação de vários saberes, favorecendo a ampliação e exercício do conceito de saúde. Atividades sob essa ótica exigem que o profissional seja articulado e criativo, e se comprometa a agir de forma a agregar saberes,

partilhando experiências. Essas ações, apesar de gerar grandes benefícios, geram também mais trabalho, isto é, exigem mais do trabalhador. Em termos burocráticos, o profissional que realiza um grupo tem a mesma produção de quem realiza um atendimento individual. Embora sejam práticas distintas, ambos são contabilizados da mesma forma. Assim, os profissionais optam por fazer mais atendimentos individuais visto que o trabalho que se tem é menor em relação a atividade grupal, além de que, no tempo gasto para um grupo conseguem realizar vários atendimentos individuais. Mais uma vez, o próprio sistema traz obstáculos para efetivação de práticas coletivas e menos individualizadas.

No entanto, precisamos refletir também sobre fatores que contribuem para reverter essas ações focadas somente na produção. No dia a dia, traduzem-se como pontos que favorecem a prática efetiva da integralidade e promovem a saúde que esperamos do sistema. Podemos destacar como aliados o multiprofissionalismo, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, a promoção da saúde e a formação de profissionais como fatores que contribuem para uma prática integral.

Abrahão (2007) advoga que a troca e integração da equipe e a consequente integração de saberes são o caminho para o desenvolvimento de práticas mais integrais. É na discussão em equipe que são construídos formas em comum de atendimento, isto é, através do diálogo são partilhados entendimentos, conceitos e olhares a respeito da saúde. Dessa forma, a equipe percebe seus valores em comum e trabalha de forma mais uniforme a partir deles, promovendo uma prática integral.

Iglesias e Dalbello-Araújo (2011) pontuam que a promoção da saúde apresenta-se carregada de pressupostos filosóficos e sociais que ampliam o conceito de saúde e propõem que enquanto uma tarefa coletiva trabalha-se a participação que requer escolhas que, por sua vez, se relacionam a esfera dos valores. Logo, fica claro que a busca de práticas de promoção da saúde coadunam com práticas integrais por serem essas primeiras uma possibilidade de afirmação de valores e ampliação do entendimento de saúde. Quando articulada, a promoção de saúde gera espaço de produção de qualidade de vida e autonomia.

A formação diferenciada dos profissionais também é um fator que contribui para uma prática integral, coletiva e promotora de saúde. Em se tratando de construção de saberes, é cabível pensar que um entendimento que tem sentido para o profissional é defendido na prática. Para tanto, faz necessário estar atento a formação dos profissionais a fim de questionar quais entendimentos elas tem difundido e se de fato esses entendimentos e ensinamentos tem contribuído para a formação de profissionais capazes de praticar e defender a integralidade. Elas de fato buscam a formação de profissionais para o SUS? Caso contrário, a formação acaba por não preparar profissionais de saúde pública, trabalhadores que não estarão dispostos a partilhar saberes, trabalhar em equipe e agir coletivamente.

É preciso buscar no cotidiano meios de fomentar essa discussão para que os sentidos sejam revistos e reconstruídos a fim de ampliar a prática da integralidade. É necessário colocar esses significados e sentidos constantemente em análise para viabilizar entendimentos da integralidade que de fato contribuam com o sistema único de saúde e com a expansão da vida.

9 Pontos de chegada e novos pontos de partida

"Eu vos digo: é preciso ter um caos em si, para poder dar à luz uma estrela dançante. Eu vos digo: ainda tendes um caos dentro de vós."

Assim falou Zaratrusta, Friedrich Nietzsche.

Este trabalho buscou discutir como a integralidade tem sido vivenciada no cotidiano e quais os caminhos, efeitos e dificuldades da sua prática. Por fim, entendemos que não somente a integralidade, mas a prática em saúde como um todo foi discutida. Chegamos a algumas considerações e delas tiramos novos pontos de partida que outros aventureiros podem vivenciar. São essas discussões que geram novos incômodos e consequentes caminhos para a saúde, caminhos que possam significar o prosseguimento da Reforma Sanitária, sempre faminta de possibilidades de promoção da vida.

Nosso ponto de partida foi a imersão nas realidades da atenção básica do sistema de saúde brasileiro, principalmente no que tange a Estratégia Saúde da Família. A discussão da integralidade é de suma importância nessa busca de aperfeiçoamento e de melhores condições para o atendimento da população. No entanto, a partir de nossa experiência no campo, nas unidades e territórios, ficou claro que questões de ordem ética como essa só tem espaço de problematização quando supridas as necessidades mínimas. E, frequentemente, pouco se discute sobre como estamos acolhendo, cuidando e acompanhando a população.

A construção da integralidade na afirmação de seu valor na prática e na percepção dos profissionais de que os sujeitos são singulares e merecem um acompanhamento que afirme essa singularidade, compreendendo a diversidade de condições às quais estão submetidos. A integralidade na prática é uma forma de agir em saúde que privilegia a escuta do outro através da alteridade e constrói o cuidado na relação. Essa prática pode ser simples e em sua essência é a tradução do valor.

É indispensável afirmar que os sujeitos, trabalhadores de saúde, são os grandes protagonistas desse trabalho. A partir dos grupos focais, das práticas discursivas e da construção dos contos, turbilhão de emoções, construções e desconstruções

foram temperando esta pesquisa. Analisar os discursos dos trabalhadores de saúde permitiu-nos estar naqueles lugares, olhando através daqueles olhos. Os contos possibilitaram uma aproximação dos sentidos e significados vivenciados, trazendo de forma lúdica o colocar-se no lugar do protagonista e sentir o que ele sente. Esse aspecto faz com que possamos olhar de dentro da cena, buscando reduzir um julgamento moral para depois, então, analisarmos sócio-historicamente os vieses dessas vivências.

Acreditamos que sempre há possibilidade de rever nossa prática e buscar novas construções. Os protagonistas desse trabalho sempre serão protagonistas de suas práticas. E, nesse sentido, concordamos com a afirmação de Cecílio (2007, p.3): “os sentidos das mudanças operadas pelos trabalhadores, que por sua vez são reprodutores e instituintes não são, necessariamente, coincidentes com o que nós, muitas vezes, queremos imprimir”. Por isso, como o autor, pontuamos que é necessário assumir a existência desse espaço de autonomia dos trabalhadores de saúde para colocá-lo em discussão juntamente com eles, já que são eles os verdadeiros produtores de sentidos e da política do cotidiano.

Nosso percurso só foi possível porque existe algo aparentemente inexplicável que incomoda, algo a ser ilustrado, a ser compreendido e divulgado. É isso que ilustra o quadrinho no início dessa dissertação... Havia uma inquietação mostrada no brilho dos olhos quando falávamos da integralidade, uma vontade de conhecer, uma curiosidade inquietante. Foi por causa desse caos interno que nasceu essa estrela dançante. Igualmente, apostamos que as discussões com os trabalhadores possam fomentar novos caminhos e novas práticas, a partir de uma revisão dos sentidos descritos nesse trabalho. Acreditamos que esta exposição possa gerar o incômodo necessário para uma rica discussão sobre o trabalho em saúde e fortalecimento de uma constelação de estrelas dançantes.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. V.03, n.01. p.01-03. jan-jun. 2007. Disponível em <http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>. Acesso em abril de 2011.

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 187-203.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios de formação profissional em saúde. **Revista Interface**. Vol15(8): p.375-80. 2004. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180114098019>. Acesso em abril de 2011.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva** 2007, 12(2), p. 455-464. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012219.pdf>. Acesso em outubro de 2010.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 1975.

ASENSI, F. D. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007, v. , p. 79-97.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) Humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.13: n.3, p.16-29, set-dez, 2004.

_____. Em nome do cuidado. Reportagem da Revista Radis, nº 101; Jan-2011. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/101>.

BAKHTIN, M. Estética da Criação Verbal. São Paulo, Martins Fontes. 1992.

BARROS, M. E. B. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: Roseni Pinheiro e Rubem Mattos. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ;CEPESC:ABRASCO, 2007, v. 1, p. 113-126.

BAUER, M. B; GASKELL,G. (orgs). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático**. Cap. 3. Petrópolis, Vozes. 2002.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988.

_____. Lei orgânica da Saúde. Lei 8080. 1990.

CABRAL, B. E. B. Cartografia de uma ação territorial em saúde: transitando pelo Programa Saúde da Família. 2004. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Programa de Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2004.

CAMARGO JUNIOR K.R. Um ensaio sobre a (In)definição de integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. Pág. 35-44.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003 .

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre eqüidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade [online]**. 2006, vol.15, n.2, pp. 23-33. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200003>.

CARVALHO, M. R. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. (Org.) **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro, p.117-36. 1993.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400-1410, Set./Out. 2004.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, 14(1): 41-66, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p.113-126, 2001.

_____. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, 2007.

_____. Inventando a mudança na saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **Rev. Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.

CUNHA, E. M. Por que almejar a integralidade na atenção ao paciente?. In: Simone Cristina da Costa Ferreira e Mauricio Monken. (Org.). **Gestão em Saúde - contribuições para a análise da integralidade**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, v. , p. 15-21.

DALBELLO-ARAÚJO, M. O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social. Tese de Doutorado, Programa de Pós Graduação em psicologia Institucional - UFES. 2005.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In BAGRICHEVSKY, M. (Org.); PALMA, A. (Org.); ESTEVAO, A. (Org.); Da Ros, M. (Org.). **A Saúde em Debate na Educação Física - Volume 2**. 1a.ed. Blumenau: Nova Letra,. v. 1. 240 p., 2005.

DESLANDES, S. F.O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS:UERJ:CEPESC:ABRASCO, v. , p. 385-396. 2009.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 1-12. 2000.

FEUERWEKER. L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9,n.18, p.489-506, 2005.

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

GOTLIB, N. B. **Teoria do Conto**. São Paulo: Ática, 2006.

IGLESIAS, A. DALBELLO-ARAUJO, M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 291-298, 2011.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V. S.. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In: Roseni Pinheiro e Ruben de Araujo de Mattos. (Org.). **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC - ABRASCO, 2007, v. 1, p. 166-181.

LIMA, R. C. D. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface (Botucatu) [online]**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 789-791. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a31v13s1.pdf>. Acesso em março de 2011.

LOPES, M. G. K.; KOCH FILHO, H.R.; FERREIRA, I.R.C.; BUENO, R.E.; MOYSÉS, S. T. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. P. 166-172. 2009.

LUZ. M. T. **Ordem social, institucionalização e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde

e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. 12(2) p. 335-342, 2007.

MADEIRA, K. H. Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajaí. 2009. Disponível em <http://www.univali.br>.

MARTINS, A. A. A Integralidade nas Políticas Públicas de Saúde Brasileira. **Monografia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**. BELO HORIZONTE, 2006. Disponível em <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/63.pdf>. Acesso em janeiro de 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:IMS – UERJ/ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MATTOS, R. A. PINHEIRO, R. **Cuidado: as fronteiras da integralidade (Org.)**. São Paulo –Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, p.771-80, 2009.

MERHY, E. E. FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

Nunes, B. O. O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 161 p. 2000.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador/Rio de Janeiro Edufba/ ENSP, 2007. p. 21-49;153-171;291-327.

PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a**

integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2009. p. 145-164.

PIGLIA, R. Teses sobre o conto. O laboratório do escritor. São Paulo: Iluminuras, 1994. pp. 37-41.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: ensaio sobre o (re)pensar a ação da construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** P. 15-27. 2ª ed. 2009.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ações e Pensamento na Construção da Integralidade. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PINTO, E. E. P. DALBELLO-ARAUJO, M. MATUMOTO, S. CAPOZZOLO, A. M. CARDOSO, M. R. L. MISHIMA, S. M. Desdobramentos da Educação Permanente em Saúde no Município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, educação e saúde (Online)**, v. 8, p. 77-96, 2010. Disponível em <http://www.revista.epsiv.fiocruz.br>. Acesso em abril de 2011.

SALLES, L. M. F. Representação social e cotidiano. São Paulo: Didática. 1991.

SCHWARTZ, T, D.; FERREIRA, J.T.B.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários na Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória(ES). **Ciência&Saúde Coletiva.** 15(4): 2145-2154, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf>. Acesso em outubro de 2010.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**. 2007; 9(2):389-01. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>

SILVA, T. C. S. A Construção das Práticas de Integralidade no Cotidiano de uma Equipe de Saúde da Família. **Dissertação Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG,** 2006. Disponível em:

<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/TeresaCristina.pdf>. Acesso em outubro de 2010.

SIMIONI, A. M. C. et al. Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais. In: Eixo de Política Planejamento e Administração. Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, 1997.

SPINK, M. J. (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro para Grupo Focal

Nosso assunto é o cotidiano. Como é o cotidiano do trabalhador de saúde? Como é o seu dia a dia?

APÊNDICE B

Perguntas de aprofundamento e clarificação dos Grupos Focais

Aprofundamento

- 1 – Como você se sente em relação a isso?
- 2 - E o que você pensa sobre isso?
- 3 - Como você acha que deveria ser?
- 4 – De que forma isto está presente no seu cotidiano?

Clarificação

- 1 – “Fulano, o que você quer dizer quando usa o termo(repetir a expressão ou entendimento que se quer clarificar)?
- 2 – “Você está dizendo que (repetir a expressão ou entendimento que se quer clarificar), é isto mesmo?”
- 3 – Então quer dizer que você entende por (repetir a expressão ou entendimento que se quer clarificar) aquilo que?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof(a) Dra. Maristela Dalbello de Araújo e que será realizada pela mestranda Luanna Del Carmen Barbosa Mattanó do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo. Esta pesquisa será autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Vitória-ES e pelo Comitê de Ética em pesquisa/UFES.

A pesquisa tem o título provisório: **A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE: CAMINHOS E TROPEÇOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DE UM PRINCÍPIO.**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetiva analisar as práticas dos profissionais de saúde, buscando compreender como exercem a integralidade. Garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado.

Agradecemos a colaboração.

Eu _____
 RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

 Assinatura do voluntário

 Assinatura do Pesquisador

Luanna Del Carmen Barbosa Mattanó

(luamatt@gmail.com ou (27) 8803-2960)

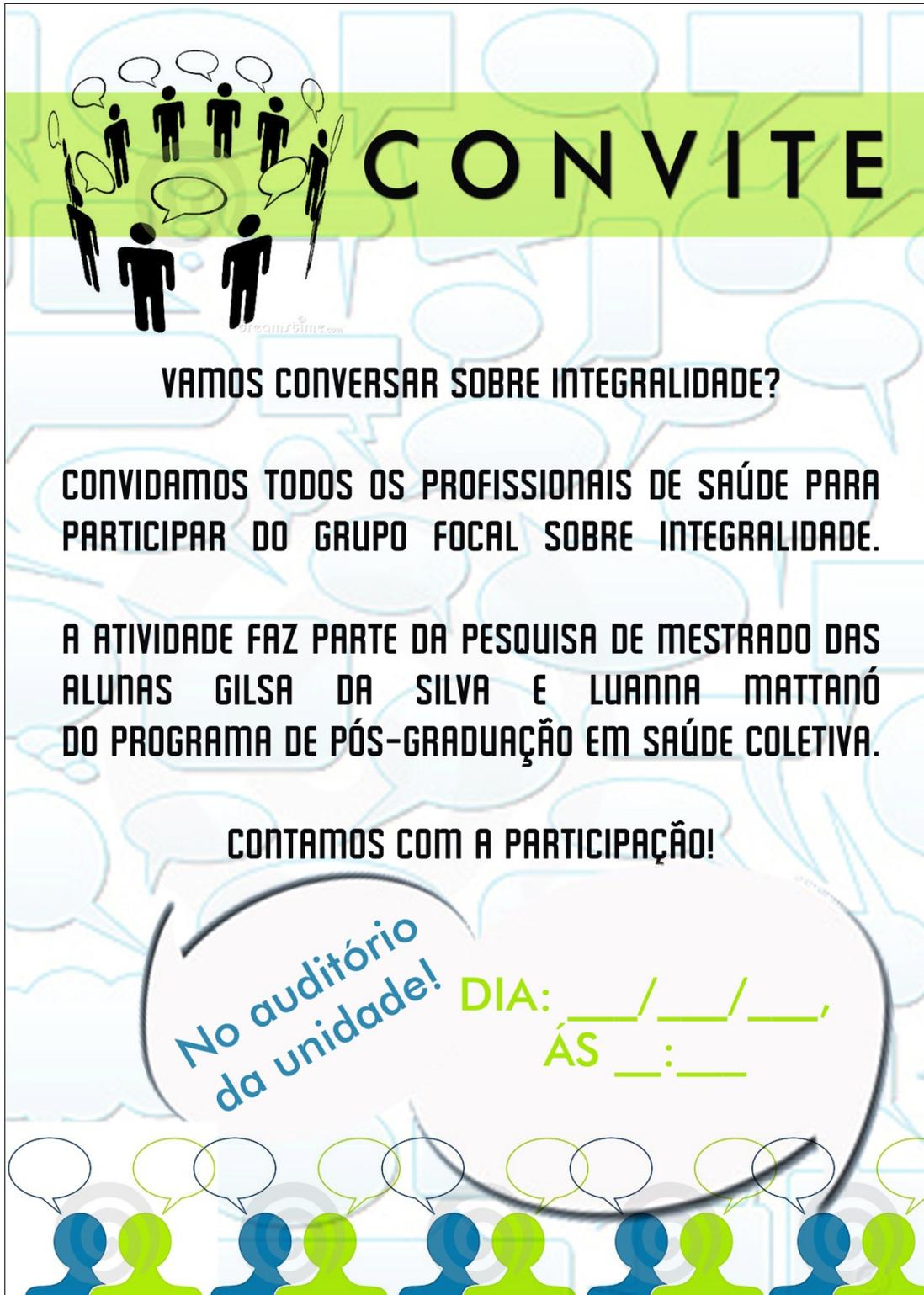
Vitória-ES, ____ / ____ / ____.

ATENÇÃO! Em caso dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Av. Marechal Campos, 1468 - Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo-
 Vitória/ES - Tel: 3335 7211 - Email: cep@ccs.ufes.br

APÊNDICE D

Cartaz de Divulgação dos Grupos Focais



The poster features a light blue background with faint speech bubble icons. At the top left, there is an illustration of several black human figures in a circle, some with speech bubbles. A green horizontal band across the top contains the word 'CONVITE' in large, bold, black capital letters. Below this, the text is centered and reads: 'VAMOS CONVERSAR SOBRE INTEGRALIDADE?', 'CONVIDAMOS TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA PARTICIPAR DO GRUPO FOCAL SOBRE INTEGRALIDADE.', 'A ATIVIDADE FAZ PARTE DA PESQUISA DE MESTRADO DAS ALUNAS GILSA DA SILVA E LUANNA MATTANÓ DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.', and 'CONTAMOS COM A PARTICIPAÇÃO!'. A large white speech bubble with a black outline is positioned in the lower half, containing the text 'No auditório da unidade!' in blue and green, and a date and time form 'DIA: ___/___/___, ÀS ___:___' in green. At the bottom, there is a row of stylized human figures in blue and green, each with a speech bubble above it.

CONVITE

VAMOS CONVERSAR SOBRE INTEGRALIDADE?

CONVIDAMOS TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA PARTICIPAR DO GRUPO FOCAL SOBRE INTEGRALIDADE.

A ATIVIDADE FAZ PARTE DA PESQUISA DE MESTRADO DAS ALUNAS GILSA DA SILVA E LUANNA MATTANÓ DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.

CONTAMOS COM A PARTICIPAÇÃO!

No auditório da unidade! DIA: ___/___/___, ÀS ___:___