UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELEXANDRA HELENA BERNARDES

**Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos
enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma
cidade do Estado de Minas Gerais**

Ribeirão Preto - SP
2005

ELEXANDRA HELENA BERNARDES

Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Área de Concentração: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Profª Drª Maria José Bistafa Pereira

Ribeirão Preto - SP
2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Elexandra Helena Bernardes

Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Instituição EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Nilzemar Ribiero de Souza

Instituição FAENPA/UEMG

Assinatura: _____

Dedico este estudo à minha família, ao Laio, minha admiração e gratidão por vocês compreenderem, estarem presentes, me apoiando de forma incansável ao longo da elaboração deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela possibilidade desta vida e por ter me iluminado com sua sabedoria e grandiosidade em todo percurso de meus estudos.

Aos meus pais, obrigada pela vida, pelo carinho, pela presença constante nesta caminhada.

Ao meu irmão Gelson e meus sobrinhos Jéssica e Henrique que sempre acreditaram e vibraram por mim.

Ao Laio, que não poupou esforços para a construção deste estudo, obrigada pela colaboração, paciência, compreensão em momentos de ausência.

A Profa Zezé Bistafa pelo acolhimento, incentivo, convivência e pela oportunidade de aprendizado pessoal e profissional. Obrigada pela oportunidade e participação na construção de um novo olhar sob trabalho em saúde pautado naquilo que acredito ser a busca de um modelo assistencial comprometido com a solidariedade, com a equidade e integralidade dos usuários.

A Profa Ione por ter iniciado junto comigo a construção deste estudo, pela disponibilidade, amizade e importantes contribuições científicas.

A Nilzemar obrigada pela amizade, pela confiança, pelo estímulo, carinho e oportunidade de compartilhar momentos preciosos de aprendizado.

A Profa Silvana obrigada pela oportunidade, pela confiança, pelos cuidados prestados nos momentos difíceis e por suas contribuições na conformação deste estudo.

A Profa Iranilde pela disponibilidade, que com sabedoria e confiança trouxe valiosas contribuições científicas, em momentos de direcionamento do estudo.

A Profa Ângela e a Profa Suzane, pela oportunidade de aprendizado e amizade nos momentos em que tivemos próximas, no CSE da Cuibá, como bolsista do PAE e na EERP.

A Welei, Conceição, Laís, Larissa obrigada pela torcida e participação neste percurso.

As minhas primas Lucrécia e Cláudia e minha tia Helena, obrigada pela presença, compreensão e ajuda nos momentos em que precisava.

Aos meus familiares e amigos, pela torcida e apoio no percurso deste estudo.

A Diretora Evânia e a FAENPA pelo apoio e oportunidade de crescimento profissional.

A Adriana MISP obrigada pela disponibilidade, prontidão, paciência, apoio e o carinho com sempre me atendeu.

Aos funcionários do MISP e da Secretaria de PG obrigada pela disponibilidade e prontidão.

Aos funcionários da EERP/USP obrigada pelo tratamento sempre carinhoso, pela atenção e prontidão em todos os momentos.

A FAPEMIG obrigada pelo apoio financeiro dado a este estudo, pelas oportunidades de crescimento.

A Ana Maria, funcionária da pró-reitoria da UEMG, obrigada pelo carisma, pela confiança e credibilidade depositada.

A Maria Inês e Raquel, pela amizade, companhia e convívio nesta caminhada.

A Renata, Juliana e Franciele pela acolhida de forma carinhosa em sua casa.

Aos Enfermeiros que fizeram parte da pesquisa, muito obrigada pela imensa contribuição e possibilidade de elaboração deste estudo.

A Equipe de SF, pela compreensão e apoio em meus momentos de ausência.

Aos Acadêmicos que estiveram comigo nessa caminhada e que torceram pelo meu sucesso.

Aos colegas de pós-graduação, obrigada pela convivência e pela oportunidade de compartilhar discussões, experiências e conhecimentos.

A Maria Cristina Manduca Ferreira pela atenção, paciência e cuidado na revisão bibliográfica.

Ao Lucas, pela paciência, disponibilidade e cuidado em que teve na formatação e correções deste trabalho.

A todos que com empenho, entusiasmo e bondade contribuíram, direta ou indiretamente, para que esse estudo se concretizasse e que fizeram parte do meu convívio no dia a dia, meu muito obrigada.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que um dado momento a sua fala seja a sua prática”.

Paulo Freire

RESUMO

BERNARDES, E. H. Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas. 2005. 191 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Os princípios do Sistema Único de Saúde na concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família é um estudo realizado, com oito enfermeiros atuantes em equipes de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais. Neste trabalho buscamos identificar e analisar as concepções que os enfermeiros, membros de equipes de Saúde da Família possuem sobre os princípios de: universalidade, equidade e integralidade, estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, assim como identificar as relações estabelecidas pelos enfermeiros entre os referidos princípios e a Estratégia de Saúde da Família. Utilizamos como referencial teórico a Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde. No percurso metodológico, utilizamos a abordagem qualitativa, entrevista semi-estruturada. Para trabalharmos os vários dados coletados, utilizamos a análise temática, onde identificamos cinco unidades temáticas: a formação, as concepções de: universalidade, equidade e integralidade e a relação entre estes princípios e a Estratégia de Saúde da Família. Os resultados evidenciaram a Universalidade como sendo um direito de todos os cidadãos à saúde, um direito ao atendimento a qualquer nível de atenção, sem qualquer tipo de discriminação, onde todos têm direito e cabe as autoridades o dever e a garantia deste direito de acesso. Equidade foi apontada pelos entrevistados como sinônimo de igualdade, em que todas as pessoas devem ser atendidas, tratadas da mesma forma, com igualdade, sem privilégio de nenhuma pessoa sobre a outra. A integralidade, por ser um termo polissêmico, foi analisada sobre três perspectivas: a do homem, a das práticas e a da organização dos serviços de saúde. A concepção de homem apareceu como um dos pontos norteadores para se afastar ou aproximar da concepção fragmentada, na busca de uma articulação das práticas destes trabalhadores, bem como na maneira que estes acreditam ou defendem a organização dos serviços de saúde em termos de recursos humanos, materiais e físicos. Assim identificamos que as concepções específicas, dos três princípios investigados, na maioria das vezes, têm sido relatadas e compreendidas de maneira memorizada, pouco clara e até distante de seus significados originais. Estes achados nos remete a refletimos, em boa medida, que devemos resgatar, aprofundar e rever os projetos, as práticas didático-pedagógicas que vêm sendo utilizadas no processo de formação profissional para o setor saúde, no sentido de que estas têm se dado de maneira tradicional, pontual e desarticulada do projeto político, com poucas possibilidades de formar sujeitos sociais com capacidade crítica e propositiva para atuarem com potencialidades, nos espaços sociais, para transformar as organizações das práticas e dos serviços institucionais, que visem consolidação de políticas sociais mais universalizantes, justas e integrais e do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Saúde da Família, Cuidados Primários à Saúde, Equidade, Enfermagem, Cuidados Integrais de Saúde, Universalidade, Formação de conceito.

ABSTRACT

BERNARDES, E. H. The Unified Health System Principles: nurses' conceptions about working at the Family Health Program of a city in the Minas Gerais State. 2005. 191 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

The purpose of this study is to verify the conception of eight nurses who work in a Family Health team of a city in the Minas Gerais State. The author aimed at identifying and analyzing the conceptions of nurses that are members of the Family Health team about the following principles: universality, equity and integrality established by the Unified Health System as well as identifying the relationships established by nurses between these principles and the Family Health Strategy, using the Primary Health Care and the Unified Health System frameworks. Regarding the methodology, the author utilized a qualitative approach and semi-structured interviews. The thematic analysis of the data enabled the author to identify five thematic units: formation, the conceptions of universality, equity and integrality and the relationship between these principles and the Family Health Strategy. Results showed universality as a citizen's right to health in any care level, without discrimination and, on the other hand, the authorities' duty to assure the access to this right. Equity was pointed as a synonymous of fairness, in which people must have their care provided, being treated in the same way as others. Integrality, as a polisemy, was analyzed under three perspectives: the man, the practices and the organization of health services. The conception of man appeared as a guideline to move further or to approximate a fragmented conception, as well as the way they believe or support the organization of health care based on human, material and physical resources. Thus, the author identified that specific conceptions on the three investigated principles are not clearly understood and are far away from their original mean. These findings enable a reflection about ways to rescue, deepen and review projects and current pedagogic practices used in the process of professional formation for the health sector, as they are occurring in a traditional way that is not articulated with the political project, with few possibilities to form social subjects with critical capacity to act with great potential in social spaces and capable to transform the practices organization and institutional services, consolidating universal, fair and integral policies and the Unified Health System.

Descriptors: Family Health, Primary Health Care, Equity, Nursing, Integral Health Care, Universality, Concept Formation

RESUMEN

BERNARDES, E. H. Principios del Sistema Único de Salud: concepción de los enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia de una ciudad del Estado de Minas Gerais, Brasil. 2005. 191 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Los principios del Sistema Único de Salud en la concepción de los enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia es un estudio realizado con ocho enfermeros actuantes en equipos de Salud de la Familia, de una ciudad del Estado de Minas Gerais. El trabajo buscó identificar y analizar las concepciones que los enfermeros, miembros de equipos de Salud de la Familia, tienen sobre los principios de: universalidad, equidad e integralidad establecidos por el Sistema Único de Salud, así como identificar las relaciones establecidas por los enfermeros entre los referidos principios y la Estrategia de Salud de la Familia. Utilizamos como referencial teórico la Atención Primaria a Salud y el Sistema Único de Salud. Con relación a la metodología, fue utilizado el abordaje cualitativo y entrevista semi-estructurada. Fue utilizado el análisis temático de los datos y fueron identificadas cinco unidades temáticas: la formación, las concepciones de universalidad, equidad e integralidad y la relación entre estos principios y la Estrategia de Salud de la Familia. Los resultados evidenciaron la Universalidad como siendo un derecho de todos los ciudadanos a la salud, un derecho al cuidado a cualquier nivel de atención, sin discriminación y las autoridades tienen el deber de garantizar el derecho de acceso. La equidad fue apuntada por los entrevistados como sinónimo de igualdad, en que todas las personas deben ser atendidas, tratadas de la misma forma, con igualdad, sin privilegios de algunos con relación a otros. La integralidad, por ser un término polisémico, fue analizada sobre tres perspectivas: a del hombre, de las prácticas y de la organización de los servicios de salud. La concepción del hombre apareció como un de los puntos direccionadores para se alejar o aproximar de la concepción fragmentada, en la búsqueda de una articulación de las prácticas de estos trabajadores, bien como en la manera que estos creen o defienden la organización de los servicios de salud en términos de recursos humanos, materiales y físicos. Así, identificamos que las concepciones específicas de los tres principios identificados, en la mayoría de las veces, son comprendidas y relatadas de manera memorizada, poco clara y distante de sus significados originales. Los datos hallados estimulan la reflexión sobre el rescate, profundización y revisión de los proyectos, prácticas didáctico-pedagógicas que son utilizadas en el proceso de formación profesional para el sector salud, en el sentido de que ocurren de forma tradicional, puntual y desarticulada del proyecto político, con pocas posibilidades de formar sujetos sociales con capacidad crítica y de hacer proposiciones, actuado con potencialidades, en los espacios sociales para transformar la organización de las prácticas y servicios institucionales que visen la consolidación de políticas sociales más universales, justas e integrales y del Sistema Único de Salud.

Descriptores: Salud de la Familia, Cuidados Primarios a la Salud, Equidad, Enfermería, Cuidados Integrales de Salud, Universalidad, Formación de concepto

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Identificando os sujeitos e suas respectivas formações	85
Quadro 02 – Os sujeitos e suas experiências profissionais dentro e fora do contexto da enfermagem.....	86
Quadro 03 – Os sujeitos e suas capacitações antes e após entrarem na Estratégia de Saúde da Família	88

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CHETRE	Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DADS	Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HND	História Natural das Doenças
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Pan-americana de Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
SAMS	Sistema de Atenção Médica Supletiva
SDD	Sistema de Desembolso Direto
SF	Saúde da Família
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 APRESENTADO O OBJETO DE ESTUDO	17
2 CONSTRUÍDO O REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 PROPOSTAS OFICIAIS DE AUTORIDADES INTERNACIONAIS PARA A CONFORMAÇÃO DE MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	21
2.1.1 Conferência de Alma-Ata	21
2.1.2 Reunião de Riga	26
2.2 PROPOSTAS DE ALMA-ATA VOLTADAS PARA O CONTEXTO DA AMÉRICA LATINA	30
2.3 INTERPRETAÇÃO DA APS	31
2.3.1 APS num enfoque teórico-conceitual	31
2.3.2 APS num enfoque operacional	34
2.4 CRISE DA SAÚDE NO BRASIL E O MOVIMENTO DE REFORMA	40
2.5 REVISÃO DA LITERATURA DOS PRINCÍPIOS DO SUS ESTUDADOS	48
2.5.1 Universalidade	49
2.5.2 Equidade	55
2.5.3 Integralidade	63
2.6 OPERACIONALIZAÇÃO DAS PROPOSTAS ORIGINADAS NO CONTEXTO DA CRISE COM VISTA À CONTINUIDADE DA REFORMA SANITÁRIA	68
3 METODOLOGIA	74
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	74
3.2 LOCAL DO ESTUDO	75
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	76
3.4 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO	79
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	80
3.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS	82
4 ANÁLISE DOS DADOS	84
4.1 APRESENTANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO	84
4.2 UNIDADE TEMÁTICA I – FORMAÇÃO	89
4.2.1 O reconhecimento da necessidade e os motivos que levam a participação do enfermeiro de SF em eventos após a graduação	90
4.2.2 Relação teórico-prática dos princípios	94

4.2.3 Oportunidades que os enfermeiros tiveram de estudar/discutir os princípios do SUS na graduação	97
4.2.3.1 Até meados dos anos 90	97
4.2.3.2 Pós-meados dos anos 90	97
4.2.4 Sentidos dos princípios do SUS.....	101
4.2.4.1 Sentidos feitos na graduação.....	101
4.2.4.2 Sentidos feitos após a graduação	103
4.3 UNIDADE TEMÁTICA II - CONCEPÇÃO DE UNIVERSALIDADE	106
4.4 UNIDADE TEMÁTICA III - CONCEPÇÃO DE EQUIDADE	109
4.4.1 Confusão do princípio de equidade com o de universalidade.....	112
4.4.2 Estranhamento ao termo equidade	113
4.4.3 Esclarecendo a concepção de equidade	115
4.5 UNIDADE TEMÁTICA IV - CONCEPÇÃO DE INTEGRALIDADE	118
4.5.1 Integralidade na perspectiva do homem	119
4.5.1.1 Dificuldade de expressão do princípio de integralidade na perspectiva de homem e confusão com o princípio de Universalidade	121
4.5.1.2 Concepção fragmentada de integralidade na perspectiva de homem	122
4.5.1.3 Concepção articulada de integralidade na perspectiva de homem	123
4.5.1.4 Esclarecendo a concepção de Integralidade na perspectiva de homem	124
4.5.2 Concepção de integralidade na perspectiva das práticas dos profissionais	133
4.5.3 Concepção de Integralidade na organização dos serviços de saúde	138
4.5.3.1 Homem fragmentado, prática, organização do trabalho fragmentada.....	139
4.5.3.2 Núcleo e campo de competência e responsabilidade e a relação com a integralidade	143
4.5.3.3 Homem sujeito, prática e organização do trabalho articulada.....	145
4.5.3.4 A meio caminho da integralidade	146
4.5.3.5 Trabalho em equipe	151

4.5.3.5.1 Necessidade de comunicação e ética no trabalho em equipe	155
4.5.3.5.2 Desfazendo os mitos do trabalho em equipe	156
4.5.3.6 Perfil dos recursos humanos e a integralidade	158
4.5.3.7 Integralidade e recursos materiais	159
4.5.3.8 Integralidade e recursos físicos	162
4.6 UNIDADE TEMÁTICA V - RELAÇÃO PRINCÍPIOS DO SUS COM A ESF.....	166
4.6.1 Princípios do SUS e ESF	166
4.6.2 Concepção da Estratégia de Saúde da Família.....	167
4.6.3 Concepção de ESF e APS.....	170
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS.....	179
ANEXOS	186

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo de
Ribeirão Preto / USP

Bernardes, Elexandra Helena

Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos
enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do
Estado de Minas Gerais. Ribeirão Preto, 2005.

191 p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-
graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Pereira, Maria José Bistafa.

1. – Enfermagem, Saúde da Família, Equidade, Cuidados
Primários à Saúde, Universalidade, Cuidados Integrais de
Saúde, Formação de conceito.

1 APRESENTADO O OBJETO DE ESTUDO

A Constituição Federal de 1988, segundo Mattos (2001), se tornou conhecida como a Constituição Cidadã por ter como uma de suas características o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, inclusive o da saúde, que ficou reconhecido como *direito de todos e como um dever do Estado* (grifo nosso).

Nessa perspectiva de reconhecimento da relevância pública das ações e serviços de saúde, a referida Constituição institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e entre os desafios, se propõe a reestruturar e reverter o então modelo assistencial predominante, que é caracterizado por apresentar uma assistência médica voltada quase que, exclusivamente, para uma abordagem biológica, individualista, reducionista, curativista, fragmentada e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional de recursos tecnológicos e medicamentosos existentes, gerando, no entanto, dentre várias conseqüências, baixa cobertura, pouca resolutividade e insatisfação de usuários (BRASIL, 2000d).

Assim, o nosso país tem vivido uma reforma sanitária, em meio a vários embates políticos, no sentido da construção do SUS, pautado principalmente nos princípios de universalidade, de equidade e de integralidade.

Uma das formas encontradas pelo Ministério da Saúde, em 1994, para dar continuidade a essa reforma sanitária foi a adoção e aposta na proposta de Saúde da Família (SF) como uma estratégia para implementação do SUS.

Esta proposta, conforme Brasil (1997b, p. 10), vem com o objetivo de

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Primária (AP), em conformidade como os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Em outras palavras diríamos que o Ministério da Saúde fez uma opção de estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no país, ao institucionalizar a SF como a política nacional de Atenção Primária à Saúde (APS).

No entanto, observamos, que para que sua tradução e sua operacionalização ocorra, na direção de prover mudanças efetivas e resolutivas da prática de atenção à saúde, faz-se necessário à construção de uma prática também efetiva, resolutiva e competente, agregada a importantes sujeitos sociais, no campo da política e dos serviços.

Franco e Merhy (2003) acrescentam que a reestruturação de modelos assistenciais requer na maioria das vezes, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão destes trabalhadores ao novo projeto, uma vez que o autogoverno¹ do trabalhador de saúde, sobre o modo de fazer a assistência, em grande medida, é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças, capazes de detonar ou viabilizar processos instituintes diante à organização de serviços de saúde.

Nesse sentido, o estudo de Scliar (1987), sobre a trajetória da Saúde Pública, também se insere como um dos disparadores para pensarmos a inserção do trabalhador como um dispositivo de mudança, no modelo assistencial. O autor aborda que o trajeto dos modelos assistenciais é balizado por diferentes concepções e teorias e a serviço destas, surgem vários instrumentos práticos e teóricos, coerente com a concepção determinante. Como exemplo disto, o autor traz:

[...] a concepção mística e religiosa do universo, a teoria do contágio, o conceito de polícia sanitária, o conceito de estatística de saúde, o conceito de epidemiologia, a teoria de infecção, o conceito de medicina social, o conceito de campo da saúde, de cuidados primários de saúde. A serviço das concepções e teorias, vários instrumentos, práticos e teóricos, como: o amuleto de xamã, o raciocínio hipocrático, o aqueduto romano, o toque do rei, o leprosário medieval; o mercúrio, a nau dos insensatos, o hospício, o

¹ Ver mais detalhes em Franco e Merhy (2003).

número, a tabela, o microscópio, a vacina, o antibiótico e o quimioterápico, o ambulatório, o hospital, o estilo de viver (SCLAR, 1987, p. 97-98).

Assim, ao considerarmos as propostas teórico-conteituais trazidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), para organização dos sistemas de serviços de saúde, entendemos que elas demonstram potências para reestruturação de modelo assistencial. No entanto, acreditamos também que para que essas desenvolvam com vista à consolidação do SUS, norteado pela universalidade de acesso, pela integralidade da assistência, pela equidade, pela resolutividade, pelo vínculo, pela responsabilidade, pelo compromisso entre equipe de saúde e famílias e pelo estímulo a participação nas questões de saúde da comunidade, fica a depender, dentre outros determinantes, do envolvimento e do conhecimento do trabalhador sobre o projeto, sobre seus objetivos, sobre as concepções envolvidas.

Diante o exposto, temos como pressuposto para este estudo que *a forma de conceber os princípios de universalidade, equidade e integralidade, estabelecidos no SUS, pelos profissionais de saúde, em especial, pelos enfermeiros atuantes na ESF, pode contribuir na determinação do modo de organizar serviços e de prestar assistência, que pode ou não visar à consolidação do SUS.*

Portanto, se faz urgente redescobrir e fortalecer contribuições de intervenções no cotidiano, que possibilitem uma forma diferente de operar nos serviços de saúde com vista à transformação das práticas institucionais que efetivem o direito à saúde.

No contexto destas reflexões, surgiu nosso interesse em estudar as concepções² do enfermeiro de SF sobre os princípios de universalidade, de equidade e de integralidade, estabelecidos no SUS.

² A palavra concepção é tomada de acordo com a significação dicionarizada (BUENO, 2000, p. 183) como “ato ou efeito de conceber, gerar, ou de formar idéias”.

É importante ressaltar que este interesse conformou a partir de participação em discussões e leituras, em disciplinas do curso de mestrado, as quais me proporcionaram realizar indagações e reflexões, com possibilidade de estabelecer um olhar mais crítico e reflexivo para a organização das práticas e dos serviços de saúde e para a inserção do enfermeiro nesse processo, enquanto um sujeito social com potencialidades para consolidar uma política social mais justa, universalizante e integral.

Em torno dessas considerações procuramos identificar e analisar quais concepções que os enfermeiros de SF têm sobre os princípios de universalidade, equidade e integralidade, como eles percebem a relação destes com a ESF. Pensamos que discutindo e refletindo sobre esta temática tentaremos contribuir para uma melhor compreensão sobre esta abordagem doutrinária.

Nessa direção de tentarmos entender as principais concepções sobre os referidos princípios, que os enfermeiros utilizam para interpretar e operacionalizar suas práticas e as organizações dos serviços na realidade do sistema de saúde tivemos por objetivos nesta pesquisa:

- Identificar e analisar as concepções que os enfermeiros, membros de equipes de SF, possuem sobre os princípios de universalidade, equidade e integralidade estabelecidos pelo SUS.
- Identificar as relações estabelecidas pelos enfermeiros entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS e a ESF.

2 CONSTRUÍDO O REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROPOSTAS OFICIAIS DE AUTORIDADES INTERNACIONAIS PARA A CONFORMAÇÃO DE MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

2.1.1 Conferência de Alma-Ata

Os anos 70, segundo Vilela e Mendes (2000), é marcado por uma situação de miséria, em que vivia grande parcela da população mundial, e por uma extrema desigualdade em saúde e serviços sanitários existentes, entre os países e mesmo dentro de cada país. Ainda nesse período, Franco e Merhy (2003) acrescentam que esta situação se agrava também frente a recessão generalizada, desencadeada pela intensa crise estrutural do capitalismo, repercutindo fortemente no setor saúde principalmente no que se refere as questões do financiamento.

Diante esta conjuntura, iniciativas são desencadeadas pelas autoridades internacionais de saúde, que em 1977 abriu caminho, através da 30ª Assembléia Mundial de Saúde, à busca de novas ou renovadas propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços e de desenvolvimento da assistência, objetivando superar o contexto predominante acima.

Esta Assembléia trouxe que o principal objetivo social dos governos e da Organização Mundial de Saúde (OMS) nas próximas décadas seria o alcance por volta do ano 2000, por todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde que lhes possibilitassem levar uma vida social e economicamente produtiva (VILELA; MENDES, 2000). Este objetivo ficou conhecido como *Saúde para todos no ano 2000* (grifo nosso).

Nessa direção, em setembro de 1978, a OMS, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), abriu oportunidade a um amplo debate, através da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), onde 144 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), de diferentes ideologias políticas, assinavam uma declaração consensuando e confirmando os princípios gerais da APS (BRASIL, 2001).

Esta Conferência expressou uma urgente necessidade de ação de todos os setores da sociedade em busca de reconhecer o direito à saúde, de garantir um atendimento das necessidades básicas, através do estabelecimento de um novo enfoque para a saúde e da reafirmação agora como meta *Saúde para Todos no Ano 2000* e a APS ou os Cuidados Primários à Saúde, enquanto estratégia de planejamento e de funcionamento do essencial para os serviços desse setor (BRASIL, 2001).

Da Conferência de Alma-Ata originou um documento - A Declaração de Alma-Ata - (BRASIL, 2001), através da qual podemos constatar que a saúde constitui um direito humano fundamental e a mais importante meta social mundial, cabendo aos governos uma responsabilidade por esta, mediante a promoção de adequadas medidas sanitárias e sociais. O documento considera a saúde ainda como uma necessidade “essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (BRASIL, 2001, p.15).

A Declaração chegou também à indicação de que a APS deveria fazer parte do sistema geral de saúde do país, sendo, que a responsabilidade de promoção e proteção da saúde, da respectiva população, ficaria sobre

responsabilidade, além dos governos, da interdependência de outros setores e de aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário (BRASIL, 2001).

Assim, as atividades de saúde deveriam ser coordenadas com outros setores sociais e econômicos, como a educação, a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a habitação, as obras públicas, as comunicações, o abastecimento de água, o saneamento básico, dentre outros (BRASIL, 2001).

A saúde, no sentido dessa declaração leva e está, ao mesmo tempo, subordinada à progressiva melhoria das condições e da qualidade de vida.

O conceito de saúde é contemplado de forma ampliada, sendo mais que um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, ou mesmo de ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2001, p.15). A saúde passa a ser resultado de um complexo e dinâmico equilíbrio de relações do homem, dos homens entre si e deles com a natureza. Desta forma, saúde e doença estão presentes em um único processo, que é condicionado, predisposto e determinado por uma rede de fatores, onde as causas ultrapassam a concepção unicausal do fator biológico ou psicológico. O processo saúde-doença é resultado coletivo de contextos políticos, econômicos, sociais, culturais, religiosos, além dos biológicos e psicológicos, dentro de uma perspectiva holística e ecológica (FEIX, s.d.).

Em concordância com esta percepção de saúde, Starfield (2002), coloca que para que se tenha uma otimização da saúde através da APS, esta deve enfatizar a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes, como o meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de enfatizar somente sua enfermidade individual.

Além de ampliar o conceito de saúde, como direito humano fundamental, a Conferência de Alma-Ata ressaltou a importância da participação social, individual e coletiva, nas políticas de planejamento, organização, execução e avaliação dos Cuidados Primários à Saúde, enfocando a relevância da participação e a necessidade de indivíduos, famílias e comunidades assumirem maior responsabilidade por sua própria saúde (BRASIL, 2001).

Visando o alcance de um grau aceitável de saúde aos povos de todo o mundo, a Conferência adotou a APS como estratégia. Neste contexto a OMS formula uma definição abrangente de APS, como sendo:

[...] cuidados essenciais de saúde embasados em métodos e tecnologias práticas, bem argumentados cientificamente e socialmente aceitos, dispostos ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, por meios de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, independente de sua fase de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e automediação. A APS forma parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constitui um papel central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social global da comunidade. Constitui o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, a primeira abordagem de um continuado processo de assistência à saúde, pelo qual os cuidados de saúde devem ser levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (BRASIL, 2001, p.16).

A APS, nesta ocasião, foi adotada com uma intenção mais imediata de ampliar e organizar a cobertura dos serviços e ações de saúde, surgindo de acordo com Feix (s.d.) como um contexto compreensivo e abrangente que antes de se opor a qualquer escola ou movimento histórico de saúde pública, recupera tudo aquilo de mais útil que tinha sido revelado através do tempo, como as promissoras inovações aplicadas pela Medicina Comunitária, a partir dos anos 60, nos modelos de saúde da URSS, China e Cuba, bem como as bem sucedidas experiências da Inglaterra e da Suécia, que racionalizaram os custos, ampliaram a cobertura e impactaram favoravelmente os indicadores de saúde e de qualidade de vida em vários países,

através da aplicação de técnicas de planejamento e administração científica aos sistemas de saúde.

Este mesmo autor refere que a APS, ainda que parcialmente identificada com os princípios da Medicina Comunitária, surge, na realidade, pelo menos quinze anos após, transcendendo este movimento, e dentro de um contexto internacional completamente diverso, sendo seus princípios discutidos e aprovados democraticamente na referida Conferência de Alma-Ata.

De acordo com Franco e Merhy (2003) as propostas surgidas nessa Conferência são fundamentadas em grande parte pela conjuntura de recessão econômica vivida, naquele período, pelo capitalismo. Assim, elas partem de uma lógica racionalizadora, com ênfase nos princípios de extensão de cobertura dos serviços de saúde, objetivando responder aos investimentos necessários à assistência com menores custos possíveis e atender a contingentes populacionais excluídos. A lógica pensada é a de que os estados não mais teriam recursos suficientes para continuar custeando os sistemas de saúde. Seria necessário então, articular uma proposta minimamente eficiente, de menor custo e capaz de ganhar adesão entre os vários segmentos da sociedade, contemplando amplas camadas da população com ações básicas de assistência em saúde.

A Conferência aborda um conjunto de elementos essenciais da APS, que incluem: educação direcionada aos problemas de saúde prevalentes e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção do fornecimento de alimentos e da nutrição adequada, apropriado abastecimento de água e saneamento básico, assistência à saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças

endêmicas, tratamento apropriado de enfermidades e lesões comuns e suprimento de medicamentos essenciais (BRASIL, 2001).

A Conferência de Alma-Ata, estabeleceu bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma, onde em concordância com Ferreira e Buss (2001), ela ampliou a concepção de cuidados de saúde em sua abordagem setorial e de envolvimento da própria população, ultrapassando o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde.

Vilela e Mendes (2000) ainda acrescentam que a proposta da OMS resultante da Conferência de Alma-Ata aponta para a saúde vinculada aos demais setores sociais e econômicos, o que fala a favor de uma concepção mais totalizadora, integradora, objetivando a superação do aspecto fragmentado que caracteriza o modelo biomédico.

2.1.2 Reunião de Riga

Após dez anos da Conferência de Alma-Ata, ocorreu em 1988, uma reunião de experts da OMS em Riga (URSS), com o propósito de analisar os frutos de Alma-Ata e os problemas que ainda persistiam. Dessa reunião, originou um documento intitulado *Reafirmação de Alma-Ata em Riga: declaração de adesão renovada e fortalecida à saúde para todos no ano 2000 e mais além*, que norteou as discussões na reunião da 41ª Assembléia Mundial de Saúde (OMS, 1991).

A questão principal considerada durante a reunião de Riga referiu *a quais seriam os problemas e progressos desde Alma-Ata para o alcance de saúde para todos*. Além desta questão, a APS foi considerada a chave para conseguir o

propósito de Saúde para Todos devendo reunir cinco aspectos como: cobertura universal (equidade), com prioridade para os mais necessitados; promoção, prevenção, cura e reabilitação; os serviços deveriam ser eficazes, culturalmente aceitáveis, possíveis e suscetíveis de gestão; participação comunitária para fomentar a auto-responsabilidade e reduzir a dependência; e relacionamento da ação sanitária com outros setores do desenvolvimento (OMS, 1991).

Os princípios do movimento de *Saúde para Todos* apontaram para a necessidade de cobertura com APS como uma medida de equidade, e as melhoras no estado de saúde como uma medida de eficácia. Sendo assim, um dos indicadores da OMS para avaliar os progressos desde Alma-Ata foi a disponibilidade de serviços de AP. Outros indicadores do estado de saúde, como taxas de mortalidade infantil, materna e de menores de cinco anos, que falam a respeito da eficácia dos programas, também foram analisados (OMS, 1991).

Após análise ficou evidente, que os progressos do movimento variavam de um país para o outro e de uma região para outra. Com relação aos países desenvolvidos, o progresso, em termos de disponibilidade de serviços e de acesso foi inegável; no entanto, em termos de melhoria do nível de saúde da população era discutível (OMS, 1991).

A OMS (1991) examinando-se as dificuldades encontradas pelos países mais pobres notou-se que elas estavam relacionadas:

a) à formulação de políticas – observou-se que muitas vezes o compromisso assumido não se fez acompanhado de recursos necessários ou ocorreu ineficácia na gestão de saúde;

b) com o desaceleramento do desenvolvimento nacional apresentado por alguns países – notou-se que foi devido à escassez de recursos, à debilidade das

infra-estruturas e à capacidade limitada de gestão, além de algumas regiões ter apresentado problemas adicionais, como o crescimento populacional sem freio, levando ao esgotamento dos sistemas ecológicos e redução da produção agrícola, a redução da renda per capita, elevando o número de sem-terra e a migração rural-urbana;

c) com os serviços sanitários locais ou distritais – principalmente os países pobres sofrem da falta de capacidade necessária para converter as políticas em programas eficazes;

d) com o papel das comunidades nos programas de saúde – revelou a falta de participação comunitária nas decisões sobre programas e em sua execução;

e) e com referência a formação de pessoal - observou-se que a educação de médicos e enfermeiros continuava orientada para os aspectos curativos no hospital e as ações preventivas recebiam pouca atenção.

Durante a Reunião de Riga, a análise dos problemas apresentados pelos países mais pobres foi baseada em dois critérios: o primeiro seria os indicadores de mortalidade e morbidade e o fracasso do desenvolvimento devido à questão demográfica, que refletiam outros aspectos do subdesenvolvimento, e o segundo critério dizia a respeito ao crescimento populacional e deterioração ecológica. Na análise deste último critério a transição demográfica foi considerada como apresentando três etapas: na primeira teriam elevadas taxas de natalidade e mortalidade; o crescimento populacional era considerado pequeno ou ausente. Na segunda etapa, observava-se melhoria das condições de vida, redução das taxas de mortalidade. As taxas de natalidade permaneciam aumentadas, fazendo com que a população crescesse rapidamente. Na terceira etapa, ocorreria diminuição da natalidade, equilibrando-se com a mortalidade (OMS, 1991).

Os experts da reunião de Riga consideraram a questão demográfica como um paradigma de desenvolvimento extraviado, onde não se aplicam todas as regras estabelecidas para tratar dos problemas sanitários; as disciplinas elaboradas pelo setor da saúde não são suficientes para definir os problemas, no sentido de que a realidade e os problemas apresentam diferentes classes de complexidade, sendo maior que os conhecimentos oferecidos pelas questões demográficas (OMS, 1991).

Dessa maneira, os experts de Riga propõem a adoção de novos aspectos para melhorar a situação dos países e comunidades mais pobres. Esses novos aspectos apontam para a busca de novas formas de analisar e descrever os problemas, com vistas a uma ampliação da compreensão de sua natureza. Referem-se também à necessidade de se encontrarem novos caminhos, novos sócios e novos recursos para abordar os problemas. Acrescenta-se necessidade de elaborar formas mais eficazes de convencer as pessoas quanto a soluções possíveis (OMS, 1991).

Nessa ocasião também foram examinados cinco critérios para abordar os problemas de saúde dos países mais empobrecidos. São eles: o fortalecimento das intervenções políticas e sociais; o fortalecimento da organização e gestão dos sistemas de saúde, especialmente nos distritos; o apoio às atividades sanitárias, baseadas na comunidade; o fomento das aplicações da ciência e da tecnologia para a APS; e por fim, o desenvolvimento de liderança em Saúde para Todos (OMS, 1991).

2.2 PROPOSTAS DE ALMA-ATA VOLTADAS PARA O CONTEXTO DA AMÉRICA LATINA

Chaves (1999) ao rever os movimentos estratégicos de renovação dos sistemas de saúde da América Latina aponta para algumas análises referente às propostas de Alma-Ata, como: o desejo expresso na referida Declaração de atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, que infelizmente não foi alcançado; e o conceito importante de saúde trazido como responsabilidade compartilhada pelo setor saúde com outros setores do governo. Nessa análise o autor refere que apesar de não ter sido consolidado o desejo, os países, em especial os da América Latina, obtiveram progressos significativos como incentivo e apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e do UNICEF, em amplos programas para populações desassistidas. No que se refere à coordenação intersetorial recomendada pela Conferência o autor reconheceu como ainda incipiente ou insuficiente (CHAVES, 1999).

Ainda nessa análise, ao comparar os dados nas duas décadas de Alma-Ata, Chaves (1999) observou que a transição demográfica está em plena marcha, mas ainda não está completada. Segundo o autor vê-se uma queda da taxa de crescimento populacional, do percentual de população de 0-15 anos e da taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva. Nota-se também o aumento percentual da população urbana e do grupo de 60 anos ou mais, bem como da esperança de vida ao nascer.

Chaves (1999) concluiu que embora não se possa estabelecer uma relação de causa e efeito, o ideário de Alma-Ata ganhou raízes na estrutura dos países da América Latina e certamente parte dos ganhos nos indicadores de saúde

deve-se à sua aplicação às práticas de saúde. Porém, o autor argumenta, que não se pode deixar de mencionar que outra parte se deve a avanços em outros setores, que contribuem com o setor saúde para o desenvolvimento comunitário.

2.3 INTERPRETAÇÃO DA APS

2.3.1 APS num enfoque teórico-conceitual

Starfield (2002) em seus estudos aponta para alguns aspectos conceituais do papel da APS como um foco de organização dos sistemas de serviços de saúde. Nessa direção a autora traz a APS como aquele nível de atenção que proporciona a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferecendo atenção sobre o indivíduo no decorrer do tempo. A APS no entendimento da autora deve fornecer atenção para as diversas condições que o indivíduo apresenta, assistindo os problemas mais comuns na comunidade, através da oferta de serviços de prevenção, cura, reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar, deve ainda coordenar ou integrar a atenção oferecida em algum outro lugar ou por terceiros, quando há necessidade. Ela deve lidar com o contexto no qual a doença existe e exerce influência a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e otimiza o uso dos vários recursos, tanto básico como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A mesma autora, ora citada, ressalta que na APS os usuários têm acesso direto a uma assistência apropriada da atenção que é feita de forma contínua ao longo do tempo, para todos problemas e que incluem a necessidade de serviços de

natureza preventiva. Neste contexto de cuidado, o usuário deve manter uma relação de proximidade com os trabalhadores de saúde, sendo que, a entrada no sistema é dada pelo paciente, freqüentemente com queixas pouco específicas e vagas, requerendo que a principal tarefa do trabalhador de saúde seja a de elucidação da necessidade do usuário e levantar informações que levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais adequado.

Starfield (2002) ao trabalhar a interpretação da APS, também descreve alguns atributos³ desta, que medem seu potencial e o seu alcance. Esses atributos serão descritos a seguir.

A atenção ao primeiro contato consiste na acessibilidade e uso do serviço a cada nova necessidade ou novo episódio de uma necessidade pela qual as pessoas procuram atenção à saúde. Independente do que um estabelecimento de saúde define ou percebe como acessibilidade, ele não proporciona atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários em potencial reconhecem esta como acessível e isto se reflita na sua utilização.

A longitudinalidade implica a existência de uma referência regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Desta maneira, a unidade de AP deve ser capaz de identificar a população eletiva, assim como as pessoas dessa população que deveriam receber assistência da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua referência de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

A integralidade pressupõe que as unidades de AP devem realizar arranjos para que o usuário receba os diversos tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo

³ Mais detalhes ver Starfield (2002).

que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento a serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Considerando que cada unidade de AP possa definir diferentemente sua própria diversidade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de usuários como para a equipe, assim como reconhecer as dimensões para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe também deve ser capaz de proporcionar e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que trabalhem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deve reconhecer apropriadamente problemas de todos os tipos, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa doenças.

A *interação* entre profissionais e usuários pressupõe em meios pelos quais os profissionais aprendem sobre as várias necessidades dos usuários e como os usuários aprendem sobre os vários aspectos que envolvem a sua atenção. Nesse sentido as interações entre usuários e profissionais vão ocorrendo no decorrer dos encontros entre ambos, que permite ir ampliando e aprofundando a confiança, a comunicação, o estabelecimento de vínculo, no sentido de encontrarem melhores soluções que atendam as necessidades dos usuários de forma adequada.

A *coordenação* da atenção implica alguma forma de continuidade, quer por parte dos profissionais, quer por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas como um elemento processual, que será facilitado se o mesmo profissional examinar o usuário no acompanhamento ou se houver um

prontuário que clarifique estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas é importante para avaliar a coordenação de atenção.

Em outras palavras diríamos que esses atributos pressupõem na capacidade de manter continuidade de assistência, através da equipe de saúde dos diversos serviços que compõem o sistema de saúde, com o reconhecimento das necessidades que solicitam seguimento constante.

2.3.2 APS num enfoque operacional

Enquanto Starfield (2002) aponta para um enfoque conceitual da APS, Mendes (2002) aponta para um enfoque operacional.

Mendes (2002) coloca que na história recente de vários países, observa-se à adoção da estratégia de APS na organização e ordenação de recursos do sistema de saúde com vista, que estes respondam de maneira adequada às necessidades de suas populações, porém, observa-se também que neste processo a estratégia de APS tem sofrido variações em sua interpretação, sendo algumas destacadas abaixo:

Uma primeira interpretação colocada pelo autor é a de *atenção primária seletiva*. A APS é entendida como um programa específico oferecido a populações e regiões pobres, que se oferece simplesmente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de pouca qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior complexidade tecnológica (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986 apud MENDES, 2002)⁴.

⁴ UNGER, J. P.; KILLINGSWORTH, J. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Scientific Medicine**, s.l., n. 22, p. 1001-1013, 1986.

Em outras palavras poderíamos dizer que nessa interpretação a APS é entendida como uma forma de racionalização de recursos, assistência simplificada - *assistência pobre para pobre* - com oferecimento de tecnologia barata e usada em larga escala, restrita a grupos em situações de risco, geralmente populações de baixa renda.

Uma segunda interpretação de APS, apontada por Mendes (2002), seria como *nível primário do sistema de serviço de saúde*, que compreenderia a APS como a maneira de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, sem grande preocupação com seguimentos, com os serviços de referência e contra-referência com outros níveis, enfocando a atribuição resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde, de caráter agudo e mais comuns, para o qual pautasse em uma forma de minimizar os custos econômicos e a satisfazer a demanda da população, restrita, porém, as atividades de atenção de primeiro nível.

Este tipo de interpretação de acordo com o autor acima citado coloca a APS como base dos sistemas fragmentados de serviços de saúde, que ainda são fortemente hegemônicos e que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e raramente unidos entre si, com débito de APS. Por consequência dessa forma de organização, estes sistemas tornam-se incapazes de prestar atenção contínua à população e de responsabilizar por esta, pois possuem uma visão estrutural na forma piramidal, onde os pontos de atenção à saúde devem ser organizados por níveis hierárquicos de complexidade tecnológica crescente do primário ao quartenário (maior nível) e sem comunicação de um nível com o outro ou ainda dentro de um mesmo nível. Nesse contexto, a APS é apontada de forma distorcida, como sendo menos complexa que os demais níveis, pois há

uma sobrevalorização de práticas que exigem maior densidade tecnológica e em contra partida há uma banalização da APS.

Uma terceira interpretação da APS, mais ampla e adotada neste estudo, seria a concebida por Mendes (2002) como estratégia, pilar de estruturação do sistema de saúde, que tende a superar as concepções anteriores trazidas, as quais concebem como uma forma de oferecer serviço às populações carentes ou simplesmente como um nível de assistência. De acordo com este autor, a APS enquanto estratégia de organização do sistema de serviço de saúde compreende uma maneira singular de apropriar, recombinar, reordenar e reorganizar os diversos recursos do sistema a fim de satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que representa a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, que são aqueles organizados por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada através da APS, que presta assistência de maneira contínua a uma população definida quanto a lugar, tempo, qualidade e custo certo, e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essas pessoas.

O sistema integrado é representado por uma visão estrutural de rede horizontal integrada, nele há uma conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas (uma vez que possuem funções de produção específicas), sem hierarquia entre eles, onde a APS desempenha um papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrantes da rede, que são centros de comunicação. A APS, nessa organização, deve cumprir para isto as funções de resolução, organização e responsabilização (MENDES, 2002).

Este tipo de organização dos serviços de saúde está enfocada em um desenvolvimento sistemático, contínuo e planejado, voltado ao atendimento às necessidades agudas e crônicas, que se manifestam durante o ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, manutenção e suporte individual e familiar para o autocuidado (MENDES, 2002).

Após essas variações de interpretações de APS apresentadas, é importante ressaltar que muitas vezes a APS tem sido confundida entre os denominados níveis de prevenção, definidos pelos teóricos americanos, Leavell e Clark (1976), no desenvolvimento do modelo de interpretação de *História Natural das Doenças* (HND). A Prevenção Primária é estabelecida no Período de Pré-patogênese, consistindo em ações destinadas a inibição do desenvolvimento de uma doença, antes que ela ocorra, promovendo uma saúde ideal (educação para a saúde e atendimento de pessoas sadias) e elementos específicos de proteção (vacinação, tratamento de cunho coletivo). Os dois outros níveis de prevenção são estabelecidos já no Período de Patogênese, onde, a Prevenção Secundária, constitui-se principalmente no diagnóstico e tratamento precoce de agravos e a Prevenção Terciária consiste na reabilitação ou prevenção de incapacidade total, permitindo ao indivíduo uma recuperação de maneira que possa manter uma vida satisfatória e auto-suficiente (ROUQUAYROL, 1994).

Fica claro que Leavell e Clark estabelecem níveis de prevenção – primário, secundário e terciário – em que sistematizam os graus de complexidade da assistência a saúde e a doença, já no caso da APS trata-se de maneiras de organizar serviços de saúde, onde o primeiro nível aplica-se promoção e proteção, recuperação e reabilitação. A diferença de acordo com Feix (s.d.), está em que a

APS representa uma ação básica, essencial e fundamental na primeira abordagem de qualquer situação, em todos os níveis de complexidade, desenvolvendo ações de todos os tipos.

Além da confusão com os níveis de prevenção apontamos como motivo que reforça o entendimento da APS, enquanto promoção e prevenção, a conformação das políticas de saúde no Brasil, que apresentam na história da organização dos serviços de saúde uma conformação dicotomizada, ficando as ações de caráter preventivo sob responsabilidade da saúde pública.

Uma reorientação da saúde pautada na APS, além de um correto entendimento do conceito do que seja a APS por meio de conhecimento e operacionalização de seus atributos, exigem ainda segundo Mendes (1995), mudanças na concepção de saúde, no paradigma sanitário e na prática sanitária.

Nessa direção, Mendes et al. (1996) afirma que a concepção do processo saúde-doença altera o pólo tradicional de ofertas de serviços focalizados na doença para o investimento em ações mais globalizadas que relacionam a saúde com condições de vida, através das inter-relações entre fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos, além de oferta de serviços de saúde resolutivos. Desta forma, a nova concepção do processo saúde-doença coloca no mesmo espaço ações de natureza curativa, preventiva e de promoção de qualidade de vida. Esta alteração no conceito de saúde traz, ao campo teórico e prático da assistência, o paradigma sanitário fundamentado na saúde como expressão de qualidade de vida, em que incorporam-se novas práticas de vigilância à saúde, centradas na resolução de problemas decorrentes de uma realidade social.

A concepção negativa de saúde, entendida como ausência de doença e o paradigma Flexneriano, caracterizado pela fragmentação, pelo reducionismo aos

determinantes apenas biológicos, tendo como elementos ideológicos o mecanicismo, o individualismo, o especialismo, a tecnificação e o curativismo, vem orientando a prática sanitária, a qual procura responder as necessidades de uma população com oferta quase que exclusivamente de serviços médicos (VILELA; MENDES, 2000).

Assim, estas autoras relatam que, para que a reorientação dos serviços de saúde aconteçam pautada na APS, faz-se necessário passarmos de uma concepção negativa para outra positiva de saúde, que seja uma expressão de qualidade de vida de uma população, um produto social que resulta do acesso a bens econômicos e sociais. No entanto, nessa conformação de concepção positiva de saúde, o paradigma sanitário derivado faz surgir uma nova prática nomeada de *vigilância da saúde*, que concebe a saúde como resultante das condições de vida da população, portanto suas práticas visam produzir saúde por meio de ações articuladoras entre os setores de intervenções no âmbito de promover saúde, prevenir e curar enfermidades (VILELA; MENDES, 2000).

Dever (1988) chama a atenção para a extensão de serviços à comunidade para além da demanda dos serviços de saúde, uma vez que se faz necessário trabalharmos as pessoas que não procuram o serviço de saúde, que ainda não adoeceu, mas que se encontra exposta aos riscos de adoecer.

Vilela e Mendes (2000, p. 56-57) complementam dizendo que

[...] para perceber a associação entre fatores de risco e o processo saúde-doença, é necessário à adoção de um conceito de saúde e de seus determinantes que seja amplo, abrangente e estrategicamente administrável [...] para tanto a organização do sistema de atenção à saúde deve compreender a disponibilidade quantitativa, qualitativa e a abrangência de ações preventivas, curativas e reabilitativas.

Após trazermos algumas questões que tratam da origem e do contexto de marcos teórico-conceituais da APS, enquanto corpo estruturador de um dado campo científico e prático, com potencialidade de reconfigurar o setor saúde, atualizando-o

quanto às evidências de esgotamento de paradigma de abordagem mecanicista, registraremos como a APS vem se conformando no nosso país, frente ao desenvolvimento das políticas de saúde.

2.4 CRISE DA SAÚDE NO BRASIL E O MOVIMENTO DE REFORMA

No Brasil, nos anos 70, 80 a crise no sistema público de saúde podia ser compreendida a partir de vários elementos, sobretudo aqueles relacionados ao modelo médico-assistencialista privatista, inaugurado pela Previdência Social, na década de 60.

Este modelo, como sabemos, era caracterizado por apresentar uma forma de atuação através de serviços hospitalares, respaldados por uma tecnologia altamente sofisticada, e usada em larga escala, por métodos específicos de tratamentos medicamentosos, focalizado em atividades médicas e na concepção do processo saúde–doença de maneira biologista, voltado prioritariamente para o desempenho de ações curativas, individuais; onde o corpo era transformado em um objeto divisível, segmentado em partes cada vez menores, passível de intervenção, também progressivamente mais especializadas e pormenorizadas.

Para a realização de intervenções desta natureza tornava-se necessário o uso de procedimentos de alta densidade tecnológica, que encarecia demasiadamente os serviços de saúde e que pouco resolvia os problemas de saúde da população. Isto trazia como consequência uma assistência de baixa cobertura e pouco impacto, pois a população, em sua maioria não podia pagar por ela, desencadeando-se assim problemas de caráter técnico, social, político e econômico.

Segundo Brasil (1982), os serviços de saúde se apresentavam com baixos índices de qualidade de atendimento, produtividade, resolutividade dos problemas da população, e com reduzido aproveitamento de sua própria capacidade instalada, que induzia à compra de serviços privados, às distorções indesejáveis, aos desperdícios de recursos e à imprevisibilidade de gastos.

É importante lembrar, que nesse período de 70 a 80, o cenário brasileiro era semelhante ao de outros países em desenvolvimento, especialmente os situados na América Latina. Observava-se, num contexto amplo, um crescente aumento da pobreza, desemprego, arrocho salarial, má distribuição de renda. No setor da saúde a crise, além de financeira, ainda era caracterizada por reaparecimento de enfermidades até então consideradas controladas, por surgimento de novas epidemias, por deterioração das condições de vida de grande contingente humano, por incontável e progressista destruição dos recursos naturais. No entanto, a crise se caracterizava em dimensões financeiras e políticas.

Em resposta ao aprofundamento da desigualdade social e as proposições internacionais de APS cresce um sentimento oposicionista na população brasileira. Assim, no final dos anos 70 e principalmente nos anos 80, amplia-se à possibilidade de debate no nível específico da política, tornando-se inevitável à entrada, lenta e gradual, de novos atores no cenário político (MENDES E., 1994).

Ante o exposto observamos a inauguração dos primeiros passos de uma ampla reformulação do modelo assistencial então predominante, com a proposição de um sistema nacional de saúde, cujas ambições voltavam-se para universalidade de acesso e integralidade da assistência.

O processo de redemocratização do País é evidenciado de acordo com Brasil (2002), por uma ampliação de organização popular, que produziu um aumento

de demandas sobre o Estado e desencadeamento de um forte movimento social pela universalidade de acesso e pelo reconhecimento da saúde como um direito universal e dever do Estado. O então movimento, denominado de Movimento da Reforma Sanitária, reuniu diversificados atores em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, na luta pela construção da cidadania, além de ser contexto do discurso oficial da proposta de APS.

Este movimento foi caracterizado não apenas por fazer denúncias contra o regime da ditadura e os interesses econômicos com ela envolvidos, mas também por apresentar uma série de propostas discutidas na estruturação do sistema de saúde, que buscava organizar o setor público segundo os princípios de hierarquização, regionalização e universalidade das práticas de saúde, tentando conferir-lhes racionalidade e integralidade.

O Movimento da Reforma Sanitária ganha espaço nacional, através de trabalho político intensivo e articulado, culminando na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, sendo um dos mais importante eventos político-sanitário, ocorrido no contexto das políticas de saúde brasileira, seu destaque deu-se de acordo com Mendes (2001) por apresentar duas características principais, sendo a primeira devido seu caráter democrático, pela significativa presença de delegados, representando a maioria das forças sociais interessadas, e a segunda devido sua dinâmica processual; pois iniciou-se por pré-conferências desde o âmbito municipal, passando pelo estadual até o nacional.

Essa Conferência reuniu uma gama diversificada de representantes sociais de todo o País, resultando numa legitimação dos princípios e da doutrina do referido movimento. Andrade (2001), relata como principais temas debatidos nessa

Conferência: a saúde como direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

Pimenta (1993) complementa que a VIII CNS apontou para a garantia da saúde como direito inerente à cidadania; no que se refere à organização dos serviços propôs: descentralização da gestão, integralidade das ações, regionalização e hierarquização, participação da comunidade e fortalecimento do município e quanto ao financiamento propôs a criação dos Fundos Únicos de Saúde – federal, estadual e municipal – geridos com a participação da comunidade, e pré-fixação de um percentual mínimo sobre as receitas públicas, sendo que o Estado deveria financiar integralmente o setor e os recursos da Previdência deveriam destinar-se exclusivamente para custear o seguro social dos trabalhadores.

Entre os resultados dessa Conferência, ressalta-se a grande conquista e incorporação de princípios debatidos ao texto constitucional de 1988, no seu Art. 196, especificamente, da determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito através de políticas sociais e econômicas que objetivem a diminuição de risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Pimenta (1993) afirma que as propostas da VIII CNS foram contempladas, em linhas gerais, com exceção do financiamento, que na nova Constituição estabeleceu-se o custeio da saúde com recursos da Seguridade Social, da União, dos Estados e Municípios, sem definir pré-fixação dos recursos dos três níveis de governo.

Para assegurar esse direito a Constituição de 1988 incorporou o SUS como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos

serviços e ações de saúde” (BRASIL, 1990, p. 09). E para dar conta dessa determinação legal, o Poder Legislativo aprovou as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – 8.080 e 8.142, que depois de sancionadas em 1990, tornaram-se balizadoras da organização do Sistema Nacional de Saúde.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo país. De acordo com seu Art. 4 (BRASIL, 1991, p. 8), o novo sistema é formado pelo “conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. A iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar.

Com base nessa lei a saúde é entendida com um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de políticas econômicas e sociais e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços de diversas naturezas (BRASIL, 1999).

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre a estruturação dos Conselhos e Conferências e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1991).

Esta consolidou a garantia de um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população nos Conselhos e Conferências de Saúde em seus diferentes níveis de organização. Nestes espaços a população tem o direito de participar nas ações de gestão pública em relação à elaboração, ao controle e à fiscalização das políticas de saúde.

Baseado nos preceitos constitucionais e nas LOS, a construção do SUS, segundo o ABC do SUS, em Brasil (1990, p. 09-11), é norteada por princípios, que serão abordados abaixo. Vale lembrar que os três primeiros são objetos de nossa investigação, no entanto, serão trabalhados de forma mais detalhada posteriormente.

Universalidade

Equidade

Integralidade

Regionalização – Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a população a ser atendida já definida. Isto pressupõe na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a diversos tipos de tecnologias disponíveis, possibilitando um crescente grau de resolutividade.

Hierarquização - o acesso da população aos serviços de saúde deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção que devem estar preparados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. As necessidades que não são passíveis de solução neste nível de atenção deverão ser referenciadas para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de maneira hierarquizada e regionalizada, possibilita um conhecimento maior das necessidades de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar dos diversos níveis de complexidade.

Resolutividade – É a exigência de que, quando um usuário procura a assistência ou quando aparece um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja preparado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Brasil (1999) detalha dizendo que é a eficiência na capacidade resolutiva das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, continua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

Descentralização – pressupõe numa redistribuição das responsabilidades e de decisões quanto às ações e serviços de saúde entre os diversos níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais próximo do fato a decisão for tomada, maiores possibilidades terão de dar certo. Assim, o que é abrangência de um município deve estar sob responsabilidade do governo municipal, o que abrange um estado ou uma região estadual deve ser de responsabilidade do governo estadual, e o que for de abrangência nacional deverá ser de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

Participação dos cidadãos – É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde, do controle e de sua execução, em diversos níveis, desde o federal até o local.

A participação pressupõe na democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 1999).

Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde – locais, municipais, estaduais e nacionais - com representação paritária de usuários em relação aos demais, como: governos, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma de participação é por meio das conferências de saúde, que ocorrem periodicamente, para estabelecer prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que se referem à sua saúde.

Através destas iniciativas legais ainda podemos observar que o SUS representa uma materialização de uma nova concepção de saúde, que antes era concebida como um *estado de ausência de doença*, o que fazia com que a lógica da assistência girasse em torno da cura de agravos à saúde. Para tanto, a saúde passa a ser articulada com a qualidade de vida da população, despertando assim, uma nova noção de formulação de proposta centrada na promoção de saúde, e na prevenção, cura e reabilitação de agravos, composta por um conjunto de bens que englobam alimentação, trabalho, nível de renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica, moradia, lazer, dentre outros (BRASIL, 2000a).

Esta concepção ampliada do processo saúde-doença e a necessidade de articulação dos diversos níveis de prestação dos serviços nos encaminham a pensar de uma forma mais cuidadosa os princípios do SUS, que nos propusemos estudar.

2.5 REVISÃO DA LITERATURA DOS PRINCÍPIOS DO SUS ESTUDADOS

A Constituição de 1988 define a saúde, por intermédio dos arts. 196, 197, 198, 199 e 200, como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever de Estado, como parte da seguridade social, como de relevância pública e cujas ações e serviços devem ser prestados por um SUS. E ainda diz, no seu art. 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (MENDES, 2001).

A Constituição brasileira, como vimos anteriormente, aponta para uma idéia importante, que é de democratização da saúde, entendida não somente como o resultado do acesso às ações assistenciais, mas como resultado das condições de vida das pessoas. Dessa maneira, além de oferecer ações e serviços de saúde, constitui-se também atribuição dos governos responder ao direito das pessoas por saúde e qualidade de vida, por garantia de emprego, salário regular e suficiente, por educação e cultura, por saneamento básico e proteção do meio ambiente, por habitação, transporte, lazer, produção e acesso a alimentos e outros produtos e bens necessários (FERLA; CECCIM; PELEGRINI, 2003).

A estes preceitos constitucionais acrescentamos a complexidade dos contextos dos serviços de saúde e a capacidade que os profissionais de saúde devem ter de proceder como sujeitos sociais, portadores de diversos projetos, em diferentes ocasiões e enquanto atores⁵ políticos, sendo capazes de viabilizar ou inviabilizar uma dada política de saúde.

⁵ Castro (1992) refere-se a atores aqueles indivíduos ou grupos que ocupam posição estratégica no sistema de decisões e que respondem, no processo de formulação de políticas, pelas funções de articulação do campo cognitivo e do campo do poder.

Partindo dessas considerações anteriores julgamos, neste estudo, ser importante entendermos de uma forma mais detalhada como os princípios de universalidade, equidade e integralidade, estão sendo traduzidos, tomados, para orientar a prática, a organização dos serviços de saúde e a relação trabalhador-usuário. Assim, nesse momento, faz-se necessário, priorizarmos e discutirmos os princípios.

2.5.1 Universalidade

A década de 80 no Brasil se caracterizou por diversas propostas de mudanças para o setor saúde – Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); SUS – em que a participação de técnicos oriundos do movimento sanitário, nas diferentes esferas de governo, contribuiu para a sua implementação.

Nessa direção os serviços de saúde, em nível municipal, a partir de 1986, começaram a organizar-se de acordo com os princípios da Reforma Sanitária, que foram garantidos na legislação específica para o setor – Constituição de 1988, Lei 8.080, de 19/09/90 e Lei 8.142, de 28/12/90.

A saúde, considerada constitucionalmente, como de relevância pública coloca sobre responsabilidade do poder público a promoção, a manutenção e o resgate da saúde de todos os integrantes da sociedade. Neste contexto a Constituição de 1988 em seu art. 197 aponta para a universalidade como um dos princípios com possibilidade de viabilizar este direito.

Desta maneira a universalidade, de acordo com Instituto Brasileiro de Administração Municipal (1991), consiste na garantia de acesso de toda e qualquer

pessoa, a todo e qualquer serviço de saúde, sendo ele público ou privado contratado pelo Poder Público.

Brasil (1990) afirma que a universalidade é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito a acesso em todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990; 1999).

Trazendo a discussão o princípio da universalização para a esfera dos sistemas de serviços de saúde, Mendes (2001), descreve que a OMS faz uma divisão do universalismo em *universalismo clássico* e o *novo universalismo*. A OMS aborda que o *universalismo clássico* é originado das idéias generosas do Socialismo e, do movimento desencadeado na Europa Ocidental, pelo Relatório Beveridge, que levarão à universalização, à instituição dos sistemas públicos universais de saúde, no pós-guerra. Assim, num clima de reconciliação, reconstrução e solidariedade social, surgiram as idéias de cidadania e de crença num Estado eficaz, que por intermédio do universalismo clássico, seria capaz de garantir o livre acesso de todos a todos os serviços sociais.

Nas duas últimas décadas, após várias mudanças políticas e econômicas mundiais, observa-se a imposição de uma nova visão de universalismo – o *novo universalismo* - que vem negar a possibilidade da oferta de todos os serviços de saúde para todos os cidadãos, bem como uma outra vertente do universalismo clássico, representada pela política da seletividade, constituída pela oferta pública de uma cesta básica de serviços de saúde aos pobres, restrita a algumas ações de saúde pública e a poucos serviços clínicos custo/efetivos. O que o novo universalismo propõe é oferecer serviços essenciais de alta qualidade para todos os

usuários definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade e custos, consistindo em uma escolha explícita de prioridades entre intervenções, respeitando o princípio ético de que pode ser necessário e eficiente racionar serviços, mas que é inadmissível excluir grupos inteiros da população. O que a OMS parece fazer de acordo com Mendes (2001), ao propor um novo universalismo, é reconhecer a evidência internacional de que não é possível ofertar a todas as pessoas a totalidade das intervenções de saúde.

Esta evidência acentua-se mais quanto pensamos que tais intervenções são orientadas para a enfermidade, para a atenção especializada, para o uso de tecnologia e medicalização o que geralmente exige mais recursos. Nessa direção Starfield (2002) coloca que nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para oferecer serviços de saúde e que a atenção especializada é mais cara do que a AP e, portanto, menos acessível para usuários com menos recursos.

Mendes (2001) aponta que os sistemas universais são caracterizados pela oferta a todos, independentemente de gênero, faixa etária, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco, com financiamento público, de um mesmo pacote essencial de serviços, a partir do qual os cidadãos podem recorrer a serviços suplementares providos privadamente.

No Canadá, segundo o mesmo autor, existe um sistema público universal, que oferece, indistinta e gratuitamente, um pacote amplo de serviços de saúde, a todos os cidadãos, existindo o sistema privado, apenas, para prover uma gama restrita de serviços que não são ofertados pelo sistema público.

A universalidade, no referido país é considerada, como princípio ético básico, consiste em garantir a todos os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento daquela sociedade.

Nesse contexto, Mendes (2001) argumenta que a universalidade não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou focalização, desde que estejam subordinadas a uma política geral de universalização e estruturadas pela solidariedade, que tendem a fazer uso de mecanismos não-monetários para racionamento. O que parece claro é que os sistemas, estruturados com base no novo universalismo, devem oferecer a todos os cidadãos um pacote essencial de serviços, definido por critérios objetivos e transparentes, e que envolvam, necessariamente, de um lado, a preocupação com as necessidades em saúde e com a integralidade da atenção, e, de outro, uma discussão com a população, possibilitando assim, que os procedimentos que não estejam nesse pacote possam ser adquiridos por quem os deseje ou possa pagar por eles, em sistemas privados suplementares (MENDES, 2001).

Trazendo a discussão da universalização no Brasil, encontramos que ela foi consagrada na Constituição de 1988, juntamente com a instituição do preceito da seguridade social, consolidando dessa forma, a tendência das políticas redistributivas defendidas pelo movimento de reforma sanitária, que pretendia a inclusão de todos nos benefícios do sistema público de saúde.

No entanto, de acordo com Mendes E. (1994; 2001) o mandamento constitucional foi reinterpretado na prática social, de uma outra forma, não possibilitando o universalismo includente – expressão de cidadania plena - mas um universalismo excludente, onde o desenho constitucional e infraconstitucional, no campo da saúde, nos anos 80 e 90, incorporaram-se, de uma vez, ao SUS em torno de 60 milhões de brasileiros, que, no modelo médico-assistencial privatista, eram atendidos pela medicina simplificada, no sistema estatal. A partir desse momento, segundo o autor, desaparecia a diferença entre os que detinham a carteira do

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e tinham acesso aos serviços de melhor qualidade, por meio do Sistema Previdenciário, e os indigentes sanitários.

Concomitantemente a esse momento, Mendes (2001) ainda refere que à universalização dos direitos a saúde no contexto político, econômico e social brasileiro era marcada por um avanço de uma crise fiscal e política do Estado, que apontava o esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalizão sócio-política que a sustentou durante os anos de esforço industrializante e de fracassos sociais.

Nesse contexto foi instalado a universalização excludente caracterizada por uma combinação de crise orgânica do Estado com universalização dos direitos à saúde (MENDES E., 1994; 2001). Em outras palavras diríamos que a instituição de princípios generosos veio destituída de uma base material para concretizá-la.

Na universalização excludente, a expansão da universalização do sistema de saúde, veio num primeiro instante, significar, aos pobres, o ingresso na portaria dos direitos sanitários, sendo isso extremamente positivo, pois esses pobres, outrora indigentes e atendidos por políticas compensatórias de medicina simplificada, foram os grandes beneficiários do SUS, que inicialmente limitada a contingentes de classe média, média-alta e alta e a trabalhadores de grandes e médias empresas. Porém observa-se que a ampliação, a inclusão de grande parcela da população de baixa renda no sistema de saúde veio acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente no que se refere à queda de qualidade dos serviços públicos, que concomitantemente, vão expulsando do subsistema público, segmentos sociais, portadores de melhores condições sócio-econômicas. Essa expulsão foi

compensada pela absorção desses segmentos nos sistemas privados (MENDES. E, 1994; 2001).

Mendes (2001) afirma que a universalização excludente determinou, nesse sentido, um movimento de rearranjo no âmbito dos prestadores de serviços, pois os prestadores modernos do Sistema Previdenciário deixaram total ou parcialmente, o sistema público em direção ao Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) e ao Sistema de Desembolso Direto (SDD), por meio de um processo de descredenciamento seletivo.

A universalização excludente, segundo o autor criou um espaço público de cidadania regulada e, dentro dele, passou a exercitar, crescentemente, a opção da focalização através da AP Seletiva.

Essa forma singular de *universalismo excludente* desencadeou, especialmente a partir da segunda metade da década 80,

[...] um sistema de saúde extremamente regressivo no seu conjunto ao criar, para clientela distintas, várias modalidades assistenciais discriminatórias, onde o subsistema público, ele mesmo, fixa-se como mais uma modalidade assistencial para os pobres (MENDES E., 1994, p.56).

Mendes E. (1994) acrescenta, com base nesse contexto e em uma visão política, que essa universalização excludente, ao expulsar grupos sociais portadores de maior capacidade de vocalização, contribui para comprometer as bases sociais da reforma sanitária ao anular a capacidade de formação de opinião pública das camadas médias e a força de mobilização dos sindicatos ligados aos setores industriais modernos. Por conseqüência, as bases de apoio político para a melhoria dos serviços (públicos) se esvaziam e aumenta o risco de uma perpetuação do circuito: má qualidade – expulsão de setores organizados – baixa atividade reivindicatória – má qualidade.

Nesta direção indagamos qual universalização vai estar norteando, sustentando a prática, a organização dos serviços, as práticas dos trabalhadores e as relações trabalhadores-usuários?

2.5.2 Equidade

Os princípios do SUS apontam para o direito de acesso aos serviços de saúde de forma universal e integral, para oferecer um atendimento de qualidade a todos, sempre no sentido da equidade em saúde. Dessa forma, nesse momento, será abordado o segundo princípio a ser por nós investigado – a equidade.

Almeida (2002) afirma que os direitos sociais se fundamentam no valor primário de igualdade. São direitos que tendem senão a eliminar, a corrigir desigualdades, que nascem das condições de partida, econômicas e sociais, mas também, em parte, das condições naturais de inferioridade física.

Essa mesma autora afirma ainda que a noção de equidade está estreitamente relacionada à idéia de igualdade e é caudatária do percurso histórico.

Na revisão da literatura, a equidade, de uma maneira geral, se refere “a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas” (WHITEHEAD, 1992, p. 431) e, portanto, passíveis de intervenção através de políticas dos diversos setores, inclusive o da saúde. Para que uma determinada situação seja identificada como injusta, suas causas deverão ser examinadas e julgadas num contexto mais amplo da sociedade, o que remete necessariamente aos valores, princípios morais, éticos e político-ideológicos que orientam a política setorial num dado país, em um dado momento histórico (ALMEIDA, 2002).

Em outras palavras poderíamos dizer que em função do conjunto de valores predominantes, o termo equidade pode ganhar diferentes conotações ao longo do tempo e em distintas sociedades, sendo vários os seus significados.

De acordo com Almeida (2002) a noção de equidade, ganhou força nas últimas décadas diante ao descalabro mundial do aumento das desigualdades proporcionado, fundamentalmente, pelas políticas neoliberais. Essa autora novamente refere que o termo equidade, conceitual e historicamente tem sua formulação relacionada às noções de igualdade e liberdade e remetem à questão da justiça, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. Aponta também que os antecedentes dessas discussões estão nos séculos XVII e XVIII, culminando na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, após a Revolução Francesa e, posteriormente, no século XX, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, e na Convenção Europeia dos Direitos do Homem 1950, que marcaram uma nova era pós II Grande Guerra Mundial e serviram de guia para constituições posteriores, de diversos países.

A valorização da noção de igualdade que permeou de forma importante os princípios que nortearam a construção de sistemas de serviços de saúde no século XX, embutida na percepção do direito à saúde como direito de cidadania, tinha como idéia principal assegurar o direito de consumo de serviços de saúde, em caso de necessidade, para todos os indivíduos, independente da sua condição social e econômica. Ou seja, o princípio dessa estruturação era que todo cidadão que necessitasse de atenção à saúde deveria ter direito assegurado de acesso aos serviços. E somente a forte intervenção do Estado, como provedor e financiador de serviços, através da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais, poderia

promover a equidade, percebida como igualdade de oportunidades no consumo de bens e serviços de saúde, segundo necessidades (ALMEIDA, 2002).

Esse princípio foi traduzido na prática, de diversas maneiras nos distintos países e sistemas de saúde, com diferentes resultados que, de forma geral, passaram a ser questionados a partir dos anos 70, com a crise econômica e a subsequente crise de custos no setor saúde (ALMEIDA, 2002).

Nessa direção, o debate conceitual sobre a equidade retoma força a partir da década de 80. Kadt e Tasca (1993) colocam que a discussão em torno desse princípio tornou-se mais intensa a partir dessa década, em que se observou um aumento das demandas dos programas de ajuste estrutural e conseqüentemente uma luta contra a virtual grande crise econômica mundial, emergindo como ponto chave para algumas autoridades a resolução do conflito de equidade e eficiência.

No início dos anos 90, ainda estes autores afirmam que a maioria dos governos incorporou a equidade em suas diretrizes políticas para a saúde, no sentido do que apontava a OMS de Saúde para todos. Desta forma a equidade tornou-se uma finalidade comum a alguns programas de políticas sociais, mesmo que muitas vezes tenha sido interpretada de maneira equivocada (KADT; TASCA, 1993).

Nesta direção, a literatura internacional vem adotando como ponto de partida para novas definições do conceito de equidade em saúde desenvolvido por Whitehead (1992), segundo o qual equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de obter o seu potencial, se isso pudesse ser evitado.

Lucchese (2003) afirma que em recente trabalho, o Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation – CHETRE - apresentou uma boa síntese

conceitual desenvolvida a partir da definição de Whitehead (1992). De acordo com o CHETRE (2000), o conceito de equidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes não deve ser influenciado por fatores além do seu controle. Como consequência, a iniquidade ocorre quando diferentes grupos, marcados por suas características sociais e demográficas como, por exemplo, renda, educação, ou etnia, tem acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde. Essas diferenças de acordo com CHETRE (2000), são consideradas iníquas se elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos a recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas.

Dessa maneira as desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer (TRAVASSOS, 1997).

Senna (2002) aponta que o tratamento dessas desigualdades impõe, na ótica da justiça social, a definição técnica e política de prioridades fundamentadas nos valores que regem as sociedades, envolvendo a definição de quanto será distribuído e para quem será distribuído. Assim, Figueiredo (1997) complementa que menos do que um problema de escassez de recursos, o conceito de justiça social envolve a maneira segundo a qual benefícios e encargos, ganhos e perdas são distribuídos entre os membros de uma sociedade, como resultado do funcionamento de suas instituições.

Em meio a essas abordagens do princípio de equidade Almeida (2002) afirma que o Brasil, nos anos 80, encontrava-se num contexto de transição democrática, marcada por um reconhecimento de heterogeneidade social, caracterizada por presença de diferentes condições demográficas, epidemiológicas, sócio-econômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras nos estados e regiões, gerando distintos perfis de problemas, dificuldades e prioridades no espaço local e regional de intervenção setorial e produzindo desigualdades relevantes na capacidade do sistema de saúde responder às necessidades locais.

Mediante esse contexto, conforme Senna (2002), é que reforçam-se expectativas de formatação de uma nova institucionalidade para as políticas sociais, no sentido da equidade, com vistas ao resgate de uma dívida social acumulada em décadas de exclusão e à ampliação dos direitos sociais.

Nas palavras de Draibe (1997), tratava-se de fazer com que a democracia política pudesse ser acompanhar de sua base indispensável: a democracia social fundada em maior equidade.

Dessa forma, diante da urgência de se reduzir às desigualdades na capacidade de resposta do sistema, o tema da equidade em saúde ganha força no debate setorial com o objetivo a se alcançar uma efetiva melhoria das condições de saúde do conjunto da população brasileira em todo o território nacional.

Em geral, Talassos (1997) coloca que o princípio de igualdade de acesso tem sido operacionalmente tratado, pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde, igualdade de tratamento para necessidades iguais. Em outros dizeres, colocaríamos que, indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, deveriam ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e

receber cuidados assistenciais adequados. Essa abordagem refere-se ao que se convencionou denominar equidade horizontal, segundo Jardimovisk e Guimarães (1993).

Nessa direção, podemos afirmar que a universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição fundamental para a equidade, no sentido de que, no SUS, esta é garantida pela gratuidade no uso de serviços, evitando-se assim que, barreiras econômicas restrinjam o consumo.

Talassos (1997) argumenta que a teoria igualitária presente na Constituição Brasileira implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde devem ser distribuídos de acordo com o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado conforme as possibilidades de cada um. Isto é, devem contribuir mais para o financiamento do sistema aqueles que ganham mais.

Whitehead (1992) aponta que, nessa lógica, as políticas nacionais de saúde, planejadas para a população como um todo, não podem pretender preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos se o impacto mais importante sobre a saúde/doença se faz sentir nos grupos mais vulneráveis da sociedade.

Senna (2002) ainda complementa que para que se obtenha resultados equitativos, as políticas e práticas nacionais devem pressupor em redistribuições desiguais de recursos, produzindo ajustes efetuados em função dos fatores determinantes das desigualdades existentes. Nesse entendimento o que é considerado socialmente injusto deve envolver questões éticas, morais e políticas, referindo-se a diferenças indesejáveis e, portanto, passíveis de intervenção através das políticas dos diversos setores, inclusive o de saúde.

O conceito de equidade conforme Almeida (2002), vem sendo usado por pesquisadores e ativistas para discutirem sobre as desigualdades sociais, condições de vida e saúde no contexto do SUS. O conceito nesse sentido propõe tratamento desigual para os desiguais, pois os desiguais merecem atenção diferenciada, de maneira a eliminar/reduzir as desigualdades existentes.

O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes e que tratamentos iguais nem sempre são eqüitativos, uma vez que este princípio está relacionado à justiça social, aos direitos humanos, que para Senna (2002), são conceituados como um sistema de valores éticos, hierarquicamente organizado conforme o meio social, que tem como fonte e medida a dignidade do ser humano, aqui conceituada pela concretização do valor supremo da justiça.

Para o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (1991), a equidade pressupõe na garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira. Assim, fica a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.

Já Brasil (1990) aponta para equidade como sendo uma asseguração de ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Nessa referência podemos observar um tratamento do termo equidade como sinônimo de igualdade, onde os diferentes são tratados de forma iguais. Já na abordagem trazida a seguir por Brasil (1999), a equidade aponta para uma proximidade de tratamento diferenciado a pessoas diferentes. Equidade aqui é

entendida como igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população (BRASIL, 1999).

Kadt e Tasca (1993) destacam que freqüentemente faz uso da palavra equidade como sendo sinônimo de igualdade, portanto os autores distinguem de modo claro estes dois conceitos: a desigualdade ou disparidade refere na perspectiva da neutralidade moral e política, por descrever objetivamente um fato mensurável. A desigualdade, dessemelhança, não necessariamente a idéia de iniquidade. Iniquidade implica num conceito de injustiça e não uma parte restritiva a idéia de desigualdade. A equidade para eles refere à justiça social, questões que envolvem juízos de valor, freqüentemente relacionados à distribuição de renda, de riqueza e de outros benefícios assim como opções políticas quase sempre associadas à alocação de recursos.

Kadt e Tasca (1993, p. 14) ainda descrevem três situações possíveis tanto para a *desigualdade* como para a iniquidade:

- *desigualdade com iniquidade* é a situação mais comum em áreas urbanas dos países menos desenvolvidos, cujos serviços públicos são mais disponíveis, acessíveis e efetivos para grupos mais privilegiados.
- *iniquidade sem desigualdade aparente*, freqüente nos países mais desenvolvidos, onde há ampla distribuição de serviços de infra-estrutura de qualidade relativamente boa, mas que efetivamente não tem capacidade de atingir os grupos mais desfavorecidos.
- *desigualdade aparente sem iniquidade*, onde os recursos são alocados de modo desigual, de modo a aliviar a situação dos que se encontram em piores condições de saúde.

Esses mesmos autores colocam que a iniquidade na saúde implica de modo evidente a “uma falta de satisfação das necessidades de saúde, possivelmente em decorrência de uma distribuição de serviços que não leva em consideração a distribuição heterogênea das necessidades da população” (KADT; TASCA, 1993, p.19).

A partir das considerações anteriormente trazidas, poderíamos dizer que a iniquidade não pode ser eliminada e nem reduzida com a distribuição igualitária de recursos, uma vez que não se conhece e nem se valoriza as necessidades reais das pessoas, que são heterogenias, para a implementação de uma política de saúde.

2.5.3 Integralidade

Após discutirmos a universalidade e a equidade, nos resta discutirmos o terceiro e último princípio que constitui objeto de nossa pesquisa – a integralidade.

A Conferência Nacional de Saúde (2001), afirma que os modelos vigentes mantêm caráter assistencialista, sendo pouco capazes de responder às necessidades da população. São modelos curativistas, operados por profissionais muitas vezes despreparados para atuarem com o respeito devido aos direitos do usuário e suas necessidades, e com a qualidade necessária. São centrados no profissional médico, priorizam mais a doença, gerando expectativa de que a única forma de resolver os problemas de saúde seja tratar a doença medicamentosamente. São modelos privatistas, que praticam arrocho salarial e a precarização das relações de trabalho. Além disso, segundo a Conferência, esses modelos não estimulam alternativas assistenciais menos caras e complexas, de reconhecida eficácia, como os tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas, mantendo um sistema fragmentado e uma intersetorialidade precária.

De acordo com Pinheiro e Luz (2003) algumas imperfeições do modelo vigente tem raízes centradas na racionalidade científica moderna caracterizada pela fragmentação da natureza (objeto) e do próprio sujeito de conhecimento: o homem.

Este é dividido em partes, que progressivamente são vistas pela ciência como peças, infinitamente fragmentáveis, permitindo que a razão seja hierarquicamente superior e separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos.

Os trabalhadores, nessa abordagem, muitas vezes, executam a mesma tarefa, mas com vinculação a órgãos de origem diferenciados e com diferentes gerências, salários, condições de trabalhos, carga horária e acesso à capacitação, o que acarreta desarticulação e desestímulo, mantendo uma grande fragmentação na atuação das equipes de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Essas questões nos indicam uma possível inexistência da gerência, do princípio de coordenação trazido por Starfield (2002), como um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum, afastando de sua afirmação que a coordenação é um componente essencial para o desenvolvimento da integralidade e de sistemas integrados de serviços de saúde, uma vez que a integração da atenção em diferentes níveis e locais de prestação de serviços aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la.

Neste sentido, faz-se oportuno que reflitamos a integralidade como o terceiro princípio norteador e organizador das práticas e dos serviços de saúde.

A integralidade, de acordo com Instituto Brasileiro de Administração Municipal (1991), refere-se tanto ao homem quanto à organização do sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade, onde, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mesma forma se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; assim como as unidades constitutivas

do sistema se configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

A integralidade, conforme Starfield (2002), pressupõe que as unidades de saúde devem realizar arranjos para que o usuário receba os diversos tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento a serviços secundários e terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais. A autora refere que considerando que cada unidade possa definir diferentemente sua própria diversidade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de usuários como para a equipe, assim como reconhecer as dimensões para as quais os serviços estão disponíveis.

Cecílio e Mehry (2003), abordam que a atenção integral constituiria em um esforço de uma abordagem completa, holística, integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados. Nessa direção a integralidade implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para o usuário. Nesse sentido destacamos que a integralidade de acordo com Merhy (2002) deve ocorrer a partir de articulação das tecnologias leve, leve-dura e dura.⁶

Na integralidade da atenção, o que a população exige do SUS é que ele tenha capacidade de atender aos problemas de saúde dos indivíduos e da

⁶ Merhy (2002) traz uma discussão classificando e definindo as tecnologias utilizadas no setor saúde em *tecnologias leves* - são definidas como tecnologias de ação mais estratégicas que se configuram em processos de intervenção em ato, cuja essência é a produção de processos intercessores, de relações - *tecnologias leve-duras* - seriam aquelas relativas aos saberes bem estruturados, presentes no trabalho de saúde, como por exemplo, a Clínica, a Epidemiologia, o Planejamento em Saúde entre outros - e *tecnologias duras* - são os instrumentos materiais do trabalho, como exemplo temos os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, área física, insumos de diferentes naturezas, normas. Aqui estamos chamando de espaços Intercessores os momentos de encontro entre trabalhadores e usuários em que se estabelecem relações únicas e com a perspectiva de integração e intervenção.

comunidade, cuidando da qualidade da saúde, e não apenas sendo capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida. A integralidade deve ser ofertada no sentido de garantir que as ações de promoção à saúde e assistência sejam oferecidas pelos serviços públicos, visando o acesso das populações aos serviços, insumos e informações; e contemplando, nas propostas de equidade, o fortalecimento do papel redistributivo da alocação dos recursos governamentais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Campos (1994) defende a necessidade de se pensar a saúde com outras feições sócio-culturais, no que diz respeito à formulação, distribuição e organização dos serviços. Esse autor aborda que a integralidade em saúde deve ser entendida no sentido ampliado de sua definição legal, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

A noção de integralidade manifesta, uma articulação entre ações preventivas e assistenciais. Nesta perspectiva Mattos (2003), relata que os desafios postos por uma patologia envolvem além de questões relativas à oferta dos serviços assistenciais, que são necessários para responder às necessidades de assistência dos portadores da patologia em questões existentes hoje e outras questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa patologia. Ora, as necessidades assistências não se reduzem as necessidades de se diminuir a letalidade ou a incidência de complicações.

Cecílio e Mehry (2003) defendem que o atendimento integral se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requerendo o desenvolvimento do aprendizado e da prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde-

doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção das condições produtoras da própria vida.

O desenvolvimento do aprendizado e da prática, de forma continuada, de acordo com Starfield (2002), faz-se necessário para manter a competência ao lidar com problemas; uma vez que não deve ser esperado que nenhum tipo de profissional lide sozinho com todas as necessidades na população.

Ferla, Ceccim e Pelegri (2003), ao proporem e pensarem a integralidade da atenção a saúde, apontam para um desafio que manifesta em várias dimensões: a primeira seria relacionada à capacidade das políticas governamentais em ordenação do sistema de saúde, com capacidade de propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, desde o sistema local de saúde. A segunda dimensão seria relacionada à organização dos serviços de saúde, referente à necessidade de garantir acesso aos vários níveis de sofisticação tecnológica demandados em cada situação assistencial para que o atendimento prestado tenha resolutividade. A terceira dimensão seria relacionada aos conhecimentos e práticas dos trabalhadores em saúde, que se refere à capacidade de gerar acolhimento e desfragmentar o atendimento prestado aos usuários.

Para esse processo Ceitlin (1988) nos indica que modelos centrados na família retomam as idéias provenientes do pensamento complexo e da visão sistêmica, utilizada através do modelo biopsicossocial e do método centrado no usuário, para alcançar a integralidade, entendida como a consideração do usuário como um todo, portador de necessidades, que são influenciadas por fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais.

2.6 OPERACIONALIZAÇÃO DAS PROPOSTAS ORIGINADAS NO CONTEXTO DA CRISE COM VISTA À CONTINUIDADE DA REFORMA SANITÁRIA

Diante do contexto anteriormente citado, observamos que um arcabouço teórico estava dado, através da legalidade de um novo modelo assistencial, mas ainda não estavam estabelecidas condições práticas para as transformações necessárias. Assim, apesar das dificuldades, a implementação do disposto na Constituição de 1988, e os embates políticos estabelecidos nos anos noventa, resultaram em importantes mudanças no processo de descentralização do sistema de saúde.

A descentralização neste contexto, de acordo com Pimenta (1993), pressupunha em fortalecimento do poder local, tanto do ponto de vista financeiro como institucional, criando bases para que os governos municipais tivessem autonomia para gestão de suas políticas sociais. No entanto, a descentralização, neste caso, só representaria avanço em termos de democratização da saúde se viesse acompanhada de ampliação dos espaços de participação popular e controle social.

Nesta direção, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criadas, com a finalidade de viabilizar o direito a saúde, garantido pelas três esferas de governo dentre estas podemos destacar as Normas Operacionais Básicas (sendo a primeira dela, NOB 01/91, criada pelo INAMPS e as demais, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96, emanadas pelo Ministério da Saúde), as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS 2001 e 2002) e várias portarias editadas pelo Ministério da Saúde com vista a *garantir* o aprofundamento e a reorientação da implantação do SUS; a definição de novos objetivos, novas estratégias, prioridades, diretrizes e

movimentos tático-operacionais; a regulamentação das relações entre os gestores e a normalização do SUS.

Na tentativa de continuidade da Reforma Sanitária, vários esforços foram desenvolvidos com vista a construção de novos modelos de atenção à saúde e a reorientação de práticas, que causassem maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade. O desenvolvimento destes movimentos de inovação da assistência a saúde, foram influenciados por experiências internacionais, que teve sua introdução no Brasil como processo articulado a experiências e programas pilotos desenvolvidos e mantido junto às universidades, tais como Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Salvador), Em Defesa da Vida (Campinas) e Cidade Saudável (Curitiba) (BERNARDES; PINTO, 2003).

Entre o surgimento de novas proposta para o setor saúde se inscreve a ESF, concebida em 1994, pelo Ministério da Saúde, que vem destinada a contribuir para organização de sistemas locais e reordenar o modelo assistencial a partir da APS ou Atenção Básica, como é abordada no Brasil, em conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 1997b).

A Portaria 1886/GM do Ministério da Saúde, publicada em 1997 (BRASIL, 1997a), visando regulamentar a implantação e operacionalização da ESF, definiu como diretrizes operacionais desta estratégia, a reorganização das práticas de trabalho salientada em um aspecto substitutivo das práticas desenvolvidas em UBS, além de adscrição da população, territorialização, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, estímulo a ações intersetoriais, estímulo à participação e controle social, educação continuada dos profissionais da equipe e adoção de instrumentos de controle e avaliação dos serviços prestados.

Nesta estratégia, o sistema de saúde procura adequar-se as necessidades da população. As propostas de implantação de programas de assistência no domicílio constituem-se em uma maneira para melhoria do atendimento em saúde, onde a assistência passa a inserir o doente e a doença num contexto mais abrangente com estabelecimento da família como responsável pelo cuidado e aos profissionais de saúde, educadores cabem o respaldo por essa assistência (BERNARDES; PINTO, 2003).

A orientação dos serviços de saúde no contexto familiar permite o conhecimento deste grupo de pessoas, oferecendo um espaço para avaliação dos problemas dos usuários, para contribuição na possibilidade de isolar diversos diagnósticos, além de ser importante na tomada de decisão a respeito de uma intervenção adequada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de executar diferentes tratamentos e manejar estratégias (STARFIELD, 2002).

Nessa direção consideramos que exercer a prática de APS, tomando como eixo estruturante a família, implica investigar esta como um contexto de desenvolvimento da organização humana e como espaço privilegiado do processo saúde-doença. Segundo Bastos e Trad (1998), exercer os cuidados com base na investigação da família, nos possibilita assumir instâncias de análise, focalizando sistematicamente o próprio ambiente.

Diante estas abordagens, surgem necessidades de construção e atualização de novos conceitos e métodos, onde o indivíduo e a família em contexto devem ser estimulados a participar do planejamento, da organização, do funcionamento e do controle da APS, adquirindo assim capacidade de autocuidado, de construção de emancipação e de exercitar a cidadania.

Ainda nesse modelo, a participação popular, a horizontabilidade entre o profissional de saúde e a comunidade, o respeito à pessoa, ao indivíduo e a família, constituem a base para conscientização do modelo holístico, valorativo, compreendendo a doença numa dimensão bio-psico-social-espiritual.

Por outro lado, a preocupação além de tratar o doente e sua doença, deverá intervir na cadeia epidemiológica, nos fatores de risco, buscando meios que previnam o indivíduo, a família e a comunidade de adoecer (BRASIL, 2000b).

De acordo com Mendes (2002, p. 29), “a opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar a ESF como a política nacional de APS, foi de adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no país”.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997b), o modelo de APS na ESF, pressupõe três abordagens fundamentais: globalidade, continuidade, longitudinalidade (conhecimento mais profundo da clientela do território abrangido e da cultura local) e estabelecimento de vínculo. A equipe de profissionais do SF deve ser centrada na comunidade e na busca de métodos participativos, que levem a população ao processo de problematização e busca de soluções para seus problemas, contrapondo-se ao modelo tradicional, onde o centro do processo estava no hospital e no profissional de saúde.

O trabalho na ESF deverá estar estruturado em equipes multiprofissionais formadas, geralmente por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais podem ser incorporados à equipe de acordo com as características da demanda dos serviços, devendo estes estar identificados com essa proposta de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

Essas equipes multidisciplinares devem desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. Cada equipe é responsável por uma área onde residem de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes cadastrados através de visitas domiciliares. Após o cadastramento, os profissionais, gestores e população obtêm dados para traçar um diagnóstico de saúde e, posteriormente, realizar o planejamento de ações a serem desenvolvidas. Nesse sentido a área de abrangência da equipe de SF delimita em um território dinâmico, humanizado, que deve ser conhecido em detalhes pela respectiva equipe.

O papel do profissional de saúde é o de unir-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas (BRASIL, 2000b).

A proposta de SF, como estratégia de implantação do SUS, é uma oportunidade de atuação para os profissionais de saúde, com potencialidade para o desenvolvimento de relações interpessoais centradas na subjetividade, além de resgatar uma motivação criativa e um empenho improvisador, que quase sempre vem sendo desconsiderado ao se pensar métodos em saúde.

Esta estratégia proposta pelo Ministério da Saúde coloca o enfermeiro, e outros profissionais de saúde, na posição de cidadãos frente a outros cidadãos, aos quais devem ser assegurados os direitos de atenção à saúde (RODRIGUES, 1999). Isto pressupõe a tarefa destes profissionais para a construção de práticas, que devem ter como respaldo uma visão ampliada do processo saúde-doença e do homem enquanto protagonista de sua história, ser integral, para que se consolidem

novos paradigmas através de uma abordagem holística. O cuidar neste contexto exige responsabilidade, compromisso, vínculo com a comunidade e com a equipe dentro do respectivo território de atuação.

Segundo Campos (2002), as transformações no relacionamento entre profissionais e a população dependente de serviços de saúde, provocaria mudanças profundas nas instituições deste setor, no sentido de buscar novos arranjos organizacionais, novos padrões de compromisso e nova delimitação dos campos de competências e responsabilidades para os agentes produtores de saúde.

Partindo das considerações abordadas anteriormente, principalmente no que refere a SF enquanto estratégia para implantação e consolidação do SUS e da APS, e a inserção do enfermeiro, como profissional integrante da equipe que deve ter o compromisso de produzir ações de saúde pautadas em práticas que busquem implementar a consolidação desse processo, temos como pressuposto que *a forma de conceber os princípios de universalidade, equidade e integralidade, estabelecidos pelo SUS, pelos profissionais de saúde, em especial, pelos enfermeiros atuantes na ESF, pode contribuir na determinação do modo de organizar serviços e de prestar assistência, que pode ou não visar à consolidação do SUS.*

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho é um estudo de natureza descritiva, de abordagem qualitativa, sobre as concepções dos enfermeiros de SF em relação aos princípios de universalidade, equidade e integralidade, estabelecidos pelo SUS. Através dessa abordagem metodológica procuramos entender como o vivido humano e social é constituído de significados que recorrem antes a processos de compreensão e de interpretação.

De acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), esta abordagem é útil para quem busca entender a realidade onde alguns fenômenos ocorrem, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo; ainda a mesma abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando explicações de comportamentos.

Minayo (2000) coloca que a abordagem qualitativa torna-se importante para compreender valores culturais e representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos; para compreender as relações que ocorrem entre sujeitos sociais tanto no contexto das instituições quanto dos movimentos sociais; para avaliar as políticas públicas e sociais tanto do aspecto de sua formulação, aplicação técnica, quanto dos usuários a quem se destina.

Ainda esta mesma autora fundamenta que a abordagem qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo, contexto de significados, concepções, motivações, valores e atividades, que por sua vez correspondem a um espaço mais profundo das relações,

dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis quantificáveis.

Nessa direção entendemos que a abordagem qualitativa trabalha com os significados, buscando uma compreensão particular daquilo que estuda. Não se preocupando com generalizações, princípios, leis e sim almejando a compreensão dos fenômenos estudados.

Estudos desta natureza são importantes no sentido de que tentamos compreender o processo mediante o qual os enfermeiros de SF, deste estudo, constroem significados e concepções sobre os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, e, posteriormente descrevem em que consistem estes significados e concepções.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Passos, que fica localizada no interior do estado de Minas Gerais, com população estimada em aproximadamente 100000 habitantes, em sua maior parte, 89,5%, concentrada na zona urbana e apenas 10,5% na zona rural, de acordo com senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000. Dentre as atividades econômicas do município há predominância do setor agropecuário e industrial.

Passos encontra-se habilitado, segundo a NOB/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, tendo seu sistema de serviços de saúde organizado de forma piramidal, por nível de complexidade crescente. No topo da pirâmide está o nível de atenção terciária composto por três hospitais, sendo um hospital psiquiátrico e um hospital filantrópico, ambos conveniados ao SUS, e um hospital particular. No meio

da pirâmide encontra-se o nível de atenção secundária composto por uma policlínica que atende especialidades como: Cardiologia, Cirurgia Geral, Vascular e Pediátrica, Colpocopia/Ginecologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia/Pequenas Cirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia. E na base localiza o nível de atenção primária, composto por nove UBS, uma Unidade de Saúde Mental, um Pronto Socorro Municipal e dezessete USF, das quais sete funcionam junto com UBS.

Das dezessete equipes existentes até o momento, cinco foram implantadas em 1997, dez em 2001 e duas em 2004. Estas equipes são compostas, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis ACS. Atuam a maioria em regiões periféricas da cidade. Cada equipe fica responsável pela cobertura de aproximadamente 4362 pessoas, totalizando cerca de 82% de cobertura geral da população do município.

Passos também é sede de uma Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) da Secretaria de Estado de Saúde, que é responsável por vinte e quatro municípios. O setor saúde do referido município ainda conta com a presença de uma universidade com formação de profissionais nos cursos de enfermagem, nutrição, serviço social, educação física, biologia, dentre outros.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para Minayo (2000), não se faz necessário uma maior atenção quanto ao número de sujeitos que serão investigados. O que é relevante para essa autora, quanto à pesquisa qualitativa, é que o grupo selecionado realmente esteja

vivenciando a situação em estudo, sendo o grupo imprescindível para oferecer informações-chave.

Iniciamos a seleção dos sujeitos, adotando como primeiro critério: ser enfermeiro atuante em equipe de SF, na cidade de Passos, no período de coleta de dados e que aceitasse participar livremente do estudo.

Após identificação dos enfermeiros que enquadravam neste critério de inclusão, entramos em contato com a coordenadora das equipes de SF e convidamos todos para uma reunião.

Dos dezessete enfermeiros identificados e convidados para a reunião compareceram quinze e os outros dois faltaram sem enviarem justificativas. Dentre os quinze presentes, uma enfermeira era a pesquisadora, que depois de oferecer informações sobre os objetivos e sobre o estudo que seria desenvolvido, fez o convite aos demais enfermeiros presentes a participarem da pesquisa.

Após o esclarecimento e o convite acima feito dois enfermeiros, dentre os quatorze, se recusaram a participarem do estudo sem se justificarem, assim, nos restaram doze enfermeiros.

Tendo em vista que, na abordagem qualitativa, não se faz necessária maior atenção quanto à quantidade de sujeitos e o que importa é que estes estejam vivenciando a situação em estudo, que no caso encontram-se atuando em diversos contextos sócio-econômicos, construímos juntos uma classificação das condições sócio-econômicas da população e da área de abrangência, onde estavam implantadas suas respectivas equipes de SF. Essa classificação foi pautada em uma

já existente no município⁷. Com este mapeamento, adotamos o segundo critério de inclusão dos sujeitos deste estudo. Das doze, uma enfermeira atuava em área *muito carente*, uma outra atuava em área *privilegiada*, assim, as duas foram escolhidas automaticamente para participar. Dentre as outras dez que restaram, encontramos cinco enfermeiros atuantes em áreas *carentes*, e outros cinco atuantes em áreas *mistas*. Diante este número procedemos a um sorteio pelo maior e menor número subsequente de suas respectivas áreas de abrangências, estabelecido pelo município, e escolhemos mais três enfermeiros de cada categoria estabelecida na classificação. Assim, juntamente com as duas acima selecionadas, totalizando a priori o número de oito sujeitos.

Após o estabelecimento dos enfermeiros que constituiriam em sujeitos do estudo, foram agendados locais, datas e horários da realização de cada entrevista, bem como solicitada autorização e livre expressão de cada participante através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante (Anexo A).

As oito entrevistas foram sendo realizadas de acordo com as possibilidades dos participantes, obedecendo locais, datas e horários previamente agendados.

⁷ Área *muito carente* é considerada com uma área onde reside famílias que apresentam características como: renda familiar de até 1,5 salários mínimos, média de 5 pessoas por família, com quase nenhuma ou com precárias condições sanitárias (energia elétrica, água tratada, esgoto, pavimentação das ruas...), área *carente* – é considerada com uma área onde reside famílias que já apresentam condições socioeconômicas um pouco melhor que a muito carente. Área *mista* é considerada uma área em que possui duas ou mais microáreas nas condições de carência e as demais em condições socioeconômicas mais privilegiadas. Área *privilegiada* é uma área onde a maioria das casas possuem água e esgoto tratados, ruas pavimentadas, renda familiar acima de 4 salários mínimos, população economicamente ativa empregada.

3.4 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Minayo (2000) o estudo qualitativo prevê enquanto atitudes essenciais à abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação do pesquisador com os sujeitos sociais envolvidos, nessa direção a autora aponta para insuficiência do questionário para apreensão de sistemas de valores, normas, representações de determinado grupo social. Portanto, a maneira pela qual os dados são coletados na pesquisa qualitativa costuma ser feita através da comunicação entre sujeitos, estabelecendo o investigador estratégias e procedimentos que lhe permita tomar em consideração as experiências do ponto de vista do informador.

Nesta direção a investigação qualitativa se deu através de diálogo do investigador com os sujeitos, que não foi abordado de uma forma neutra. Assim, uma das possibilidades de colher os dados dos sujeitos pesquisados e que foi adotada para este estudo, foi à *entrevista semi-estruturada*.

A entrevista semi-estruturada, segundo Polit e Hungler (1995), caracteriza-se pelo uso de uma lista de questões dirigidas, denominadas roteiro de assunto, a cada participante e a função do entrevistador é encorajar esse a falar livremente sobre todos as questões listadas enquanto se gravam as respostas.

Para Minayo (2000, p. 57) a entrevista semi-estruturada na pesquisa qualitativa “é o procedimento mais usual no trabalho de campo, por meio dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos sujeitos sociais”. Essa mesma autora ainda caracteriza a entrevista semi-estruturada como uma maneira de combinar perguntas fechadas e abertas, em que o participante tem a possibilidade

de discorrer o tema proposto, sem estar condicionado a respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador.

A etapa de elaboração e ajustamento do roteiro para a entrevista (Anexo B), de acordo com os objetivos propostos, nos trouxe a necessidade de realizarmos, após a aprovação do Comitê de Ética, três entrevistas piloto. Duas destas entrevistas foram feitas com enfermeiras pertencentes ao município em estudo, que não se constituíram em sujeitos da pesquisa e uma foi com uma enfermeira de um município vizinho.

Após instrumento ajustado, entrevistamos um total de oito enfermeiros, em seus respectivos locais e horários de trabalho. As entrevistas foram realizadas entre os dias 24/08/04 à 08/09/04 e tiveram uma duração média de 01:22' e 30".

Os dados obtidos na entrevista foram registrados com a utilização de gravações, em fitas K-7, e em seguida o material foi transcrito de forma literal, preservando a fidedignidade das informações e a honradez da pesquisa.

Segundo Minayo (2000) a entrevista gravada é um procedimento metodológico que possibilita profundidade do diálogo entre o entrevistado e o participante.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizamos para análise e interpretação das narrativas a *Análise Temática*, que de acordo com Minayo (2000, p. 209) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, uma frase, ou um resumo (MINAYO, 2000).

Minayo (2000), considera três etapas como importantes para a operacionalização da análise temática, que são:

A *pré-análise* que pressupõe na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa, possibilitando a reformulação destes frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa etapa devem ser cumpridas algumas tarefas como a *leitura flutuante*, que consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar por seu conteúdo, possibilitando que a leitura se torne mais sugestiva e capaz de “ultrapassar o caos inicial”; a *constituição do corpus*, que consiste na organização do material de forma que este possa responder a algumas normas de validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e a *formulação de hipóteses e objetivos*, que não dispensa a elaboração prévia destes, apenas prevê uma certa flexibilidade que permite que surjam hipóteses a partir dos procedimentos exploratórios. É nessa etapa que se define os recortes, a maneira de categorização, a modalidade, a unidade de registro a ser utilizada, podendo ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou até mesmo um acontecimento.

Exploração do material consiste fundamentalmente na operação de codificação, a partir de recortes do texto nas unidades de registro previamente estabelecidos, da escolha das regras de contagem, da classificação e agregação

dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação devem ir além das operações estatísticas, trabalhando com significados em lugar de inferências estatísticas.

Os vários dados trabalhados na análise temática encaminhou à identificação de unidades temáticas, que foram identificadas no decorrer da análise como: formação, concepção de: universalidade, equidade, integralidade e relação princípios do SUS e ESF.

3.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A ética pode ser definida como a forma de explicar o comportamento dos homens, da moral, levando em conta sua totalidade, diversidade, variedade; fornecendo a compreensão racional de um aspecto real, afetivo, do comportamento dos homens (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Partindo dessa definição destas autoras de ética e em cumprimento as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, neste estudo asseguramos alguns itens como: solicitação seguida de esclarecimento verbal e por escrito sobre o desenvolvimento e objetivos da pesquisa, ao Secretário Municipal de Saúde e a Coordenadora das equipes de SF do município, a fim de obtermos seus consentimentos e autorizações para o desenvolvimento do estudo.

De posse das autorizações assinadas, que se deu em novembro de 2003, o projeto foi encaminhado e submetido à análise do Comitê de Ética de Pesquisa da

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), o qual aprovou na sua 60ª Reunião Ordinária, realizada em 18/02/2004 (Anexo C).

Enfatizamos que os princípios éticos foram respeitados no decorrer do estudo, ficando garantido o direito de acesso aos dados coletados; os esclarecimentos necessários; direito de desistirem do estudo, quando assim o desejarem, o sigilo e o anonimato destes participantes através da identificação do recorte das falas, por nomes de flores de acordo com suas escolhas.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 APRESENTANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Acreditando que a construção de concepções passa por questões de formação, de experiência, que o sujeito vai construindo através de saberes, dúvidas, reflexões, convicções e compromissos adquiridos e estabelecidos na teia das relações historicamente determinadas.

Julgamos, dessa maneira, ser importante apresentarmos, neste momento, os sujeitos do estudo (Quadros 01, 02 e 03), no sentido de conhecermos quem fala e de onde fala. Posteriormente discutiremos a primeira unidade temática identificada neste estudo, que foi a formação.

Quadro 01 – Identificando os sujeitos e suas respectivas formações

Identificação	Idade (anos)	Formação			Tempo exerce profissão (ano).
		Conclusão graduação (mês/ano)	Pós – grad. <i>latus sensu</i>	Área e ano conclusão da pós-graduação	
Rosa	45	Jun./1986	Sim	* Administração Hospitalar e Gestão em serviços de saúde – cursando.	6,0
Tulipa	38	Dez./1996	Sim	* Administração em Serviços Hospitalar e Saúde Pública – 1999.	7,0
Violeta	34	Jul./1993	Sim	* Saúde Coletiva – 1995.	12,0
Girassol	26	Dez./2002	Não	---	1,3
Azaléia	24	Dez./2002	Sim	* Capacitação Didático Pedagógica – 2004. * Administração Hospitalar e Gestão em serviços de saúde – cursando.	1,6
Margarida	24	Dez./2001	Sim	* Terapia Intensiva Infantil – 2004.	2,7
Pingo de Ouro	27	Dez./2003	Não	---	0,7
Orquídea	30	Dez./1997	Não	---	6,0

Quadro 02 – Os sujeitos e suas experiências profissionais dentro e fora do contexto da enfermagem

Identificação	Experiência fora da enfermagem	Experiência na enfermagem *	
		Durante a Graduação	Após – Graduação **
Rosa	- Não	- Estágio extracurricular área hospitalar e pronto atendimento (centro cirúrgico, pronto socorro).	- Voluntário no PSF (1 ano e 08 meses). - Voluntário em UBS (2 meses) - Enfº de equipe de SF (3 anos).
Tulipa	- Magistério, - Balconista, - Auxiliar de escritório, - Representante comercial	- Estágio extracurricular em UBSs (saúde da mulher)	- Chefe de ala e supervisor (fins de semana), hospital filantrópico, grande porte, filiado ao SUS (5 anos). - Enfº assistencial (saúde da mulher – alojamento conjunto, doenças obstétricas) e supervisor de estágio de curso téc. enferm. – hospital escola, conveniado ao SUS (7 meses). - Docente - escola téc. enferm. particular (segurança do trabalho e primeiros socorros) (1 ano) - Enfº de equipe de SF (3 anos e 1 mês).
Violeta	- Secretária em consultório médico	- Estágio extracurricular na área hospitalar, em período noturno. - Estágio extracurricular em UBSs (saúde da criança e imunização)	- Enfº assistencial - hospital escola, particular (1 ano). - Coordenador de enfermagem – Hosp. Filantrópico (3 anos). - Coordenador local e docente curso de aux. de enfermagem, (clínica médica) (1 ano e 4 meses /6 meses). - Supervisor de estágio, curso de aux e téc. enfermagem PROFAE (saúde coletiva) (2 meses cada). - Enfº de equipe de SF (2 anos e 1 mês).
Girassol	- Agente de Saúde	- Estágio extracurricular em unidade de referência regional em Hanseníase.	- Enfº de equipe de SF(1 ano e 6 anos)

CONTINUAÇÃO...

Azaléia	- Representante comercial	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoria no curso de graduação em enfermagem (Citologia e Histologia). - Estágio extracurricular em UBSs (saúde da criança). - Estágio extracurricular em área hospitalar. 	- Enfº de equipe de SF (1 ano e 8 meses)
Margarida	<ul style="list-style-type: none"> - Balconista, - Secretária de dentista 	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio extracurricular em UBSs (imunização, assistência ao indivíduo portador de diabetes, feridas e curativos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisor geral do serv. de enfermagem – hospital privado e conveniado ao SUS, peq. porte – 03 meses - Supervisor de ala (pediatria e neonatologia) (1 ano e 6 meses) - Enfº de equipe de SF (6 meses)
Pingo de Ouro	- Não.	<ul style="list-style-type: none"> Estágio extracurricular em UBSs (organização e agendamento de consultas). - Estágio extracurricular em área hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisor de estágio, escola particular de tec. Enfermagem – 04 meses - Enfermeira de equipe de SF – municipal 05 meses
Orquídea.	<ul style="list-style-type: none"> - Aux. de escritório, - Prespontadeira calçados, - Auxiliar de dentista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estágio extracurricular em serviço de urgência e emergência (esterilização, curativos, pequenas cirurgias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Docente curso de aux. enferm. (microbiologia, farmacologia e psiquiatria) e tec. Radiologia (patologia) (1 ano e 6 meses). - Supervisor de estágio no curso de grad. Enferm. (serviço de urgência e emergência, psiquiatria) (6 meses). - Supervisor de estágio no curso de aux. de enfermagem, escola particular (pediatria, psiquiatria) - Supervisor equipe enferm, hosp. geral, peq. porte, privado e conveniado ao SUS (1ano) - Enfº de equipe de SF(1 ano e 10 meses)

* Vale informar que nenhum dos sujeitos entrevistados possuíam experiência na enfermagem antes de cursarem a graduação.

** Ainda dentro das experiências profissionais após a graduação constatamos que entre os entrevistados existia um enfermeiro que atuava em mais alguma atividade diária – profissional ou acadêmica – além de atuar na equipe de SF, no período noturno, cursando outro curso de graduação.

Quadro 03 – Os sujeitos e suas capacitações antes e após entrarem na Estratégia de Saúde da Família

Identificação	Capacitação	
	Antes de entrar na ESF	Após entrada na ESF
Rosa	- Voluntário (capacitação de ACS e palestras promovidas pela cooperativa)	- Curso de multiplicadores do curso Introdutório em SF – 130 horas. - Curso Introdutório p/ equipes de SF – 40 horas
Tulipa	- 03 dias com participação da equipe toda	- Curso Introdutório p/ equipes de SF – 40 horas
Violeta	- Não	- Curso Introdutório p/ equipes de SF – 40 horas
Girassol	- Não	- Mini cursos (Hanseníase, Tuberculose, feridas, urgência/emergência).
Azaléia	- Não	- Mini cursos (feridas, urgência/emergência, sala de vacinas).
Margarida	- Não, apenas orientações da coordenação.	- Mini cursos (feridas, urgência/emergência, sala de vacinas, mãe canguru).
Pingo de Ouro	- Não	- Mini cursos (urgência/emergência).
Orquídea	- Não	- Mini cursos (Hanseníase, Tuberculose, feridas, urgência/emergência, hiperdia, sisprenatal, aleitamento materno, dengue, vacinas).

4.2 UNIDADE TEMÁTICA I - FORMAÇÃO

Segundo Motta, Buss e Nunes (2004), o espaço do trabalho vem sofrendo algumas grandes transformações, como a transição de um modelo *fordista/taylorista* de organização do trabalho para um novo modelo denominado de *flexibilização produtiva*⁸, que conectada a dinamização do mercado mundial, grandemente favorecida pelas tecnologias eletrônicas, colocam novas formas e novos significados ao trabalho. Esses autores ainda advertem, que tais mudanças tem gerado, dentre outros fenômenos, a exigência de um trabalhador com capacidade de diagnóstico, de buscar soluções de problemas, com capacidade de tomar decisões, de trabalhar em equipe, de intervir no processo de trabalho, de se auto-organizar e de enfrentar situações em constantes mudanças.

A este processo, podemos ainda acrescentar, de acordo com Ramos (2004), pendências de questões que até hoje são enfrentadas e que se referem à necessária e tão difícil complementaridade e integração entre diferentes atores do conhecimento e áreas profissionais no processo de trabalho.

Além das transformações que vêm ocorrendo no processo de trabalho podemos agregar as propostas de mudanças também presentes no sistema de saúde brasileiro, que vem sendo reorientado por nova concepção do processo saúde-doença, por um paradigma sanitário, que visa a construção de um novo modelo assistencial. Para atender tais mudanças, tanto no processo de trabalho como e no sistema de saúde brasileiro torna-se necessário, de acordo com Ramos (2004), um desenvolvimento de novas práticas, valorizadas por aspectos mais

⁸ A flexibilização produtiva é expressa principalmente na descentralização e horizontalização da produção, integração de tarefas diferenciação/diversificação de produtos, novos tipos de contrato de trabalho e terceirização.

humanizantes, através do estabelecimento de vínculo entre os sujeitos trabalhadores e usuários e da consideração dos direitos de cidadania. Para atender essas novas práticas conseqüentemente faz-se exigência de novos sujeitos profissionais, que se apresente mais integrados e abertos a perspectivas e saberes do outro, mais dispostos ao entendimento, a pactuação e a construção coletiva.

Nessa direção, mesmo considerando que a proposta do SUS assenta-se em princípios e diretrizes do ponto de vista legal e administrativo, acreditamos que para busca de sua efetivação seja de fundamental importância que os operadores das ações, das práticas, estejam envolvidos, engajados, compromissados com a responsabilidade de viabilização da mesma. Para tanto se vem redefinindo de forma dinâmica as necessidades de qualificação e requalificação da força de trabalho, impondo, assim, exercícios de revisões dos modelos de formação até então adotados.

Ramos (2004) nos coloca que ao pensar a formação dos profissionais/trabalhadores de enfermagem diante às referidas mudanças científicas e tecnológicas mundiais e locais, especialmente aquelas que dizem respeito ao setor saúde e ao SUS, faz-se necessário pensarmos na existência, na construção de novos instrumentos, que considere não somente referenciais e metodologias para o trabalho, mas que considere também os de bases ético-políticas, no sentido de assegurar valores verdadeiramente humanos a esse processo.

4.2.1 O reconhecimento da necessidade e os motivos que levam a participação do enfermeiro de SF em eventos após a graduação

Tendo como base às discussões abordadas anteriormente, verificamos, neste estudo, que há um reconhecimento, por parte de alguns enfermeiros, da

necessidade de participação em eventos (não institucionalizados⁹) após a graduação. Essas afirmações podem ser traduzidas pelas respostas que se seguem:

[...] é, é meu isto. Eu se, se eu ficar sem estudar, sem aprender alguma coisa assim, eu me cobro. [...] eu tenho uma sede de aprender (risos), eu acho que tudo o que eu vejo, eu acho que é pouco, é pouco, e eu tenho que buscar, buscar, eu acho, o conhecimento é isto. Tulipa.

[...] Eu sempre tenho como meta comigo estar participando de dois a três por ano, eu estabeleço isto, pelo menos o mínimo de dois. Então, a gente tem toda liberdade de tá participando, aqui né. A gente tem o apoio da coordenação. Girassol.

E dentre os motivos que levam esses a participarem podemos destacar que seriam iniciativas próprias e particulares; compromissos pessoais com vista a aquisição de novos conhecimentos, a atualização, a busca de ajuda para o desenvolvimento de suas funções, a trocas de experiências bem como a reciclagem.

[...] Eu faço um curso de Bioenergética também pra estar ajudando no trabalho em grupo, pode ser aplicado tanto com a equipe, no desenvolvimento da equipe, como com os grupos da comunidade. Tulipa.

[...] Pra mim crescer, né! Eu quero sempre tá por dentro [...] eu ainda quero aproveitar, porque... pra não ficar parada no tempo. Rosa.

[...] Tá se atualizando, a troca de experiência com outros profissionais é altamente fundamental, porque a gente, nesses congressos, a gente acaba encontrando pessoas das diversas realidades, que trabalha tanto no setor de saúde pública, privada, na área hospitalar, então essa troca de experiência contribui muito para o nosso serviço, né. Girassol.

[...] Eu acho que a vontade de ver coisas novas, de tá atualizando, de ver o que eu posso melhorar, porque mesmo que a gente aprendeu na faculdade eu acho que é muito pouco, né. E sempre tem alguma coisa nova que a gente pode tá melhorando. Azaléia.

[...] Um pouco é pela, é... a gente sabe que é pela reciclagem, pela atualização que tem que ter, pela atualização mesmo, que as coisas vão surgindo. Orquídea.

[...] A gente vê a necessidade assim de tá aprimorando e não parar, né. Pingo de Ouro.

⁹ Estamos chamando de não institucionalizados os eventos que não exigem obrigatoriedade de participação por parte da instituição em que o enfermeiro atua.

Ao pensarmos os motivos, que levam estes profissionais a participarem em eventos, podemos perceber que se faz presente um certo desconforto, uma certa percepção de que a maneira vigente do fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta das necessidades do trabalho. Para esse conjunto de enfermeiro, o cotidiano dos serviços de saúde tem sido fonte de inquietações e busca constante de novas experiências e conhecimentos.

Feurwerker (2004) aponta como ponto positivo esse desconforto ou essa percepção de insuficiência do conhecimento, vivido e percebido por estes trabalhadores, a medida que gera uma condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos. Pois de acordo com essa mesma autora a vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que produzem o desconforto e depois a disposição para buscar alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

As falas dos entrevistados revelam também, que as iniciativas de participação em eventos se dão por motivos pessoais, particulares do profissional, sofrendo uma variação de nenhuma até três participações em eventos/ano/profissional. Isto nos leva a imaginar que há ausência de uma política municipal institucionalizada, assim como, ausência de diretrizes, investimentos, em práticas educativas nos serviços por parte da gestão, que visem uma transformação da assistência à saúde.

No entanto, não podemos negar a existência de um apoio através da liberação do trabalhador, mesmo que seja sem contraposição ou estímulo quanto ao tipo de evento a participar.

Com base nesses achados, acreditamos que o estabelecimento de uma diretriz na continuidade da formação permitiria maior articulação entre as necessidades geradas no interior dos serviços de saúde, possibilitando também maior compromisso com a implementação de novas práticas.

De acordo com a Conferência Nacional de Saúde (2001); a ausência de políticas de capacitação de recursos humanos, principalmente na esfera municipal, pode cristalizar obstáculos para o SUS exercer o seu preceito constitucional de nortear os recursos humanos para o sistema, e assim, pode ainda persistem as inadequações dos profissionais no que se refere a implantação do sistema e o desenvolvimento efetivo de práticas integrais e de qualidade nos serviços de saúde.

Constatamos ainda, ao observarmos as iniciativas de participação em eventos, que em sua maioria não estão acompanhadas de direcionalidade para área de atuação do enfermeiro.

[...] O que aparecer se Deus quiser, eu não vou deixar escapar. Rosa.

[...] Quando aparece uns cursos assim... 'olha vai ter um curso', você deve ir, alguma coisa você vai tá colhendo. Tulipa.

[...] Todos que aparecem, que é comunicado, eu faço e alguns outros que eu fico sabendo também. Azaléia.

Ao refletirmos sobre estas questões concluímos e concordamos com Motta, Buss e Nunes (2004) que dizem que o momento atual das políticas de saúde requer ajustes e releituras dos profissionais e das instituições para eleger estratégias e modelos de renovação coerentes com o contexto. Isto nos indica que faz-se necessário redefinir objeto de trabalho e espaço de ação do trabalhador de saúde no marco da sociedade em que vive, frente aos paradigmas de saúde e de qualidade de vida que esta sociedade adota, dentro de parâmetros sociais, econômicos e políticos da realidade atual.

4.2.2 Relação teórico-prática dos princípios

Ao considerarmos a relação estabelecida pelos enfermeiros entre os conteúdos dos cursos participados e a sua atuação na realidade da SF, verificamos que alguns estabelecem relações, aproveitando os conteúdos ministrados nos cursos no contexto trabalhado, mesmo que estes tenham sido mais voltados para os aspectos biológicos, técnicos, privilegiando ações curativas.

[...] Bom desses citados, todos até hoje assim, que eu me recordo, tiveram relação diretamente com o PSF, eu acho que todos esses contribuíram pro contexto nosso, como profissional dentro do PSF. Girassol.

[...] Não, eu acho que de todos os cursos que eu faço, eu sempre procuro relacionar, porque quando a gente é enfermeira, você é enfermeira tanto faz de hospital, quanto de PSF, técnicas são técnicas, então eu tento assim relacionar de uma forma geral. Todos tiveram alguma relação. Azaléia.

[...] Não, todos assim que eu fiz até agora assim, depois que eu me formei, tão relacionados com o PSF, talvez seja mais às vezes até pro lado assim, do curativo mesmo. Pingo de Ouro.

Os discursos nos chamam a atenção que os enfermeiros relatam fazer a relação entre teoria e prática, porém estes não declaram que estas relações tenham sido feitas pelos ministrantes dos cursos.

Esses achados nos leva a pensarmos, que muitas das vezes os ministrantes de cursos com o objetivo de atualização de conhecimentos específicos, programam e operam estratégias educativas de maneira descontextualizada, a partir de uma leitura geral dos problemas.

De acordo com Feuerwerker (2004) as estratégias geralmente adotadas para cursos dessa natureza são baseadas principalmente na transmissão de conhecimentos, onde o instrutor identifica-se temas e conteúdos a serem

trabalhados com os profissionais, com atividades educativas construídas de maneira quase sempre desarticulada em relação a gestão, a organização e a prática nos sistemas de saúde. Essas estratégias, segundo a autora, até possibilitam a identificação de problemas na realidade, porém não permitem compreender suas explicações, uma vez que não possibilitam aos profissionais o desenvolvimento de capacidade de dialogar e de problematizar práticas e concepções vigentes que permitam criar condições para que esse conhecimento seja (re) elaborado frente às condições reais dos próprios serviços, com vista à solução dos problemas.

Ribeiro e Motta (1996) reforçam que a estratégia de educação continuada pode não ser suficiente para transformação de práticas institucionais, ou assegurar o desenvolvimento das responsabilidades ou ainda modificar processos de trabalho e relações de trabalho entre profissionais. Pois esses autores acreditam que para que tais transformações, desenvolvimentos e modificações ocorram, dentre outros fatores poderiam existir revisões das concepções pedagógicas bem como na concepção de trabalho, até então predominantes. Isso implicaria em revisões que permitam a construção do conhecimento, das atividades educativas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e das equipes, permitindo a existência de um diálogo entre os participantes e os facilitadores, bem como a elaboração de estratégias adequadas, para construção de intervenções contextualizadas com as necessidades. Tais revisões também viriam a opor-se ao sentido de relacionar o saber e o fazer como uma forma linear e simplista, onde a prática é entendida como mera aplicação do conhecimento.

De acordo com os autores acima citados, em vários cursos de atualização que os profissionais realizam, eles são elevados a um paraíso de *como deveria ser*, do ideal; a uma tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e

atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única dos usuários e dos serviços, porém ao retornarem a seus serviços, se vêem confrontados em realidades cotidianas sem possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido. Isto torna-se uma barreira, que vem impedindo uma discussão, uma reflexão na prática, em profundidade da maneira como o trabalhador de saúde aprende a (re)interpretação da natureza dos contratos de relacionamento, que se estabelecem entre trabalhador-usuário e entre população-serviços de saúde, nos contextos do sistema de serviços deste setor.

Quanto aos conteúdos voltados mais para os aspectos biologicistas, tecnicistas, curativistas, Feurweuker (2004) aponta que parte da explicação para este descompasso entre a orientação da formação de profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, encontra-se na constatação de que o SUS, apesar de ser o sistema de saúde vigente, amparado constitucionalmente em seus princípios, vem sendo construído a partir dos serviços e práticas de saúde previamente existentes, que operam em outra lógica (hegemônica), fundamentada por interesses econômicos, corporativos e que continuam vigentes.

Desta maneira os profissionais são formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS. Pois em concordância com a Conferência Nacional de Saúde (2001) essa lógica estimula o abuso do diagnóstico armado, em detrimento da avaliação clínica do usuário, dando origem a um número elevado de exames, que onera os custos dos serviços de saúde e agrava a busca e a espera da clientela.

4.2.3 Oportunidades que os enfermeiros tiveram de estudar/discutir os princípios do SUS na graduação

4.2.3.1 Até meados dos anos 90

Ao considerarmos a(s) oportunidade(s) que os enfermeiros tiveram de estudar/discutir os princípios do SUS na graduação, constatamos que anos mais distantes (11, 18 anos atrás) o SUS não foi abordado durante o processo de graduação. Isto nos indica que mesmo tendo 15 anos de existência oficial de SUS, ele começou a ser abordado, em anos mais recentes, o que também indica uma possível formação desarticulada do contexto histórico vivido, deixando de discutir e vivenciar conquistas importantes como Movimento de Reforma Sanitária, VIII Conferencia Nacional de Saúde, Constituição de 1988, LOS e início de conquistas do processo de descentralização, dentre outras.

[...] Olha, realmente na nossa época, a gente nem discutia os princípios do SUS, porque o SUS há 18 anos atrás, ele estava começando a surgir. [...] não tivemos quase que nenhuma, porque eu não lembro direito da gente falar assim do SUS, entendeu? Rosa.

[...] Há 11 anos. Não. Violeta.

4.2.3.2 Pós-meados dos anos 90

Já em anos mais recentes, a abordagem dos princípios do SUS, aparece com predominância de poucas vezes, sendo de forma superficial, vaga, teórica, sem possibilidades de debates, discussões, o que é provável de não ter também possibilitado um estabelecimento de relação entre teoria e prática, sendo concebido apenas do ponto de vista teórico.

[...] Na minha época (1996), vou ser sincera, o SUS não tava nesse auge, que ele tá hoje não. Na época que eu fiz faculdade enfocava era a parte

curativa mesmo, era os hospitais. Era, essa assistência secundária e terciária que a gente ouvia falar. A gente tinha aquela vaga noção do SUS, mas ele não era tão enfocado como é hoje. Tulipa

[...] Sabe, foram poucas às vezes, mas assim nas aulas de Saúde Pública assim aconteceu. Girassol (concluiu em 2002)

[...] Teve uma vez que o... eu não sei bem se ele é coordenador de alguma parte do SUS ou do COREN, mas ele assim, tipo deu uma palestra pra gente, deu um livrinho falando sobre as diretrizes do SUS, alguma coisa desse tipo. Nossa ele falou um monte de coisa, explicou um monte de coisa assim, sobre o SUS. Margarida (concluiu em 2001)

[...] De tá discutindo não, o que eu lembro mesmo, foi só em aulas teóricas mesmo, principalmente de Saúde Coletiva, né! Então, que... inclusive ela deu trabalho, tudo, mas fazer aquele trabalho de debate, de discussão, isso não. Orquídea. (concluiu em 1997)

Uma abordagem superficial, vaga, teórica nos indica que pode ter havido limitações nos procedimentos didático-pedagógicos (palestra, distribuição de livrinhos, aulas teóricas, trabalhos) no sentido de não possibilitar aos graduandos uma articulação entre teoria e prática, ficando a abordagem dos princípios como *coisa de profissionais de academia*, muito teórica, doutrinária.

Acreditamos que tais limitações possam ter ocorrido, uma vez que conforme Santos et al. (1998), a maioria dos cursos de graduação, na área da saúde especialmente o de enfermagem adotam como estratégia metodológica a educação tradicional ou bancária¹⁰, onde há uma grande preocupação com a aquisição de conteúdos e reprodução acrítica destes, através de processos de memorização.

¹⁰ Educação tradicional ou bancária caracteriza-se de acordo com Freire e Nogueira (1991), por o professor colocar-se como o único detentor do conhecimento, cuja missão é repassar todas as informações, todo conteúdo para os alunos, que se apresentam àquele, com suas inteligências, como uma página em branco, daí faz necessário ensinar e ensinar significa transportar postulados, leis científicas e informações para a cabeça dos discentes. Há nesta estratégia uma preocupação exagerada com os conteúdos, como se todos fossem necessários ao projeto de vida do aluno e como se a aula fosse o único momento e instrumento adequado para sua aquisição. Os procedimentos didáticos reduzem-se a uma exposição se fim de um lado, de outro, a uma audição interminável, acompanhada de anotações mecânicas, sem tempo para que o aluno reflita sobre o que está anotando. O programa de curso apresenta-se como uma entidade autônoma de dependências internas, que pouco ou nada tem a ver com as demais disciplinas, anteriores e posteriores, nem muito menos, com a vida do aluno.

Estas características tendem a aparecer com freqüência na enfermagem, por ser uma profissão que aparenta ser eminentemente exercida através de procedimentos técnicos. Isto pode trazer como consequência uma formação limitada deste profissional, no que se refere a sua capacidade crítica, reflexiva e autônoma de questionar a realidade, de formular problemas e maneiras de melhor compreendê-los, bem como de melhor atuar na complexidade do campo da saúde.

Contrapondo a este método bancário, Feuerwerker (2004) aponta para Educação Permanente como uma estratégia, uma ferramenta potente para democratizar a gestão do sistema e para a transformação das práticas de gestão, de atenção e de controle social, uma vez que ela permite revelar a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas e torna-se evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que para serem propostas e implementadas necessitam de articulação com a gestão do sistema.

Já Ribeiro e Motta (1996), dentre outros autores como Brasil (2004a); Motta, Buss e Nunes (2004); Conferência Nacional de Saúde (2001), argumentam que a Educação Permanente se situa no contexto de uma virada no pensamento da educação profissional, na qual o processo de trabalho é (re) valorizado como centro privilegiado de aprendizagem. Ela tem como objetivo transformar o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Brasil (2000c) considera a Educação Permanente como uma realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

As falas também nos revelam que, mesmo quando a abordagem aparece muitas vezes, os princípios do SUS são discutidos apenas por professores e disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Pública, de forma isolada. Ao nos remetermos a propostas de revisão de modelos de formação para transformação das práticas assistenciais acreditamos que seria necessário a adoção dos princípios e dos pressupostos do SUS como fio condutores das definições metodológicas e de conteúdos dos programas de formação profissionais, uma vez que esses deveriam ser pontos norteadores de qualquer tipo de assistência oferecida pelo sistema público.

Nessa direção, acreditamos ainda que se deveria buscar uma integração em torno de objetos ou temas das diversas disciplinas, possibilitando relações interdisciplinares, entre os diferentes campos de investigação e de intervenção, visando desconstruir o campo medicalizador e fragmentalizador da saúde enquanto princípio normatizador de formação e prática em saúde.

Verificamos ainda através das falas anteriores que há predominância de uma formação profissional centrada no modelo Flexneriano, fundamentada unicamente, no saber sobre a doença, na excessiva fragmentação disciplinar, na visão biologizante do vivido e medicalização crescente do social, na orientação para o mercado, na especialização e na incorporação tecnológica, que de certa forma retarda o conhecimento de concepções e práticas voltadas para a construção do SUS.

4.2.4 Sentidos dos princípios do SUS

4.2.4.1 Sentidos feitos na graduação

Ao considerarmos os sentidos que os princípios do SUS fizeram, no momento da graduação, as falas nos revelam que o contato com os princípios, quando lembrados, deu para ter uma base, uma noção, porém, mais uma vez, não tiveram muita relação com o contexto prático, não surtiu muito efeito, foi uma coisa mais citada, meio superficial, muito teórica, idealizada, bonita, difícil e complicada de ser posta, sistematizada na prática.

[...] Eu acho que, eu sempre tive muito interesse assim por Saúde Pública. Eu acho que de início, ficou uma coisa muito teórica assim, sem, quer dizer, sem... você recebeu os conceitos lá, mas parece que ficou por ali, pelo fato ainda da gente não ter uma experiência, ainda não estar vivenciando os estágios. Então, ficou uma coisa muito teórica, assim não surtiu efeito imediato, não. Não teve muita relação com os contextos não. Girassol.

[...] Na teoria eu achava tudo muito bonito, né! Se for ver, é o que eu discutia com a professora, era muito bonito, é um ideal muito bom, mas que na prática é muito difícil de ser seguido, algumas pessoas conseguem, não totalmente, segui-los totalmente, mas é muito complicado, ainda mais que a grande maioria das pessoas não sabem os princípios, né, e doutrinas. Então, fica mais complicado ainda. Achava bem complicado, porque como eu não estava atuando diretamente como enfermeiro, era só estagiário, então, a gente tinha uma outra visão, né. Então, eu achava assim, mas na teoria é uma coisa linda e na prática parece que ninguém faz. Azaléia.

[...] Serviu, esclareceu assim algumas coisas, eu me lembro que, a gente tinha assistido um filme sobre o início do SUS, a professora de Saúde Coletiva passou um filme muito interessante, como que surgiu, tal. Então, a gente tinha mais ou menos uma base. Depois ela explicou algumas coisas assim, como é o ideal, o real, porque tem uma diferença. Margarida.

Os sentidos dos princípios revelados, no momento da graduação, nos remetem a pensarmos que a abordagem metodológica trabalhada precisa ter

relação direta como a compreensão, o entendimento, o relacionamento entre teoria e contexto. Nesta direção, Feurwerker (2004) e Brasil (2004a) indicam que uma informação ou uma experiência pedagógica só faz sentido, tornando-se uma aprendizagem significativa, quando dialoga com toda a bagagem anterior que as pessoas trazem consigo. Assim os autores sugerem que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços.

Estas falas apontam também para uma dicotomização, uma polarização entre teoria e prática, mostrando-se bastante complicado, difícil, quase impossível, sistematizar ações. Ramos (2004) coloca que visões estereotipadas são produzidas e disseminadas quanto à educação e ao trabalho, identificadas como a *academia* e os *serviços*. A academia é relacionada à *teoria*, num sentido de desvalor, como se toda intervenção dela prescindisse ou como empreendimento de reflexão teórica e produção do conhecimento fosse sinônimo de descompromisso com a realidade, inoperância ou, no mínimo conservadorismo e atraso em relação às demandas. Desta maneira a autora ainda argumenta que são negados os impactos da produção teórica no campo da saúde e seu forte envolvimento com a transformação social e com as conquistas alcançadas em termos de políticas de saúde.

Isto nos indica que para mudarmos, reorganizarmos modelos assistenciais devemos pensar em reestruturação de formas de intervenções educativas no processo de formação dos profissionais envolvidos no setor saúde.

Um outro sentido feito dos princípios do SUS, na graduação, foi a motivação para atuar na rede pública.

[...] Muito, muito tanto que como acadêmica eu fui trabalhar como estagiária na área ambulatorial, eu fui trabalhar no SUS, mas direto a... ao ambulatório. Tulipa.

Um último sentido encontrado no remete a revelação do contexto histórico vivido naquele momento, marcado pela crise do Sistema Previdenciário.

[...] Então, era uma coisa que... que eu achava que era pra pobre, né. Que ninguém tinha acesso. Rosa

4.2.4.2 Sentidos feitos após a graduação

Ao investigarmos os sentidos que os princípios do SUS fazem, atualmente, para os enfermeiros entrevistados verificamos que mesmo após algum tempo de atuação alguns não conseguem fazer relação de sentido e quando fazem aparece ainda, de forma relevante, à distância entre teoria (os princípios) e a dificuldade de operacionalizá-la na prática.

[...] Pra ser sincera, você pensar todo dia equidade, universalidade, né, é, é... descentralização, então, fica assim vago, mas quando você vê no dia a dia, o contato, o paciente, o cliente merece total respeito, que ele tem que ser visto como um todo é difícil, não é fácil, eu não vou mentir pra você, ah! eu trato sim, trato todo mundo igual, eu procuro tratar todos com igualdade, né! Eu falo assim todo mundo tem direito. Tulipa.

[...] Os princípios do SUS? Não, só os protocolos, né, que tá apresentado atualmente, né, para o secretário de saúde e do SUS não como... porque a gente acaba virando assim, máquina, né? Trabalha mais a parte prática e deixa essa parte de lado. Atua mais na prática. [...] É... atualmente, a gente, eu tenho assim sentido às vezes, até dificuldade, porque a população, que a gente trabalha, a abrangência, que a gente tem no bairro, nós somos cobrados e alguns pacientes que chegam na unidade até eles falam em questão de direitos, visitas domiciliares, as pessoas é, é... passam pra gente, né a respeito disso e tentam interrogar, a respeito dos princípios, né. Direitos. Violeta.

Para este grupo de enfermeiros, atualmente os princípios do SUS quando faz um pouco, ou um pouco mais de sentido, observamos que este sentido é estabelecido pelos próprios profissionais, após começarem a vivenciar os princípios em suas atuações, no serviço público, e que estes quando usados serve para nortear, referenciar alguns conceitos pessoais e modos de agirem e de pensarem o

que é certo ou errado, porém, afirmam, sem possibilidades de ação sobre o contexto vivido.

[...] Hoje em dia, então, já faz um pouco mais de sentido, porque a gente dentro do PSF a gente já vive bastante isso, a gente já começa a vivenciar bem os princípios, aí né, de atendimento igualitário para todas pessoas, atendimento para todos, eu acho que o PSF hoje em dia ele proporciona isso. Girassol.

[...] Hoje eu acho que modificou um pouco porque... a partir do momento que você aprende, né, você sempre, você vai tomar, sempre que possível, não todas às vezes, mas você para e fica pensando, não espera aí, onde que eu errei, eu acho que não é assim, que eu tenho que agir. Porque você começa a rever alguns conceitos pessoais até, né. Então, acho que melhorou. Azaléia.

[...] Faz, olha às vezes eu fico até... porque assim às vezes a gente sabe... por exemplo, alguma coisa tá errado, né, eu sei que aquilo tá errado e eu não tenho como tá impedindo que aquele fato aconteça, né, por conhecer as leis do SUS e por saber que num... num... é daquele jeito. Margarida.

[...] Ah! Com certeza, principalmente agora que eu tô na rede pública, apesar que assim... não muito tempo, porque eu trabalhei mais na área hospitalar, mas quando eu trabalhei na área hospitalar não tinha SUS. Agora na rede pública assim, eu vejo assim oh, é... é um ótimo serviço. Orquídea.

Consideramos que mesmo havendo esforço, o que foi demonstrado por parte dos entrevistados, para revelar o sentido dos princípios dos SUS, está pautado em relações frágil e com pouca consistência para alicerçar iniciativas de mudanças na organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde.

Isto nos leva a pensarmos em possíveis limitações nos processos de qualificação dos trabalhadores de saúde através de Educação Continuada, de cursos de graduação e de capacitação padronizados, quanto à carga horária, o conteúdo e as dinâmicas, definidas centralmente com uso de atividades educativas pontuais, fragmentadas e que se esgota em si mesma.

Assim, ao tomarmos a atualização técnico-científica como o foco central para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho

deixando de englobar aspectos importantes como a produção de subjetividade, de habilidades técnicas, de conhecimento do SUS, através de experiências vividas ou vivenciadas, a possibilidade de construir sentidos para incorporação na prática cotidiana, se torna muito difícil, ou praticamente inexistente.

Brasil (2004a) afirma que a educação permanente propõe que para que tal processo se estabeleça é necessário tomar como referência às necessidades de saúde das pessoas (profissionais), das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Ao pensarmos as atribuições do enfermeiro dentro da ESF, enquanto instrutor, organizador, coordenador e ser comprometido com a implementação de políticas sociais públicas, bem como a acelerada transformação dos processos produtivos, acreditamos que se faça necessário pensarmos numa formação profissional, como capacitação ética, política e técnica, à plena conquista do direito constitucional à saúde, à solidificação de princípios e estratégias do SUS.

Nessa direção a Associação Brasileira de Enfermagem (2002) coloca que a orientação para a implantação de eixos que concretizam uma formação compatível com as demandas sociais, com um modelo de atenção à saúde, com a produção de conhecimentos e de serviços de qualidade, deve passar, necessariamente, pela articulação entre o projeto político em saúde e o projeto pedagógico para a formação, ou seja, a capacitação dos recursos humanos, vistos como sujeitos coletivos com atuação crítica e propositiva nos espaços sociais.

4.3 UNIDADE TEMÁTICA II - CONCEPÇÃO DE UNIVERSALIDADE

Dougherty (1996) apud Mendes (2001)¹¹, aponta para os serviços de saúde, como bens de valor social, que deveriam ser ofertados a todos, porque todos estão sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis.

Já Favaret Filho e Oliveira (1989) analisando a universalidade, num contexto nacional, desde as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) até o SUS, colocam que as mudanças que ocorreram neste período direcionam para o princípio de universalidade. A mudança das CAPs para os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) implicou numa ampliação dos benefícios dos empregados de uma dada empresa para uma categoria de trabalhadores. Neste contexto inicia a universalização, mas mantém a desigualdade de benefícios entre os diferentes IAPs. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), procura-se garantir a universalização aos seus segurados. Já nos anos 70, ocorreu um aumento da base destes segurados, com a incorporação dos trabalhadores rurais, autônomos, dentre outros, acarretando uma diminuição da qualidade dos serviços, expulsando da população, usuários da classe média, que buscou junto aos serviços privados, principalmente as empresas de medicina de grupo, manter os padrões anteriores.

Achamos que a redação anterior permitiu fazer uma leitura um pouco como causa e efeito - o avanço da incorporação da saúde na constituição gerou a expulsão da classe média-alta - porém sabemos que o processo, a forma com que as coisas transcorreram é que levou a isso. Ou seja, houve a instituição de princípios

¹¹ DOUGHERTY, C. J. **Back to reform:** values, markets and the health care system. New York: Oxford University Press, 1996.

generosos a constituição, no entanto, estes vieram destituídos de recursos sólidos para sua operacionalização. Portanto, acreditamos não ter havido expulsão, uma vez que foi a própria classe média que decidiu por uma trajetória de se retirar, mas poderia ter tido uma outra trajetória de usar estratégias de lutar por seu direito.

Assim, observamos que a incorporação constitucional dos direitos sociais, no Brasil, deu-se gradualmente e que até a Constituição de 1988, nenhum texto constitucional referia-se explicitamente à saúde como integrante do interesse da sociedade.

Desta maneira trazendo a indagação sobre a concepção do princípio da universalidade, enquanto direito à saúde, encontramos umas das mais elaboradas. Através das falas abaixo verificamos que a universalidade aparece como sendo um direito de todos cidadãos à saúde, ao atendimento a qualquer nível de atenção, sem discriminação de cor, raça, condições econômicas e sociais, físicas, patológicas, porque todos são iguais perante o SUS. Aparece ainda que a garantia deste direito de acesso é dever das autoridades.

[...] SUS pra mim não é pra preto, não é pra branco, não é pra rico, não é pra pobre, eu acho que o SUS tá em todo lugar é um direito de todos. O SUS é pra todos, sem distinção. [...] é eu acho que ele tem direito a saúde primária, a saúde secundária, a saúde terciária. [...] Independente da condição financeira... é como eu falei no começo, eu vejo uma saúde para todos independente de cor, raça. Tulipa.

[...] SUS é para todo mundo. [...] quando fala em universalidade eu penso assim, direito para todos e todos os direitos, você tá entendendo? [...] Não importa pra mim se a pessoa é rica, se é pobre, se é preto, se é branco, se é gordo, se é magro, procurou minha unidade de saúde, eu tenho que prestar este atendimento, do meu jeito, do jeito que eu costumo atender todo mundo, né, Azaléia.

[...] Eu penso em universalidade, no sentido de não ter discriminação, com raça, com tipo de patologia, com... com condição social, entendeu? Com nada, a universalidade tá englobando tudo, atendendo o geral mesmo, sem discriminação por nenhuma das partes. [...] Eu acho que todo mundo tem o direito de tá sendo atendido. Eu acho que, que todo cidadão tem direito à saúde, a, ao acesso a qualquer sistema de saúde, a ter exames que ele

precisa, a medicação que ele precisa, o tratamento que ele precisa. Eu acho que isso aí é um direito do cidadão e um dever das autoridades. Margarida.

Esta concepção encontrada aproxima a afirmações do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (1991) que refere que a Constituição de 1988, expressando este conceito estabeleceu a universalidade como direito de todos terem acesso, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, bem como a responsabilidade do governo em garantir o pleno gozo deste direito.

Neste sentido cabe aos administradores públicos a missão fundamental de garantia deste direito social universal à saúde; assegurado pela Constituição Federal, o que corresponde a um dever do Estado garantir condições de saúde mediante políticas econômicas e sociais viabilizadas através de recursos públicos.

A concepção de universalidade aparece ainda como sendo direitos iguais, livre acesso ao atendimento para todas as pessoas, sem discriminação, direito a todos os lugares a ser atendidos pelo SUS.

[...] Hoje você fica mais consciente de saber, que dá acesso a toda população, que não tem privilégio nem de um, nem de outro, que todos são iguais. [...] todos os, todo, todo ser humano tem direito de igualdade, sem preconceito, direitos iguais e você usa ele, não interessa se você tá doente ou não. Rosa.

[...] Então, assim o que eu vejo é... no nosso município, né? A pessoa tem livre acesso ao SUS, então o postinho de saúde, né. e PSF principalmente, que a gente tá trabalhando, na maioria do município. Então, eu vejo que todos têm direito, né. são iguais os direitos. [...] então, o que eu entendo, eu acho que todos têm os mesmos direitos, são iguais, né. Então, no meu ver, eu acho que todos tem direitos iguais, mas no dia a dia não acontece isso. Violeta.

[...] Aqui na minha unidade o acesso é pra todas as pessoas, com certeza. Eu acho que esse, que esses serviços seria pra todas as pessoas eu acho que não teria como tá selecionando população não. ...atendimento para todos... Girassol.

[...] A universalidade assim... pra mim é tratar o cliente assim... igual em todos os lugares que ele tiver indo assim, pra ter o atendimento do SUS,

aí vai ser universal, se for do SUS vai ser assim... ele teria direito a todos os lugares, a ser atendido pelo SUS em qualquer esfera assim... estadual, municipal. Pingo de Ouro.

Nesta concepção observamos que os direitos são iguais e que deve ser livre o acesso, não dando dica que tenha necessariamente que passar por diretrizes como de regionalização, hierarquização.

Uma última concepção encontrada é a de universalidade como sendo uma integração geral, um sistema padronizado, em que todos falassem a mesma língua.

[...] Eu vejo como uma integração assim... geral, onde todos falassem, deveriam falar a mesma língua. Deveria funcionar universal, ou seja, igual em qualquer lugar que tivesse, que a pessoa fosse ser atendida, aquele sistema é padronizado, vamos dizer assim, pra mim eu entendo isto. Orquídea.

Neste texto, observamos que o enfermeiro demonstra dificuldade de aliar na prática os direitos sociais. Observamos ainda que a recriação desta concepção sobre universalidade, com base em uma padronização, normatização pode significar um dado negativo para implementação da proposta do SUS, uma vez que não considera as particularidades de cada comunidade, de cada área de abrangência.

4.4 UNIDADE TEMÁTICA III - CONCEPÇÃO DE EQUIDADE

A equidade é um princípio de justiça social e de acordo com Almeida (2002) isso remete ao problema de atribuir vantagens ou desvantagens, benefícios ou ônus, direitos ou deveres a indivíduos em sociedade, além da distinção entre uma igualdade justa e injusta. Pressupõe o estabelecimento da chamada regra de justiça, isto é, o modo pelo qual o princípio de justiça deve ser aplicado, a regra

segundo a qual se deve tratar os iguais de modo igual e os desiguais de modo desigual.

Nessa direção Travassos (1997) aponta que as injustiças sociais são refletidas pela maneira como que a sociedade se organiza, caracterizada pelo fato de que indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais. Tal forma de organização, baseada nas relações sociais, determina processos através dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais, que resultam do uso desses recursos. Em outras palavras poderíamos dizer que as iniquidades estão fundadas nas relações sociais que determinam as chances da população obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes daqueles recursos.

Assim, Almeida (2002) afirma que uma das possíveis formas para reduzir tais injustiças e para colocar indivíduos desiguais de nascimento nas mesmas condições de partida possa ser necessário favorecer os mais pobres e desfavorecer os mais ricos, numa distribuição desigual. Dessa forma a desigualdade torna-se instrumento de igualdade, ao corrigir uma desigualdade anterior.

Em nosso estudo ao indagarmos os enfermeiros membros de equipes de SF sobre a concepção do princípio de equidade observamos que há um consenso bastante marcante sobre a concepção de equidade como sinônimo de igualdade, entre as falas analisadas. Os entrevistados partem do princípio de que todos são iguais perante o SUS, portanto todas as pessoas devem ser atendidas, tratadas da mesma forma, com igualdade, sem privilégio de nenhuma sobre a outra, do mesmo jeito que você oferta para uma, você deve ofertar para a outra, sem discriminação ou privilégio de raça, cor, sexo ou faixa etária.

[...] Seria igualdade, na minha concepção, eu vejo que você tem que estar atendendo sem distinção, com igualdade e do mesmo jeito que você dá pra um, você dá a todos, respeitando eticamente. Tulipa.

[...] Equidade? Igualdade é... eu acho que tudo volta para o mesmo objetivo, que é essa universalidade. Equidade estaria dentro desse contexto também, sem discriminação, atendimento igual pra todo mundo. Margarida.

[...] O tipo de atendimento tem que ser igual sem distinção de raça, cor, sexo, idade, tanto faz que seja criança, idoso, recém-nascido, gestante, eu acho que tem que ser igual, com muito respeito, eu acho que o tratamento que eu daria, e dou realmente, é igual. Ninguém tem privilégio mais do que o outro comigo. Rosa.

Ao depararmos com essa concepção de equidade como sinônimo de igualdade recorreremos aos dizeres de Kadt e Tasca (1993), que apontam que a distribuição igualitária só seria eficaz para *combater* a iniquidade se as necessidades fossem homogêneas, o que não é verdade. Desta forma iniquidade não pode ser eliminada e nem reduzida com a distribuição igualitária de recursos.

Travassos (1997) fundamenta que a influência do social no adoecer resulta no fato de os grupos sociais apresentam demanda diferenciada aos serviços de saúde, diferenciada em termos de volume e tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas e conhecidas na programação de oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime.

Carneiro Jr e Silveira (2003) apontam que a equidade nas implementações de políticas significa não tratar de forma igual os desiguais, uma vez que a idéia de igualdade não se sustenta em si, mas é impregnada de valores morais e historicamente contextualizados. Assim, a equidade promoverá ações aos grupos diferenciados em suas demandas e necessidades de diferentes maneiras, organizando programas que privilegiem alguns grupos populacionais identificados como mais despossuídos.

4.4.1 Confusão do princípio de equidade com o de universalidade

Além da concepção de equidade como sinônimo de igualdade verificamos que aparece também, de forma bastante marcante, uma confusão entre este princípio com o da universalidade, no sentido de que todos são iguais, portanto todos têm igualdade no direito de atendimento.

[...] a universalidade é o que eu te falei um direito universal, vamos por assim, um direito universal, e equidade todos tem direito sem diferença de raça, cor, religião, entendeu? Criança, idosos, recém-nascidos. Rosa.

[...] Equidade eu acho que, no meu entender é... todos tem o mesmo direito, são iguais. Violeta.

[...] Equidade para mim, seria... quer dizer, direitos iguais de atendimento para todas pessoas, né? Simplificando, né. Então a gente volta naquele mesmo patamar, todas as pessoas são iguais perante ao SUS, a gente sabe muito bem disso e a gente dentro do PSF trabalha para isso. Girassol.

[...] eu acho que é assim direitos, é direitos de todos, o serviço é direito de todos, né! Ao passo que a universalidade eu entendo que é direito de todos, pra todo mundo. Então, é um direito que tem, mas você tem que abranger todo mundo, e equidade é todos os direitos que a pessoa tem? Seria isto? Azaléia.

No princípio de universalidade partimos do pressuposto que todos os cidadãos têm, de acordo com Almeida (2002) igual gozo de alguns direitos fundamentais constitucionalmente assegurados. Já no princípio de equidade a definição de igualdade que interessa discutir é a igualdade afirmada como propriedade das regras de distribuição. Nessa perspectiva o que importa analisar é o caráter distributivo da própria regra. Igualdade e justiça possuem na realidade uma importante característica comum: ambas só podem ser sustentadas por regras que especificam como determinados benefícios ou ônus devem ser distribuídos. Portanto a classificação de qualquer regra de distribuição como igualitária ou não igualitária

não pode prescindir de considerações valorativas e nem toda distribuição igualitária é eqüitativa (Almeida, 2002). De uma outra forma poderíamos disser, em concordância com a autora, que em si mesma a igualdade não é um valor, mas o é apenas na medida em que seja uma condição necessária, mas não suficiente, de um ordenamento justo.

Travassos (1997) afirma que o fundamento ético do princípio de equidade é que a distribuição de serviços de saúde efetivos – que impactuem positivamente a sobrevivência e/ou a redução de incapacidades, da dor ou do desconforto – devem estar disponíveis segundo as necessidades de cada indivíduo. Dessa forma, a definição de prioridades na distribuição de serviços efetivos somente é eticamente aceitável enquanto estratégia de transição para uma situação de universalidade de acesso com base em necessidades.

4.4.2 Estranhamento ao termo equidade

Ainda quanto à concepção de equidade observamos, através das falas abaixo, que esse termo gera um certo estranhamento entre os entrevistados, caracterizado por presença de frases intercortadas, por confusão, dificuldade de distinção entre esse princípio e o de universalidade. Os enfermeiros demonstram insegurança, dificuldade, incerteza, esquecimento, além de se sentirem emparedados, perdidos e vacilantes ao serem abordados sobre o referido termo.

[...] Equidade, deixa eu te falar assim, equidade é que... tem... o mesmo direito, entendeu? Pra mim? Às vezes eu estou até vacilando, porque eu não tive oportunidade assim de tá conversando com amigas, né? E não precisa, deixa eu ti falar assim... é tanto faz... eu faço uma busca, que é o livre acesso a todos, também que são iguais para mim, que todas as pessoas são iguais, que merece todo o atendimento igual, o que eu tiver, o que eu puder passar pra eles, eles vão ter igualdade no atendimento. [...] tu não vai me confundir, tu fica falando depois você vai tentar me

confundir. [...] então na universalidade já fica como todo direito do cidadão, que procura um pronto socorro, um atendimento, uma unidade de saúde, mas eles procuram mais... que eu falei na universalidade, direito no atendimento, mais na doença. A equidade é direito de todos, tanto na presença de uma anomalia ou não. Eles ficam mais ou menos parecidos a diferença que faz é isso, uns te procuram sem tá doente. Rosa.

[...] Não, não, não que eles sejam parecidos, mas eles tão é... é... estão indo para o mesmo fim, entendeu? Eles não são parecidos, mas está de uma forma ou de outra indo para o mesmo fim, o objetivo, que eu acho que é o mesmo, né? Esta unificação, esta igualdade eu acho que isto aí vai está levando a melhoria para a saúde, né? Tulipa.

[...] ué! assim é difícil, você tá me pondo na parede, há nossa, nossa, assim trabalhando no PSF, eu tenho é... várias dificuldades no nosso dia a dia, mas eu tento no máximo seguir este princípio, mas eu sei disso. [...] eu não sei se eu vou tá falando corretamente. Violeta.

[...] eu não sei se é bem isto, porque assim foram muitos conceitos. Eu estou meio perdida. [...] É, então, eu estou fazendo uma bagunça, é eu sei que é direito de todos, mas eu não sei te especificar direitinho não, porque eu não lembro deste conceito direito. Azaléia.

Esses achados nos indica que este princípio é tido como muito teórico, distante da prática diária do enfermeiro, não apresentando existência de articulação ou reconhecimento entre a ação e o conceito, que a norteia.

De acordo com Almeida (2002) não existe uma teoria de equidade consensualmente aceita da qual se possam retirar critérios operacionais. Estas serão sempre reflexos dos valores predominantes em cada sociedade e em cada momento histórico. Diferentes teorias normativas sobre equidade apontam para diferentes formas de organização dos sistemas de saúde.

Assim, partindo do pressuposto que a formulação e operacionalização de políticas de saúde voltadas para equidade exigem uma definição e um conhecimento desse princípio, surgem indagações como: se o enfermeiro não se apropria de um dado conceito quais seriam as possibilidades de rever sua prática? Se sua prática não remete a um dado conceito, como que essa prática pode questionar o conceito?

4.4.3 Esclarecendo a concepção de equidade

Após os enfermeiros conceberem o princípio de equidade, para não nos deixar dúvidas quanto à concepção como sinônimo de igualdade e a confusão com o princípio de universalidade, elaboramos duas situações, que estão descritas abaixo. A primeira aplicada apenas aos enfermeiros: Rosa e a Tulipa e a segunda para os demais. Nessas situações verificamos o relato de como seriam suas ações norteadas pelo princípio, então concebido, da equidade.

Primeira situação: Se você tivesse 10 mil reais e tivesse que destinar verbas para duas equipes de SF, como você faria esta distribuição para que fosse de maneira eqüitativa?

Segunda situação: Em uma área de abrangência temos duas usuárias, a Sr^a A, que tem uma situação melhor, economicamente falando, e a Sr^a B que tem uma situação um pouco pior, as duas usuárias precisavam de uma cirurgia de alta complexidade, cirurgia cardíaca, porém as duas não tiveram condições de pagar, realizaram assim a cirurgia pelo SUS. Após a cirurgia as duas precisam de uma medicação anticoagulante, que não é fornecida pelo SUS, tendo necessidade de ser comprada. As condições financeiras da Sr^a permitem comprar a medicação e as condições da Sr^a B não permite comprar. O secretário de saúde chega para você e fala que só tem dinheiro pra comprar uma medicação. O que você faria nesse caso para agir com equidade?

Nestas situações todos confirmaram a abordagem da equidade como sinônimo de igualdade na distribuição de recursos, mesmo tendo a percepção de estarem diante de necessidades diferentes.

[...] Se eu fosse distribuir e tivesse duas equipes? (sim), eu nem sei, eu nem pego e sei que nunca vai passar isso na minha mão, mas eu acho que o ideal seria 5000 pra uma, 5000 pra outra. Porque igualdade, né!. Nós não estamos falando de igualdade? Então, jamais eu iria tirar mais para mim, nem que eu precisasse, tinha que ser igualdade, nós mechemos com igualdade. Rosa.

[...] Olha se eu fosse separar... vai existir equipe de PSF que eu acredito com necessidade maiores que outras, dependendo da área de abrangência, tem áreas de risco maior que outras, né? Mas a outra também tem, se eu tiver que ser justa eu daria 50% pra uma e 50% pra outra. [...] Você tem que ser justa. É uma verba que veio para cada unidade e não é porque você tem aquele grupo de risco, aquela microárea de risco, que um determinado PSF tem, que você também não tem um gasto, nos, nos seus riscos, entendeu? Tulipa.

[...] Bom eu acho que nessa situação, né! Pra você tá conseguindo ter uma equidade no sistema seria a divisão. Dividir a cota mínima que seja, mas que pelo menos os dois casos fossem beneficiados, sem privilégios, 50% do que ele conseguisse para uma, 50% pra outra. Porque se você tá em busca de ter um sistema igualitário... de conseguir... assim teria que ser dividido. Girassol.

[...] A Senhora, que tem o poder econômico menor, eu passaria para o secretário, como ele falou que só tinha direito a uma, né? E a outra Senhora eu iria orientar, que como ela tem o plano, que é o SUS, ela também tem o direito. Pediria para que ela procurasse, no caso os órgãos responsáveis para que ela pudesse resolver isso. Que órgãos? A Promotoria de Justiça conversasse com o Promotor, Juiz, sei lá! e relatasse o caso, porque mesmo tendo condições de repente ela vai destinar este dinheiro para uma outra coisa, porque ela tem direito. Agora se ela quiser abrir mão, falar assim: 'não eu tenho, por eu ter dinheiro eu vou pagar', é diferente, mas eu tenho que orientar enquanto profissional da saúde, enquanto... sabendo que o SUS prega eu tenho que orientar, que ela tem direito. Azaléia.

[...] se as duas tivesse grave na mesma situação. Ah com certeza eu olharia a condição financeira. Não, infelizmente não teria como agir com equidade, igualdade, algumas coisas assim, porque eu teria que escolher, né. Mas eu acho assim, se a Sra A, tivesse condição pra comprar o remédio, eu acho que poderia até dar pra B, né. Mas fazer alguma, alguma coisa pra tratar as duas, o máximo pra tá conseguindo pras duas. Margarida.

[...] no caso, no meu entender, eu conversaria com essa que tem mais condições, para ver se ela poderia tá comprando até ver uma solução [...] o secretário resolver, quando que ele vai tá podendo comprar essa medicação e cederia pra outra, eu faria isto. [...] mesmo dentro da igualdade, eu taria conversando e, agora se ela, ela falasse 'olha, eu não

posso mesmo, né? este remédio é muito caro, o que eu ganho dá só pra manter' né. Aí eu taria dividindo. Pingo de Ouro.

[...] Olha eu acho, no meu critério, eu acho que se o paciente que tem condição, com certeza eu taria dando prioridade pra que não tem condição, isso aí é sem dúvida. Assim você quer saber pra qual das duas? Com certeza, é claro, se a outra tem condições de comprar, aí eu estaria orientando a importância deste medicamento e até pediria pro agente responsável pela visita, tá realmente certificando se essa paciente tá usando a medicação, se não tivesse, tá trazendo ao meu conhecimento, se fosse o caso, eu tá indo, esclarecendo pra ter uma vigilância assim, se ela realmente tá usando medicamento, se dentro dessa vigilância eu visse, que pode ser que a pessoa naquele momento, naquele mês, ela tá sem recurso, pode acontecer um desemprego, pode acontecer várias coisas, aí é claro que é o fato, deveria se analisado de forma diferente, mas se ela teve, tivesse recurso pra comprar o remédio, falasse: 'Não, eu tenho jeito', aí eu daria só pra que não tem condição. Orquídea.

[...] Eu faria uma triagem, eu verificaria realmente as condições, as condições das duas e faria uma triagem e tentaria tá procurando outros meios pra atender as duas, que a gente tem a possibilidade de tá pedindo ajuda para a diretoria regional de saúde. Então eu tento outros meios pra atender as duas. [...] Entregaria essa medicação realmente pra que tem a possibilidade, a menor possibilidade, de tá conseguindo a medicação. Mesmo que a gente tenha isso em mente, é difícil pra nós, porque atualmente assim, a gente vê a maioria das pessoas, a gente trabalha com um nível, com a renda baixa, só que tem casos realmente, inclusive no nosso PSF, o pessoal, né? [...] É uma área mista e a gente por enquanto, graças á Deus não ocorreu, né! Essa possibilidade, mas tá tendo e aqui como a gente trabalha em questão de agendamento, a gente não discrimina, quem tem plano de saúde, porque a pessoa chega, né, mesmo quem tem plano de saúde, quer tá sendo atendida pelo PSF e a gente tá agendando pra todos, e tem possibilidade também de tá fazendo curativo domiciliar, tem pessoas, né! Que a gente tá vendo que tem possibilidade, de tá utilizando é... medicação, que pode tá comprando, né? A própria família tá ajudando, mas aqui a gente tá disponibilizando material, medicação, consulta pro que for necessário, pra ambas as partes. [...] Mas eu sei disso, no nosso dia-a-dia tem assim, a gente se depara com certas situações que, né. A gente é ou não é, né? Mas já aconteceu e acontece da gente tá é... tirando até do próprio bolso, né? Pra gente poder tá ajudando a população, mas eu sei que as possibilidades são poucas, né? Que a gente tem. [...] Priorizar até assim, né? Tentando fazer o máximo, mas a gente depara com situações que às vezes a gente, sente mal com isso. [...] Mas a gente infelizmente, a gente tem que tá priorizando. Violeta.

Observamos quanto colocados em uma situação que se deve e pode priorizar recursos, a concepção de que tem que tratar os diferentes de forma iguais

prevalece na prática, através da busca de outras fontes, outras soluções, para atenderem as necessidades de quem não foi beneficiado com o recurso. Esta abordagem de equidade como sinônimo de igualdade aparece de forma tão marcante, que quando aplica-se o princípio como sinônimo de justiça – tratar os diferentes de forma diferente – gera no profissional um sentimento de culpa, desconforto, uma necessidade de compensação ou de vigilância ao usuário sobre a utilização do recurso *negado* pelo princípio.

4.5 UNIDADE TEMÁTICA IV - CONCEPÇÃO DE INTEGRALIDADE

A integralidade é um dos princípios básicos do SUS, instituído pela Constituição de 1988, que traz em seu texto como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2003, p. 120).

Desta maneira, torna-se oportuno, nesse momento, refletirmos sobre os sentidos, as concepções atribuídas à integralidade, com vista a identificar quais as marcas específicas das práticas e das políticas que os enfermeiros membros de equipes de SF relacionam à integralidade.

Mattos (2001) em seus estudos sobre a integralidade, afirma que ela não é somente um princípio do SUS constitucionalmente definido. Ela aponta para ela como uma *bandeira de luta*, parte de uma *imagem objetivo*¹², um enunciado de algumas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas

¹² As imagens objetivos, segundo Mattos (2001), funcionam como tal exatamente por abarcar várias leituras distintas, vários sentidos diversos. Dito de outra forma, o autor aponta que toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, possui vários sentidos, mas o que é mais importante disso tudo de acordo com ele é que a imagem objetivo traz consigo um vasto número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual.

que são consideradas por alguns (diria por ela, por nós), desejável. Esta mesma autora aponta ainda para a integralidade como uma tentativa de falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Nessa direção, tentaremos discutir neste trabalho algumas concepções presentes nos discursos dos enfermeiros, membros de equipe de SF, sobre o princípio da integralidade, sendo num primeiro momento discutida na perspectiva do homem, das práticas dos profissionais e em um segundo momento na perspectiva da organização dos serviços de saúde.

4.5.1 Integralidade na perspectiva do homem

Os juízos de valores são determinados culturalmente e estão diretamente ligados ao conceito de normalidade. O que uma sociedade considera normal, adequado, aceito ou valorizado pode ser considerado anormal, patológico ou desviante em outra. Mesmo certos aspectos desses conceitos variam numa mesma sociedade ao longo de sua história e evolução. Assim o homem moderno ideal na sociedade capitalista é aquele bem sucedido economicamente (FUREGATO, 1999).

Nesse contexto, de acordo com Furegato (1999), o entendimento e as exigências da sociedade quanto à assistência a saúde como um todo, e especificamente quanto à assistência de enfermagem, estão diretamente relacionados ao conceito de saúde-doença e a visão que se tem do homem (sadio ou não) na sociedade.

A assistência de enfermagem, no contexto do modelo biomédico conforme Furegato (1999), estava atrelada a medicalização e ao cumprimento de

tarefas de vigilância prescritas, ditadas pelos profissionais médicos. O modelo biomédico supunha que o indivíduo que apresentava algum distúrbio ou tinha algum defeito era doente, esta doença ou este defeito estava localizada em algum lugar do corpo ou alguma parte da máquina. Então, elas poderiam ser diagnosticadas, classificadas, tendo um curso, um prognóstico e o tratamento feito através de drogas, de químicos, hormônios, cirurgias e outros, sempre acrescentando ou tirando algo do corpo. O médico, nesse contexto, era o único profissional que tinha conhecimento das drogas e seus efeitos.

Nesse processo, a mesma autora salienta que muito lentamente, a assistência de enfermagem pôde começar a perceber uma verdadeira participação. Percebendo que não bastava executar tarefas de vigilância, cuidados físicos e técnicos ao paciente; percebendo que podia atuar também como elemento da equipe terapêutica e, através de suas atividades, ajudar o usuário a enfrentar suas dificuldades, voltando-se para a realidade e sentindo-se capaz de viver em sociedade.

Assim partindo do modelo biomédico e do tratamento ao indivíduo enquanto objeto, máquina, Mattos (2001) atribui um primeiro sentido a integralidade relacionada ao movimento de medicina integral, que em linhas gerais, criticava os aspectos dos profissionais médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária e por estarem inseridos em um sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, onde o paciente tendia a ser analisado tão somente pelos seus aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual os profissionais médicos se especializaram. De acordo com Mattos (2001) isto significava a possibilidade do paciente ser apreendido de forma reducionista, pelas suas

dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais, uma vez que o conhecimento médico nas várias especialidades ressaltava apenas em dimensões biológicas.

Para a medicina integral, a integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente, a condição de objeto, de aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente (MATTOS, 2001).

De posse deste sentido discutiremos a concepção de integralidade na perspectiva do homem, que de acordo com achados nas falas, passa por dificuldades de expressarem o princípio, passa por confusão com o princípio de universalidade, passa ainda pela concepção fragmentada e chega à generalização da visão do *homem como um todo*, que fica como uma marca lingüística.

4.5.1.1 Dificuldade de expressão do princípio de integralidade na perspectiva de homem e confusão com o princípio de universalidade

Ao serem indagados para que falassem sobre a concepção de integralidade na perspectiva do homem percebemos que, entre as falas dos enfermeiros, há presença de dificuldades de abordarem esta concepção e de distinguir este princípio do da universalidade, às vezes aparecendo um pouco confuso, disperso em suas abordagens.

[...] No caso, significa, né, que é o direito integral da pessoa, né? Que possa... ser correta, então é... a respeito da nossa assim, do nosso trabalho a gente eu... não sei assim, pra mim tá um pouco confuso, porque a gente depara com várias situações, no nosso dia-a-dia e então pra mim tá um pouco assim disperso esse princípio sabe? Violeta.

[...] Então, eu acho que é um atendimento pra todos, também indiferente de tudo, eu ainda vou te falar até de criança, sabe? De recém-nascido, gestante, o branco, o negro, o idoso, o jovem, o adolescente, entendeu? Aí entra, engloba, eu falo que tá englobando tudo. Rosa

[...] Integralidade? Ai meu Deus do céu, que eu lembre disto! (Suspirou)
 [...] acho assim essa integralidade é tentar resolver ao máximo os problemas, mas eu não vejo isto. Azaléia.

[...] É um todo, eu acho que fica meio assim... meio parecida as respostas, mas vejo que integralidade é um todo, você atender integral, todo. É você assistir aquele cliente ou paciente, desde você ter uma análise assim oh, desde o início, que ele chegou pra sua unidade, você ter um acompanhamento, até realmente ver se concluiu o objetivo de ele ter buscado aquela procura, entendeu? Orquídea.

4.5.1.2 Concepção fragmentada de integralidade na perspectiva de homem

A concepção de integralidade na perspectiva do homem aparece também de forma fragmentada, justapostas, ou melhor, somada de aspectos biológicos mais psicológicos, revelada por depoimentos que indicam uma predominância de uma percepção biologicista, um olhar linear pautado numa formação mecanicista, tecnicista e reducionista.

[...] um atendimento que eu falo assim, que eu peço muito, com muita educação, o povo tá muito carente, nem é tanto a doença, é mais, eles tão precisando mais de psicólogo do que realmente passar pelo médico, uma conversinha com a enfermeira, também quebra muito o galho e com a própria equipe. Se você ver o carinho que eles têm com as meninas. Rosa.

Muitas vezes há valorização do biológico, da fragmentação e uma escuta realizada por um profissional que não seja da área da psicologia (especializada) é tida como quebra galho - *conversinha com a enfermeira*.

Furegato (1999) aponta como causa disso o grande desenvolvimento tecnológico, o aumento das sub-especialidades e o crescimento da medicina biológica, onde o enfermeiro torna-se cada dia mais tecnicista como se pode observar na maioria das instituições de saúde da atualidade. A autora também aponta que o ensino da enfermagem ainda continua voltado para atender a este sistema, mantendo viva a dicotomia mente/corpo.

Além da concepção de integralidade como a soma do bio e psico, observamos que a complexidade dos vários sentidos da integralidade na perspectiva do homem é reconhecida, no entanto, em alguns discursos, como um todo, como um ser visto em seus aspectos bio-psico-social. Esta concepção é marcante, forte, aparece com um certo automatismo, como uma marca lingüística, uma generalização da concepção, porém não aparece acompanhada de uma explicitação clara, que faça sentido operacional, com valorização da necessidade e participação do usuário. Estes achados pode nos indicar uma possível memorização da concepção sem articulação com a prática.

[...] Integralidade eu posso tá errada, eu acho que... é o atendimento, no geral mesmo, tanto condição social, que eu acho que o nosso maior problema aqui é a doença social, que a gente fala, pobreza, é... talvez a falta de informação. [...] você tá atendendo o paciente como um todo. Margarida.

[...] a integralidade, é olhar o indivíduo como um todo, eu penso assim (Este todo seria? O que você tá chamando de todo?) olhar todas assim, as necessidades dele é... física, psicológica, social, olha ele como um todo, em cima das necessidade dele. Pingo de Ouro.

[...] tem que ser visto como um todo e nós queremos ver todos como um todo, entender ele (o homem) na sua integralidade. Ele como um todo, tanto na questão social, é psico-social, né? Ele como um todo, eu vejo o ser homem, na forma animal, como um todo, ele encaixado em todos estes parâmetros. Tulipa.

4.5.1.3 Concepção articulada de integralidade na perspectiva de homem

Uma concepção mais elaborada do princípio da integralidade na perspectiva do homem, estabelecido pelo SUS, é revelada no discurso do enfermeiro Girassol, que aponta para uma visão de um ser indivisível, influenciado pelo seu contexto, por uma rede de relações que o conforma. Nesse discurso podemos observar uma exposição da visão do todo de uma forma mais detalhada,

explicitada e verbalizada para além de uma memorização, para uma compreensão mais aproximada à complexidade que o ser humano apresenta na sua constituição.

[...] Integralidade, a gente pensa assim numa pessoa no seu biopsicosocial, né? A pessoa vista pelo seu todo, a gente não tem como analisar qualquer paciente aqui simplesmente pelo aspecto biológico, né! Em nível das funções fisiológicas, não é isso. Ele tá envolvido dentro de um sistema, dentro de um contexto social, com as pessoas, né? Dentro de um contexto psicológico, também, né? [...] Então, a gente, na Saúde Pública, em Atenção Básica, a gente tem que ter essa visão pro indivíduo, no nosso caso, o paciente, né. Não adianta a gente só querer tratar o físico se o seu meio social não tá adequado, se suas relações humanas não estão adequadas, envolve vários fatores aí também, moradia, emprego, né, tudo isso. Girassol.

Nessa concepção aparece o homem como fonte e centro de valores. Um modelo que vem tentando atuar com integralidade, centrado na pessoa é o humanista, que segundo Furegato (1999) vem desenvolvendo-se desde que existe a preocupação com o homem total, sem a dicotomia corpo-mente.

Esse modelo valoriza o indivíduo pelo que ele é independente de sexo, raça, cor, status ou posses materiais. Valoriza o relacionamento estreito, respeitoso, equilibrado e recíproco com o mundo natural. Valoriza as relações interpessoais na família, no trabalho e no mundo, focalizando a pessoa com todas as suas ligações, ou seja, sua história e suas expectativas. Supõe também que uma pessoa é mais adequadamente ativa e produtiva na medida em que conhece a si própria, estando aberta para conscientizar-se de seus sentimentos, atitudes, motivos e que possa reconhecer sua responsabilidade pelos seus atos.

Angerami (1984), coloca que o homem existe a partir de suas realizações, não existindo pela sua própria vida, isolado do contexto de suas realizações.

A valorização do homem como pessoa é uma premissa básica para o desenvolvimento de uma atenção integral e uma humanização no contexto da enfermagem, onde deve haver valorização tanto da pessoa do enfermeiro como da

pessoa do usuário. Sendo valorizado como pessoa, o enfermeiro reconhecerá a importância do seu desempenho não apenas para a instituição, mas também para o seu próprio crescimento e sua auto-realização. Terá condições de ver no usuário uma pessoa e através desta ótica nortear sua conduta profissional (MENDES I., 1994).

4.5.1.4 Esclarecendo a concepção de Integralidade na perspectiva de homem

Para esclarecermos a concepção de integralidade na perspectiva do homem, realizamos a seguinte indagação: Ao realizar um exame de prevenção do câncer de colo uterino ou um atendimento a um outro usuário portador de Hipertensão Arterial ou Diabetes, o que você consideraria como ações necessárias para agir com integralidade?

Através dos discursos percebemos uma predominância do homem entendido enquanto objeto, máquina, onde as ações são orientadas por necessidades geradas a partir de ansiedades do profissional.

[...] Primeira coisa que eu faço é orientar a cliente sabe? Que ela tem que ficar, eu uso com ela é uma linguagem bem simples, vou falar para ela: 'você vai ficar dois dias sem ter relação sexual'. Se é uma pessoa que nunca fez, cortando aí, uma pessoa que nunca fez, se chegar na unidade e se teve relação ontem, eu colho preventivo hoje. Assim, porque eu não posso deixar ela escapar da minha mão, né? Mas se ela vem antes, eu oriento e quando ela chega aqui eu vou fazer o preventivo, eu colho o preventivo, oriento como que vai ser feito, mostro o espéculo, a escovinha, a espátula, sabe? Mostro que é tudo descartável, pra paciente ficar mais segura e faço o preventivo e faço o exame de mama também. Até antes de fazer o preventivo eu já prefiro fazer o exame de mama. Se for uma paciente acima de 40 anos, que nunca fez uma mamografia, sabe? Aí eu já peço, quase que imediatamente a mamografia, sabe? Aí eu oriento a fazer o auto-exame de mama e mostro que o câncer de colo uterino tem cura, se for detectado antes, tem cura. Se não deu nada que ela, que eu gosto que faça todo ano, porque o Ministério até preconiza de você fazer dois anos, se der dois normais, passar dois anos sem fazer, eu não acho justo, entendeu? Então eu acho que de 2 em 2 anos é muito

tempo. Eu peço pra vir de ano em ano. Porque depois... eu acho que a minha consciência vale mais também. Rosa.

[...] Eu acho assim, a gente tem a dificuldade de tá trazendo é... a respeito do... a mulher, a gente tem uma dificuldade dela tá vindo a unidade de saúde, pra tá fazendo esse exame. Então, assim, por exemplo, ela vindo a unidade, eu tento tá trabalhando com câncer de mama, prevenção do câncer de mama, quanto ao auto exame, se tiver algum achado a gente tá encaminhando pra mamografia, então, né? [...] O exame e orientações contra DST, eu tento tá englobando, né? Todo contexto do, do Programa Viva Mulher, nessa consulta, né, pra poder tá captando essa usuária, né? [...] Primeiro é... eu... acho importante tá vendo o... o nível da pessoa, se é uma pessoa mais leiga, se é mais entendida e tento passar por igual, as minhas orientações pra todas e tento tá assim capturando ela, né, de todos os lados, nesse contexto, pra mim poder tá trabalhando da mesma forma. Violeta.

As ações, nesse sentido, são desenvolvidas para tranquilizar o usuário visando facilitar o cumprimento de atividades de caráter biológico, ou prescritas pelo profissional médico, propostas pelos próprios enfermeiros e mesmo pela unidade de saúde com o objetivo de melhoria de indicadores epidemiológicos.

Em outros termos observamos que as necessidades apresentadas são fundamentalmente as do sistema e dos profissionais, uma vez que, nos seus contextos, o usuário não existe enquanto pessoa, mas como um objeto da produção.

[...] quando eu vou fazer um preventivo, eu não vou ali só tá fazendo o preventivo, eu faço uma consulta de enfermagem e olhando nas consultas anteriores, por exemplo, tinha lá, o médico colocou, encaminhou para a urologia e para o oftalmologia, eu não passo por cima disso, porque eu acho que é um dado importante, eu vou investigar. [...] Vamos supor que ela é hipertensa, como que você usa o remédio? Deixa que ela dá o retorno pra ver se tá usando realmente certinho. Isso quando este paciente vem a mim, mas quando não vem eu procuro tá instruindo as agentes dessa forma, de tá passando e realmente vê se tinha algum problema para ser solucionado e se concretizar, se foi solucionado, se não fica meio assim, você faz o encaminhamento, você presta o atendimento, aí você vai lá pronto, você perdeu esse... paciente. não sabe o retorno que ele tem, então, se não, não fica integral. Orquídea.

Integralidade é entendida como a solução de todos os problemas do usuário, mesmo sendo estes entendidos apenas de em seus aspectos biológicos.

Ela é entendida também como o cumprimento de prescrições e tratamentos das patologias.

O profissional fica preso as necessidades biológicas, o que nos indica uma coerência com sua formação reducionista, tecnicista, onde o homem é concebido como um objeto, que deve seguir regras, normas, protocolos, perdendo a possibilidade de se expressar.

A integralidade, o todo, é entendida como a soma das partes.

[...] igual assim na coleta de preventivo, assim, a paciente vem, a gente vai fazer a consulta de enfermagem, aí eu vou tá olhando, assim a parte ginecológica, tudo né, método anticoncepcional que ela usa, eu faço o exame das mamas, procuro saber se tem alguma queixa relacionada mais a parte ginecológica, aí faço a coleta de preventivo, aí depois a pessoa vem buscar o resultado, né, vai ver, vai procurar saber o que que deu no resultado, se deu algum problema eu já marco a consulta pra ela com o ginecologista, ou ela mesmo vem e marca. [...] Assim pra tá olhando ela como um todo? O meio é visita e também informação através das agentes comunitárias, né. Pergunto 'oh, a paciente tal consultou, deu este probleminha, tomou medicação? Ela precisa fazer de novo, vê se ela já tá na data pra fazer o preventivo de novo e o anticoncepcional tá dando certo? E tal'. Pingo de Ouro.

[...] Eu às vezes não posso tá resolvendo todos os problemas do paciente, eu sozinha, eu como enfermeira. Eu vou resolver a parte que me cabe, né? E talvez eu posso tá encaminhando ele pra outros profissionais pra eles tá resolvendo os outros problemas dele. Vamos supor que através do exame clínico eu vejo que o colo do útero não tá normal, né? tá com alguma alteração, eu não posso tá tratando isso nela, então eu já encaminho pra ginecologista. Aí, já posso até mandar um relatoriozinho do exame físico que eu fiz, o que achei, o que eu vi, o motivo que eu estou encaminhado, aí eu já encaminho, eu passo o caso para frente. Margarida.

Conforme Angerami (1984), a existência humana passou a ser explicada por conceitos cósmicos, energéticos e outros emprestados da física, hidráulica e até mesmo de realizações pertinentes às ciências exatas. O que causou um aniquilamento e uma desumanização do homem pelo sistema social, que o torna mero mecanismo desprovido de todo e qualquer sentido existencial.

Para Marcel (1935) apud Mendes I. (1994)¹³, o homem não pode ser reduzido a objeto, como algo diante de nós que poderíamos analisar ou examinar. Dessa forma, o mesmo autor critica a técnica enquanto esta reduz o homem a um conjunto de funções, como se fosse uma máquina.

Dito de outros modos Mendes I. (1994) aponta que ao invés de utilizar a técnica para se engrandecer, para melhor conduzir sua existência para o caminho do seu ser, o homem a emprega para manipular o outro, para conduzi-lo como uma peça anônima numa imensa engrenagem que serve a alguns para explorar a outros.

Um outro aspecto observado nos discursos que pressupõe ainda num entendimento do homem enquanto objeto é revelado quando o profissional, a priori, pressupõe as necessidades do usuário sem dar escuta. Percebemos com isto a presença de interação profissional-usuário autoritária, onde somente o profissional toma as decisões (unilaterais), oferecendo os recursos legais e disponíveis.

Furegato (1999) afirma que temos uma certa tendência para impor nossos pontos de vista e corrigir o que achamos errado ou incorreto. Entretanto, isto demonstra profundo desrespeito pela pessoa. Portanto, a mesma autora afirma que se queremos ajudar a resolver de fato os problemas dos usuários devemos entrar delicadamente no seu mundo, procurando não interferir no seu modo de ver e de sentir as coisas e avançar no sentido de alcançar aquilo que para o outro esteja confuso e obscuro, evitando apreciações e julgamentos do nosso ponto de vista.

Nessa discussão concordamos com Rudio (1990) que aborda a questão de ajuda ao outro como um reconhecimento que o outro é o melhor perito que existe para saber e decidir sobre o que mais lhe convém no plano de sua existência. Assim, ele diz que ajudar não significa nem eliminar, nem diminuir essa qualidade

¹³ MARCEL, G. **Être et avoir**. Paris: Aubier, 1935.

que a pessoa possui, mas criar condições favoráveis para que ela possa efetivar. Assim, o autor conclui que acreditar no outro não é especulação intelectual é um conhecimento que se obtém, através da vivência, uma certeza que emerge das atitudes anteriores profundas.

Geralmente as ações são planejadas de forma a seguir um protocolo, com valorização dos aspectos biológicos. Quando há manifestações de necessidades de outras naturezas, principalmente as psicológicas, essa até são apreendidas, porém muitas vezes são trabalhadas com soluções biológicas ou não são trabalhadas.

[...] Esta chegou para uma consulta de enfermagem, da roça, e sentou na minha mesa e eu comecei a fazer a consulta: 'O que está acontecendo?' Num primeiro momento eu pensei que era planejamento familiar, em busca de métodos contraceptivos, tal, preparei até para isto, e ela começou a contar a história dela e... eu fui examinar a mama dela para a gente fazer o exame de prevenção do câncer de mama e ela 'não!', e ela começou a chorar compulsoriamente, aí eu falei assim: 'O que tá acontecendo? É o que que foi? O que quer? Calma! Fala com tranquilidade'. Esta mulher tinha sido vítima de espancamento do marido e ela estava totalmente com disseminações de hematomas, principalmente nas mamas, né? Na verdade, ela tinha vindo aqui para me mostrar as mamas, e não para exame de prevenção do câncer, que é o que eu estava imaginando até então. Ela queria me mostrar que ela estava apanhando, que ela estava sendo violentada, e ela não tinha mais como lidar com esta situação. Além dos hematomas assim, tinha edemas nas bordas e ela estava totalmente afetada psicologicamente, com baixa auto-estima, e com medo, medo né? De retornar a roça. Por outro lado, ela estava preocupada, porque suas meninas também tinham sido espancadas e tinham ficado, ela tinha pegado um carro pra vir aqui. Como eu, como profissional de saúde, ia deixar esta mulher sair daqui? Prevenção do câncer de mama 2º, 3º momento neste caso, entendeu? A situação dela era muito mais grave, se houver controle, se ela veio com este monte de complicação na mama, queixando dor e tal, tava com muito medo de ter dado alguma coisa, só que não tinha falado até então, né. Aí, na hora o que que eu pensei? Eu tenho que dá, eu tenho que dar o meu recurso, eu não posso liberá-la, é todo um complexo, como que eu vou liberá-la. Você não pode virar e falar: 'isto não é para mim, a senhora está buscando o lugar errado', né? O que que eu fiz, defini a situação, encaminhei, primeiro acalmai, tranquilizei, falei que ela, não era a primeira e que muitas mulheres passaram por isto, mas que hoje nós estávamos com recursos, favorecendo e assegurando a mulher, né!, e encaminhei ela para o pronto-socorro para poder fazer um B. O. e para a delegacia da mulher, que já está funcionando em nosso município,

entendeu? E... encaminhei ela para delegacia da mulher e falei que eu gostaria que ela retornasse, então ela saiu daqui orientada. Tulipa.

[...] Primeiro, se fosse assistência integral, é você tá fazendo um exame físico bom, desde cabeça até os pés, depois disso é você fazer anamnese do paciente, o histórico... fazer uma investigação da vida dela e depois, depois de terminado todo o exame, a história, tudo mais, ver o que ela está sentindo... quais são as queixas, o que está de repente, no momento deixando ela angustiada, se ela está com medo de alguma coisa, entrar na área psicológica e por fim depois que você conversou, deixou ela bem aí, você realiza o exame, seria isto. Azaléia.

Mendes I. (1994) declara que não é mais possível esperar o genérico e repetível na assistência de enfermagem, como se busca nas ciências físicas, onde todos os comportamentos são idênticos e onde é absoluta a certeza das leis. No contexto da assistência de enfermagem faz-se necessário reconhecer que é através do relacionamento interpessoal que a pessoa realiza-se, porque é no encontro com o outro que emerge a consciência de si próprio e do valor pessoal. Nessa relação, a pessoa torna-se pessoa, no encontro e na comunhão interpessoal. Isso se dá sempre através do outro que lhe fala, o ama, o promove no sentido de ser mais e não simplesmente ser mais um. É através de relações *inúteis* que se tem o sentido pessoal. São essas relações que tornam a pessoa sujeito e protagonista de sua própria vida e do que lhe dá sentido.

Este mesmo autor ainda declara que apesar do homem, como indivíduo, poder ser tomado como um dos inúmeros exemplares da espécie humana, ele nunca pode ser considerado como um número, uma peça da totalidade. Pois o homem-pessoa deve-se ser entendido e tratado de maneira singular, inconfundível, único e irrepetível (MENDES I., 1994).

Percebemos que a angústia e medo são abandonados para valorização da técnica e quando trabalhados são com a finalidade de possibilitar melhor

intervenção dos procedimentos técnicos, biológicos. O usuário não é reconhecido como sujeito.

Entretanto, nessa percepção concordamos com Furegato (1999) que afirma que o foco de atenção não deve estar nas técnicas, mas sim nos recursos da equipe terapêutica e principalmente na tendência e na potencialidade que existe no próprio ser humano.

Para entrar no mundo dos sentimentos e concepções pessoais de alguém torna-se necessário e imprescindível ouvi-lo, através da mensagem emitidas pelas comunicações verbais e não-verbais, onde se buscará uma compreensão do que o outro expressa no direção de alcançar os significados que ele dá, visando entender a realidade como ele a entende (FUREGATO, 1999).

Nesses últimos discursos observamos que os enfermeiros Girassol e Margarida apontam para uma visão integral do homem, contextualizada através de relato da sistematização deste princípio.

Observamos a existência de uma valorização do contexto mais próximo (a família), uma co-responsabilidade e uma participação dos familiares, porém a participação fica ainda um pouco preza ao cumprimento de prescrições e encaminhamentos do profissional médico, com pouca participação do usuário ou familiares na tomada de decisões.

[...] a gente vai na casa de um hipertenso. Aí você vai, chega lá, você vai dar orientação pra ele, você vai falar pra ele que ele não pode tá comendo comida salgada, que ele tem que comer mais fruta, mais verdura, ter uma alimentação saudável, que ele precisa de fazer caminhada, que ele precisa de ter um lazer, né. Sendo que às vezes o que ele tem pra comer é só arroz, é... feijão que ele ganha da vizinha, né. Então fica um pouco a desejar, porque a gente tá fazendo o nosso papel, que é de tá levando informação, de tá atendendo ele, mas por trás tem a condição social dele, que impede de dar continuidade a esse trabalho, então eu acho que deveria ter assim uma continuidade. Margarida.

[...] Eu vou dar um exemplo de um diabético, assim, né! Ele vem pela primeira vez, conosco, geralmente eles procuram um atendimento médico, agora a gente já tá trazendo para as consultas de enfermagem. Então ele vem, a gente presta a consulta de enfermagem, o atendimento, a gente passa ele pelo médico, a gente fornece todas as informações que seriam necessárias. Aí, depois, a gente vai tá conversando, né, tá vendo a realidade desse paciente, uma visita domiciliar, também tá vendo que contexto ele vai estar, a gente vai ver evidentemente, a gente vai tá tentando amenizar algum problema que eventualmente ele já traga com ele, né. E depois a gente vai tá analisando ali na sua residência, que é o seu contexto, como quem ele vive. As relações humanas que ele tem, até a gente vê a nível do psíquico, aí da cabeça, como tá as relações em casa, com a família, a gente sabe que tudo isto influencia, as disponibilidades de recursos que ele tem. Então, assim em termos de alimentação mesmo, dentro da parte financeira, dentro das condições de tá comprando medicação e no final a gente tá analisando tudo. Todo esse contexto, durante o tratamento pra gente poder tá observando, né. Se o tratamento tá tendo, tá tendo um certo efeito, eficácia. Se não tiver a gente vai tentar tá analisando estes três pontos, pra gente poder tá vendo, aonde é que a gente pode tá melhorando, onde tá falho, mas sempre tá analisando essas três posições. [...] Pessoas com mais idade a gente evita ao máximo tá encaminhando, né? Procura tá resolvendo aqui dentro da unidade mesmo. Mesmo assim, se necessário, a gente procura ver com a família se ela tem condições de tá transportando esse paciente de alguma forma. Se a família não tiver condições, a gente procura algum transporte no sistema de saúde mesmo, de alguma forma pra tá conseguindo levar esse paciente até o atendimento, né. Girassol.

Na abordagem humanista, centrado no usuário, encontramos maneiras de colocar o usuário no centro da atenção da enfermagem, assim como de dar um sentido para a atuação desse profissional, visto que todo o cuidado de enfermagem deve estar voltado para as necessidades que o usuário apresenta (FUREGATO, 1999).

Mendes I. (1994) afirma que, para que a enfermagem se posicione enquanto profissional, faz-se preciso que ela adote a noção de que o homem, o existencial é único e irreduzível a normas genéricas. Idígoras¹⁴ (1983) apud Mendes I. (1994, p. 72), ainda acrescenta que “a liberdade expressa a originalidade única de cada pessoa” e que as leis que podem expressar-se nos seres livres nunca poderão

¹⁴ IDÍGORAS, J. L. **Vocabulário teológico par América Latina**. Tradução Álvaro Cunha. São Paulo: Paulistas, 1983.

ser realmente absolutas, uma vez que a integralidade se dá na profundidade única de cada sujeito único.

O modelo centrado na pessoa promove transformações profundas na organização, administração e ministração da assistência as quais exigem do enfermeiro uma nova postura que se traduz em comportamentos humanistas (FUREGATO, 1999).

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma nova postura deve ser traduzido pelo estabelecimento de uma relação de ajuda que seja baseada na interação enfermeiro-usuário, ou seja, na interação da pessoa do enfermeiro como a pessoa do usuário, onde o enfermeiro visa ajudar o indivíduo a encontrar suas próprias soluções e a sair mais amadurecido do processo. O enfermeiro deve utilizar sua pessoa como instrumento e pode atuar, dependente ou independente, de maneira compreensiva colocando o usuário (ou a pessoa) no centro. Dessa forma, poderá ouvi-lo objetivamente, identificar suas necessidades e ajudá-lo a compreender e a encontrar soluções para seus problemas. Assim o enfermeiro não deverá intervir senão para aumentar a informação do usuário sobre sua própria atividade, ajudando-o a instrumentalizar-se para agir (FUREGATO, 1999).

4.5.2 Concepção de integralidade na perspectiva das práticas dos profissionais

Um outro sentido, concepção, da integralidade que indagamos aos enfermeiros de SF, neste estudo, foi na perspectiva das práticas dos profissionais de saúde expressa de acordo com Mattos (2001) numa maneira como os profissionais respondem aos usuários que os procuram.

Observamos presença em alguns discursos de marcas deixadas em primeiro lugar pela dicotomização das práticas e políticas preventivas e curativas, realizadas respectivamente nos espaços das unidades básicas, da comunidade e nos espaços hospitalares. Mattos (2001) ao abordar sobre esta dicotomização afirma que ela sucedeu com a criação, nos anos 70, do antigo Sistema Nacional de Saúde, que consolidou uma divisão entre Ministério da Saúde – responsável pela saúde pública, cujas ações eram apreendidas inicialmente por técnicos especializados – e o Ministério da Previdência Social – responsável pela assistência médica, cujas ações eram demandadas diretamente pela população. Um segundo motivo que tenha desencadeado tais marcas presentes nos discursos a seguir podem ser caracterizadas também pela conformação das políticas de saúde no nosso país ora apresentada pelas ações preventivas realizadas através da saúde pública, ora pelas ações curativas realizadas na área hospitalar.

[...] Eu acho que prevenção dentro do hospital é muito difícil, mais pra frente quem sabe, né? Agora eu acho que é mais cura mesmo, curativo. A prevenção é feita aqui, na nossa unidade, que nós vamos na casa do paciente. No hospital não vai ter tempo de sair, de conversar, não vai ter aquele tempo disponível pra saber do paciente. Rosa.

[...] Na hospitalar? Prevenção que você fala assim do paciente? (É algum atendimento preventivo?) Ah, acho que não, porque o hospital não é preventivo, ele é mais na parte curativa. [...] mas você ir no hospital a procura de uma coisa preventiva não, lá já é uma coisa mais curativa. Margarida.

Observamos também nessa perspectiva de integralidade, que a prevenção e a cura quando inseridas num mesmo atendimento e num mesmo ambiente, como no ambiente hospitalar, há predominância de ações curativas, e as ações preventivas aparecem caracterizadas pela especificidade do ambiente e conformadas pela cultura hospitalar; sendo ainda observada apenas sobre o aspecto biológico como: controle e prevenção de infecção hospitalar, escara, reincidência de

agravos já instalados, evitando complicações. Isto nos remete a perguntar se tem espaço para outro tipo de prevenção, que não seja de caráter biológico, como ansiedade, saudade, depressão, queda, comunicação, demanda reprimida no serviço, dor da alma, vontade de comer algum alimento, que não faz parte do cardápio da dieta.

[...] Eu acho, eu acho que é possível sim, eu acho que de certa forma eles já trabalham com prevenção, às vezes sem tá percebendo isso. O serviço de infecção hospitalar já é um sistema de prevenção, eventualmente, né. Esse serviço sendo prestado na forma adequada, ele vai tá evitando aí, né, infecções, ou algum outro problema, aí, até a nível cirúrgico, vamos dizer assim para esse paciente, né. Girassol.

[...] Acho que na parte de é... prevenção de úlceras de decúbito, né! Mostrando pro funcionário, fazendo educação permanente, da necessidade da mudança de decúbito de tal hora, explicando o porque, né! Azaléia.

[...] na área de prevenção, dá pra você fazer muita coisa. Nessa parte, sabe? De orientar a mãe aos cuidados, às vezes você vê assim é mãe pela primeira vez, o primeiro filho, o tanto de coisa que dá para cuidar, do aleitamento materno, cuidados com as mamas, sabe? [...] Não só na área de criança, mas, por exemplo, é... Mesmo paciente crítico, os cuidados na alta hospitalar, as orientações de prevenções de escaras, prevenção de agravos, né? De postura, o conforto. Então, é muita coisa que se você quiser tá orientando na parte preventiva no hospital tem. Mesmo assim o paciente que internasse com hipertensão descontrolada, diabetes descontrolada, aí você vai orientar dietas, uso correto de medicação, pra não chegar, a ter novamente uma recidiva de agravo. Orquídea.

[...] Vamos assim citar um assunto: infecção hospitalar, a gente vê que tem. [...] eu já trabalhei num hospital, que tinha um nível, um grau muito elevado com infecção e a gente pode tá assim trabalhando em relação a prevenção de doenças, né? [...] E tem área, no hospital, na pediatria, na clínica médica, um setor pra tá trabalhando, o paciente tá ali ocioso na internação, poderia tá trabalhando, tá passando vídeos educativos, tendo palestras dentro do hospital. E seria muito importante ele tá hospitalizado, mas ele tá recebendo, né? Palestras e fazendo educação, né? Violeta.

De acordo com Mattos (2001) uma ilustração da concepção de integralidade na perspectiva da prática dos profissionais de saúde que vai de encontro ao que achamos nas falas acima, seria no sentido de que não podemos

aceitar que um profissional de saúde responda somente ao sofrimento manifesto pelo paciente, uma vez que devemos valorizar a atitude de um profissional, que diante de um encontro com um usuário deve aproveitar este para apreciar fatores de riscos de outras patologias, que não estão envolvidas no sofrimento concreto daquele momento, devendo também investigar a presença de patologias que ainda não se expressaram em sofrimento.

Vale nessa última fala, abrimos um parêntese para discutirmos a prevenção, que é determinada a priori pelo profissional sem a participação do usuário. A preocupação e os métodos (palestras, passar vídeos educativos) utilizados no desenvolvimento das práticas preventivas nos indica uma possível forma de ocupar, preencher o tempo ocioso do usuário, sem muita preocupação se vai fazer ou não sentido, se vai ter ou não relação com o que o usuário está vivendo.

Nessa fala reconhecemos uma configuração da prática preventiva quase que exclusivamente unilateral; programada e definida pelo profissional. Mattos (2001) aponta que uma configuração das práticas desta maneira pode dificultar a realização da integralidade, uma vez que não leva em consideração as necessidades do usuário, seus conhecimentos prévios sobre o assunto, o seu nível e linguagem de entendimento, sua cultura, dentre outros fatores.

[...] Pra começar o paciente quando recebe alta, se ele viesse para nós, né? Com um relatório médico, falando pra nós o que aconteceu com este paciente, né! Alguma coisa básica, eu sei que eles também não têm muito tempo, eu sei que lá dentro é complicado, mas alguma coisa que nos desse um parâmetro para estarmos prevenindo uma, né? Uma recidiva né? Seria muito importante, isto ai seria, uma grande. Olha pra você ver, ele sai, tal, um paciente que teve um AVC, muitas vezes ele sai sem saber o que ele teve, vamos supor que tenha sido transitório, mas vou ficar mais de olho, ou que tenha deixado seqüela, se ele relata, eu posso estar providenciando, agilizando uma fisioterapia, alguma coisa, entendeu? Então seria muito importante, que houvesse estas comunicações entre os serviços, por exemplo, quando eu tenho mãezinhas portadoras de VDRL positivo 1º e 2ºexame, acusando, mesmo que ela tenha tratado aqui, durante a gestação, ela já vai encaminhada, eu oriento, ou vai com uma

cartinha da doutora, ou eu vou, converso lá no hospital, pedindo assistência para este RN. Este RN quando nascer vai ter que fazer exame e tal, para que ele escape, pois já imaginou, ele vai ter que ser acolhido naquela hora, então isto me preocupa, eu não sei deixar, você entende? Então a mesma coisa seria importante que nós tivéssemos, tipo assim um RN nasceu deprimido, nasceu com apgar, né? Baixíssimo, é importante nós aqui sabermos, nós vamos ter que acompanhar esta criança, até que ponto ela ficou afetada? Tulipa.

É importante ressaltar nessa fala que apesar da prevenção estar centrada em aspectos biológicos e processos patológicos já instalados, a ênfase dada ao relatório médico, deixando de abordar com a mesma intensidade outras informações fornecidas por outros profissionais da equipe percebemos um avanço, uma valorização da comunicação, um reconhecimento da necessidade de estabelecer um sistema de referência e contra-referência de informações para o desenvolvimento da prevenção e da integralidade.

Starfield (2002) em seus estudos sobre o princípio de Coordenação da APS - definida como *um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum* – estabelece como essencial para o desenvolvimento de uma assistência integral a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquelas informações, na medida em que estão relacionadas às necessidades para o presente atendimento. De acordo com esta mesma autora um manejo continuado do problema de um nível de atenção para o outro requer um processo de diálogo contínuo entre os dois níveis para solucionar qualquer mal-entendido ou para evitar a ausência de informações que poderia interferir como seu melhor manejo.

Mattos (2001) informa que a integralidade no sentido de articulação de prevenção com assistência, não deve ser adotada à moda da HND, modelo adotado pela velha medicina preventiva, que tentava suprimir a distinção entre prevenção e assistência pelo simples enunciado de que tudo era prevenção. Ao contrário, aqui

deve se reconhecer uma distinção fundamental na experiência do sujeito que se relaciona com o serviço de saúde: as atividades preventivas, posto que são derivadas diretamente da experiência individual do sofrimento, são profundamente distintas das experiências assistenciais, essas diretamente demandadas pelo usuário. Essas implicações, segundo esta mesma autora, não significa em deixar de lado todo o contexto de conhecimento sobre as doenças, que tem permitido tanto à medicina como à saúde pública alguns significativos sucessos, mas significa defender a integralidade através do uso prudente desse conhecimento sobre as doenças, acompanhado, sobretudo de um uso norteado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais assistimos.

Em outras palavras poderíamos disser que devemos reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento desencadeado por uma patologia, ou à perspectiva de evitar complicações relacionadas aquele sofrimento, devemos buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta.

4.5.3 Concepção de integralidade na organização dos serviços de saúde

A análise da organização dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade, por questões didáticas estará fragmentada, mas em contexto reais ao pensarmos a integralidade nessa perspectiva devemos enfrentar o desafio de articularmos, cabendo assim a responsabilidade por essa missão a gestão e a formação para que estas compreensões não fiquem separadas ou justapostas.

Segundo Teixeira (2003) as diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos

tecnopolíticos no campo pretendem integrar, ou seja, tornar inteiro, completar, inteirar, integralizar. E como há muita coisa fragmentada, partida no campo da saúde, há muita coisa a ser primordialmente integradas.

A integralidade como um dos princípios norteadores da organização das novas práticas assistenciais e serviços propostos, foi incorporada, como já mencionamos no referencial teórico, ao capítulo da saúde no texto constitucional de 1988 e a LOS 8.080/90, juntamente com as idéias de descentralização, regionalização e hierarquização das ações neste campo.

Tendo em vista a incorporação e as concepções trazidas, até este momento, discutiremos as concepções de integralidade presente no contexto da organização das práticas e dos serviços de saúde.

Observamos que a concepção de homem apresentou como um dos pilares para se afastar ou aproximar da visão fragmentada, em busca da integralidade. Nessa sentido, essa concepção vem norteando as ações, bem como a maneira que os trabalhadores acreditam ou defendem a organização do processo de trabalho.

4.5.3.1 Homem fragmentado, prática, organização do trabalho fragmentada

A concepção de homem enquanto objeto fragmentado tem interferência na percepção do enfermeiro de SF quanto à organização quantitativa e qualitativa dos recursos humanos para atuar na perspectiva da integralidade, que é percebida como o atendimento de mais partes possíveis da máquina homem, como podemos observar nos discursos que seguem:

[...] Olha, eu acho que cada especialidade, na sua especialidade. Então realmente ele passa pelo clínico geral, ele passa por uma avaliação e o

próprio médico encaminha. Se for o caso do neuro ele vai encaminhar pro neuro, se for pro psiquiatra ele vai encaminhar pro psiquiatra, se for o caso do psicólogo, ele vai encaminhar para o psicólogo. [...] cada um na sua especialidade, igual o médico da família, o médico da família ele é clínico geral, igual nós temos as referências pra ele encaminhar, cada um na sua área, encaminhando direitinho, sabe? No seu lugarzinho. Rosa.

[...] Eu acho que o essencial é... seria o médico, a enfermeira, uma nutricionista, um dentista, um psicólogo, fonoaudióloga, né. É... Assistente social, eu acho muito importante e também atendimento básico, um pediatra básico que eu falo assim, um atendimento especializado, né. Um pediatra, um ginecologista, um geriatra, que acho de extrema importância, tem muito idoso. [...] eu acho que é... a integralidade seria da equipe toda, é a união da equipe que faria isso. Eu acho que, eu fazendo só a minha parte, ou eu atendendo só aquela demanda do paciente que é da minha especialidade, não. Lógico que a gente vai, eu acho tá direcionando pra esses profissionais que já estão, que fizeram especialização mesmo pra cuidar daquele caso, mas sempre com a integralidade da equipe, porque às vezes uma pessoa é... às vezes, quantas pessoas, às vezes procuram a ginecologista, e a ginecologista percebe que ela tá precisando é de uma psicóloga, que o problema dela, às vezes ela vai na ginecologista pra falar de um problema com o marido, já teve caso assim aqui com a gente. Então eu acho que a ginecologista tem que saber um pouco do trabalho que a psicóloga faz, pra ela entender que o que que aquela paciente tá precisando não é de uma consulta ginecológica, é de uma consulta com o psicólogo. (Quando você fala de uma consulta ginecológica, você fala sobre o que?) Da parte física, a parte da patologia mesmo, cada um sabendo o serviço do outro também aquela integralização da equipe, pra você distinguir não, eu acho que essa pessoa tá precisando é disso, às vezes a pessoa tá com um problema social, precisa de um serviço social, né. Margarida.

[...] Cada um fazendo sua função, cada um é... é... assumindo a sua responsabilidade enquanto profissional, se aquilo é seu é para você assumir, eu acho que, eu acho que é por aí, cada um dentro de sua área. Tulipa.

[...] eu acho assim, que a minha unidade hoje, assim a gente tá bem servido assim, pois tem assim, no caso pediatra, ginecologista, que já fazem parte da atenção básica. Então é mais que o necessário assim, pra equipe do PSF, também eu acho que eventualmente a gente estaria precisando mais de outros profissionais para estar *somando* (grifo nosso), mas a gente tem outros também, psicólogo e agora a gente vai ter nutrição também, então eu acho assim que... os serviços oferecidos a nível de atenção básica, hoje são suficientes, eu analiso como suficientes. Girassol.

Nessa perspectiva, fragmentada, para que haja integralidade faz-se necessário à atuação de vários profissionais de diversos Núcleos de competência e responsabilidade, onde cada um percebe e atua em uma parte, sobrepondo os saberes, sem articulação, sem troca de informações entre os profissionais. Nesse sentido, em outras palavras diríamos que quanto maior a quantidade e diversidade de profissionais atuantes maior seria a quantidade de partes, contextos percebidos, para que o atendimento da integralidade se consolide.

Campos (2002) aponta que a crescente especialização dos trabalhadores de saúde vem diminuindo a capacidade de resolução de problemas e aumentando a alienação desses trabalhadores em relação ao resultado de suas práticas. Uma vez que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção, ninguém poderia, em tese, ser responsabilizado pelo resultado global do tratamento. Como consequência disto, segundo o autor, haveria perda de eficácia, custos crescentes e prolongamento indefinido da linha de atendimento para casos antes resolvidos por um ou dois profissionais. Esse mesmo autor ainda refere que em muitas universidades, em nome de um suposto cuidado integral ao usuário, tem-se-lhe imposto consultar-se com vários profissionais distintos que intervêm de maneira excessivamente focal.

Vale lembrar que nessa perspectiva, a integralidade, de acordo com Caccia Bava (1998) se faz presente apenas como a somatória destes fragmentos por consequência da realização de serviços estanques e de saberes profissionais específicos, mas isolados e desarticulados entre si. Em outros termos, diríamos que cada especialista vê somente à parte que lhe compete de acordo com sua formação especializada.

Ainda nessa perspectiva da fragmentação observamos que a necessidade do especialista estar presente na SF, segundo alguns discursos, é determinada pelo número de casos existentes e não pela gravidade, raridade do caso.

[...] um geriatra, que acho de extrema importância, tem muito idoso. Margarida.

[...] o serviço social, ele é, ele é importantíssimo, sabe? Tanto quanto o atendimento médico e do enfermeiro. Porque... tem muitos casos assim, mesmo carentes, muito caso, a gente sozinha, principalmente a enfermeira, é muito. Nossa, eu sou muito sobrecarregada nesse serviço, nessa situação. Orquídea.

[...] De acordo com a minha comunidade, eu acho que eu precisaria muito de uma assistente social, acho que é imprescindível, uma assistente social, um psicólogo. [...] psicólogo que a grande maioria dos problemas da população é mais de ordem psicológica. Azaléia.

Nesses discursos podemos perceber além da fragmentação, há uma contradição com a atuação na APS na perspectiva da construção de um sistema integrado, pois as falas revelam que os casos mais comuns da APS devem ser resolvidos por especialista, tendo como definição para a presença deste na organização do serviço o número, a quantidade de casos e não a gravidade.

Starfield (2002) refere que a APS deve oferecer atenção para as diversas condições, exceto as muito incomuns ou raras, que devem ser encaminhadas, porém essa atenção deve ser coordenada ou integrada pela APS para que seja oferecida em algum outro lugar ou por terceiros. O usuário na APS dá entrada no sistema, freqüentemente com queixas pouco específicas e vagas, nesse sentido o profissional que ali atua tem com principal tarefa elucidar a necessidade, levantar informações que levem a um diagnóstico e a escolha de um manejo mais adequado ao caso.

4.5.3.2 Núcleo e campo de competência e responsabilidade e a relação com a integralidade

Ao discutirmos integralidade em suas várias perspectivas, principalmente no que se refere às ações dos trabalhadores e organizações dos serviços, achamos pertinente discutirmos os conceitos de Núcleo e de Campo de competência e de responsabilidade dos trabalhadores, uma vez que os modelos fragmentados, tradicionais têm sido tomados para a organização dos processos de trabalho em saúde, através de recortes verticais no saber e na prática.

Gostaríamos de ressaltar que por não ser objetos de nosso estudo e devido à exigência de aprofundamento que esses conceitos nos traz, essa discussão será breve e baseados nas referências de Campos (2002).

Campos (2002) sugere que devemos aplicar os conceitos de Campo e de Núcleo de Competência (área do saber) e de Responsabilidade (área da prática) nos planejamentos, sejam eles para a formação ou para a prática profissional em saúde.

Assim este mesmo autor aponta como Núcleo

[...] o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade. Ele marcaria, dessa maneira, a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade. 'E por Campo o autor refere a 'saberes e responsabilidades comuns ou confluentes às várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, como sobre o processo saúde-doença, sobre relação profissional/paciente, sobre políticas, organização de modelos e processo de trabalho em saúde (CAMPOS, 2002, p. 248-249).

Retomaremos, para essa discussão, alguns relatos, que apareceram em nosso estudo, revelando a importância da concepção de homem enquanto um dos pilares que sustenta nossas ações, bem como indicando que a organização do trabalho em saúde vem se pautando na fragmentação do homem.

[...] Então tá, deixa eu dá... é... é eu acho que é a carência, que nós mais temos assim, nós não temos serviço social disponível ainda, tá sendo implantado, né? Tem uma, está sendo implantado, nós temos psicóloga nos ambulatoriais, mas na unidade nós não temos, então o que nós podemos fazer é este encaminhamento, né? Encaminhamento. Nós temos aqui muita é... é... a enfermeira principalmente, ela acaba fazendo o serviço social, ela acaba sendo psicóloga, ela acaba assim... assumindo muita coisa, mesmo burocrática pra nós, acaba caindo em nossas mãos a gente acaba assumindo essa responsabilidade, né? Tulipa.

Esse relato nos leva a pensarmos nos conceitos de Núcleo e Campo, apontados anteriormente, por Campos (2002) no sentido de que a fala evidencia o quanto à enfermagem transita no Campo por não ter um Núcleo de competência e de responsabilidade tão definido. Assim precisamos também pensar na atuação da enfermagem, quer seja no Campo ou no Núcleo de competência e de responsabilidade, questionando para que, porque, como ela faz isto?

Vale lembrar que nos referimos somente à enfermagem por ser objeto do nosso estudo, mas podendo estender para toda equipe, como uma estratégia para transformação da prática fragmentada.

O fato da enfermagem ter um Núcleo de atuação pouco definido, pode ser visto também de uma forma positiva uma vez que facilita sua transição pelo Campo, contrapondo-se a outros profissionais, como os médicos, odontólogos, dentre outros, que por possuírem um Núcleo de atuação bastante definido, que ao necessitarem de transitar no Campo podem estar encontrando maiores dificuldades.

Nesse outro relato, ainda sobre Núcleo e Campo, observamos como que o enfermeiro vai de um extremo ao outro, ao reconhecer de um lado que existe necessidade, porém por outro lado *se estiver sozinho não faz nada*, negando o seu próprio Campo.

[...] se tiver que fazer uma medicação você vai fazer às vezes, se tiver a presença do médico, se você estiver sozinha, você não vai fazer é nada,

você vai chamar a ambulância... encaminhar o paciente ao pronto socorro.
Rosa.

Campos (2002) afirma que em princípio, saber conduzir casos deveria fazer parte do Campo de todo profissional de saúde, devendo este solicitar apoio, se necessário, de outros membros da equipe ou de outros serviços de saúde.

Assim, acreditamos que diante da extensão e complexidade do conhecimento da integralidade e dos desafios para sua integração, bem como das práticas de diferentes profissionais diante de uma mesma realidade, faz-se necessário: uma transformação no sistema de formação dos profissionais; um repensar do saber, considerando o estado atual de dispersão, de parcelamento e de proliferação dos conhecimentos; com vista a uma forma renovada de produção de conhecimentos construída coletivamente, a partir de abordagens totalizantes, integradoras.

4.5.3.3 Homem sujeito, prática e organização do trabalho articulada

Uma concepção encontrada, leva em consideração que para organização dos serviços de saúde o homem enquanto ser sujeito, inserido em um contexto, onde devem ser consideradas suas condições de vida, determinadas, pelo modo como se relacionam entre si e com a natureza para criarem e recriarem sua vida material (MACHADO, 1991). Tendo como base esta concepção os entrevistados nos indicam a necessidade de formação de parceiras, de se ter que trabalhar com outros tipos de tecnologias, que não sejam apenas duras ou leve-duras para o atendimento das necessidades encontradas.

[...] Eu acho que para mim tem muita relação, eu acho que é extremamente importante, essa participação, né. Tanto a nível

hospitalar, de pastorais de saúde, pra gente poder ver, utilizar afim mesmo esse princípio e tá observando realmente. Essa participação da comunidade é extremamente importante, né? Girassol.

[...] Então às vezes até nem era uma medicação que aquele paciente tava precisando, às vezes ela ia ali pra tá sendo ouvida, claramente. Quando você começa a se dedicar e fala: 'não realmente, é muito corrido, mas eu vou dedicar a esse paciente', você vê que ele tá precisando de algo mais do que aquilo que ele foi procurar, então você começa a ter sensibilidade. Orquídea.

[...] chega um aqui, ah, não é aqui, é lá, ele vai lá coitado, pocha vida, este doente não tem carro, não tem condução, tá com dois filhos, um no colo e outro segurando pela mão, andando no sol quente, entendeu? Tulipa.

Nesses discursos os enfermeiros parecem referir a uma concepção de homem próxima de sujeito, com diversas necessidades além da biológica. Eles apontam para um reconhecimento da necessidade de participação de outros setores sociais e recursos como o uso de tecnologias leves (escuta) na organização dos serviços de saúde para atingir a integralidade do atendimento.

Observamos que de certa forma aparece como um *avanço*, pois o enfermeiro não situa seu direcionamento da assistência só na queixa trazida pelo usuário, mas também no reconhecimento de outros contextos que o cerca, abrindo pensamento que somente o setor saúde não consegue responder as várias necessidades de saúde dos usuários, necessitando assim de articulação com outros setores.

4.5.3.4 A meio caminho da integralidade

Nesse momento tomaremos emprestada a expressão da autora Caccia Bava (1998), *a meio caminho da integralidade* para discutirmos algumas falas que evidenciaram em nosso estudo. Vale lembrar que esta expressão será tomada aqui

no sentido de que alguns relatos, apesar de terem abordagens pautadas na fragmentação, possuem também abordagens, reconhecimentos com potencialidade de se chegar à integralidade.

[...] Então, cabe a nós profissionais de saúde ver no que a gente pode melhorar para a comunidade, a visão tem que sair do eu e se estender, entendeu? Não adianta nada eu estar dentro da minha sala, nossa que PSF bonitinho, lindo tudo arrumadinho, enquanto que lá fora as coisas não estão se resolvendo, entendeu? Eu tenho que ter uma proposta aqui e estender ela para minha comunidade. Tulipa.

Na fala acima o enfermeiro aponta para a necessidade de trabalhar com demandas nos indicando que devemos sair da USF e ir até a comunidade, mas por outro lado ele deixa brecha ao realizar uma identificação das necessidades e planejamento para atendê-los de forma unilateral, técnica, sem a participação da comunidade; levando para essa um cardápio pronto.

Constatamos através desse discurso que há (des) integralidade com o usuário, particularmente quando se trata do planejamento das ações, chama para ver lá fora para planejar, serviços pautados na realidade local, porém oferece-os baseado nas possibilidades do serviço mantendo a tradição que os serviços de saúde têm de ser organizado de forma fragmentada oferecendo um rol de atividades, afastando-se da integralidade que prega a necessidade de organizar serviços a partir de necessidades apresentadas pela, para e com a participação da comunidade.

Pinheiro e Luz (2003) nos alertam para a necessidade de repensarmos modelos de atenção à saúde que sejam mais porosos, capazes de permitir que a sensibilidade, o desejo e as necessidades da comunidade perpassam por todos os poros da organização, desde o planejamento, execução, avaliação, de tal forma que todos participem do processo, que deve ser construído de forma ascendente.

[...] Assim, a respeito também a parte psicológica da mulher... eu tento orientar e fazer, para que ela enxergue que a prioridade seria ela tá seguindo o tratamento, né? Então, tá essa barreira, seria tentar ajudá-la, também fazer entender que ela tem que tá seguindo tratamento e ver as possibilidades, porque é... assim... [...] eu vejo isso, então eu me preocupo, quando é um caso mais sério, então de tá levando, essa orientação pra mulher e de tá sanando, né, de todos os lados, a nível também de locomoção e atendimento, agendamento da consulta mais próxima, né! dentro das suas possibilidades, né! pra ajudar nessa questão. Violeta.

[...] Prevenção do câncer de mama 2º, 3º momento neste caso, entendeu? A situação dela era muito mais grave, se ela veio com este monte de complicação na mama, queixando dor e tal, tava com muito medo de ter dado alguma coisa [...] O que que eu fiz, defini a situação, encaminhei, primeiro acalmai, tranquilizei, falei que ela não era a primeira, e que muitas mulheres passaram por isto, mas que hoje nós estávamos com recursos, favorecendo e assegurando a mulher, né! E encaminhei ela para o pronto-socorro para poder fazer um B. O. e para a delegacia da mulher, que já está funcionando em nosso município, entendeu? Tulipa.

Os relatos dos enfermeiros acima apontam para uma questão importante, que seria quanto à identificação de outras necessidades além das biológicas, principalmente na detecção da violência doméstica, que tem passada despercebida nos serviços de saúde. Pois de acordo com Santos (2003), apenas 3,6% das violências domésticas sofridas são anotadas no prontuário. Nesse sentido, o reconhecimento do enfermeiro revela potência para mudanças, entretanto observamos que a detecção vem acompanhada de ação desintegrada, quando o profissional adota a tomada de decisão unilateral.

A dificuldade de ouvir as reais vontades do usuário, de envolvê-lo nas decisões sobre suas necessidades e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de insatisfações e fracassos na relação trabalhadores de saúde e usuários. Campos (2002) advoga nessa direção a necessidade de ampliar a capacidade de escuta do profissional e de participação do usuário, incorporando disciplinas para reestruturar a assistência num sentido mais

humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais e coletivos, traduzindo-o em dimensões físicas, psíquicas e sociais.

[...] essa semana passada mesmo, eu agendei uma visita com a médica, porque lá eu faço junto e eu acho muito interessante, porque são duas cabeças pra tá pensando juntas. Porque de repente ela vê uma coisa, mas de repente eu vejo uma coisa que sensibiliza, que eu acho também importante tá orientando. Então indo as duas pessoas, tem duas visões, e tem duas assim oh é... duas atividades ao mesmo tempo, dois procedimentos, porque de repente ela examinou aquele paciente, ela viu que precisa de instalar um soro, então se eu já estou ali, eu já vou fazer aquilo. Orquídea.

A fala inicialmente nos indica uma articulação técnica e uma integração entre duas áreas de saber com potência para integralidade do atendimento, porém no desfecho do recorte o enfermeiro retoma a fragmentação das tarefas.

[...] eu acho, o SUS teria que ter equipe multidisciplinar pra poder, tá trabalhando no PSF. Então o que a gente tá conseguindo, né? O município, a gente tá trabalhando em parceria com a escola, Faculdade de Enfermagem, logo a gente vai tá trabalhando com a Nutrição, e eu fiz, por conta própria, eu convidei um estudante de fisio, de educação física pra tá me ajudando na parte de alongamentos, caminhadas, relaxamento. Então, assim eu acho, né? Que a gente não pode também tá trabalhando assim, né? Uma enfermeira, uma auxiliar pra equipe de PSF é muito pouco pra gente tá desenvolvendo, porque o PSF é o programa, né, que a gente tem que tá trabalhando assim realmente integral. [...] Um dentista, é... uma psicóloga na unidade, e uma nutricionista, nós vamos ter o apoio da faculdade, que vão ser acadêmicos, e um psiquiatra, porque pra diferenciar a psiquiatria da... psicologia. A gente tá precisando, a gente tá tendo essa dificuldade, atualmente, então, eu acho que, a gente tendo esses profissionais trabalhando com a gente, o fisioterapeuta também, e tá é... essas especialidades tá fazendo muita falta pra nós, porque essas especialidades o cliente vem no PSF pega o encaminhamento e vai tentar marcar, né! [...] Eu acho que falta muita coisa, mas essas especialidades, que eu citei poderia assim tá nos ajudando no nosso dia a dia, eu acho assim que ia amenizar essa parte, que eu falei, que a gente trabalha com essa parte curativa, principalmente a psicóloga e o psiquiatra. Então a gente taria, teria assim, né, teria um leque maior, assim mais aberto, pra poder tá trabalhando com a comunidade, porque a gente às vezes é restringido, o paciente, o cliente vem pegar esse encaminhamento, mas às vezes não tem nenhuma vaga, na saúde mental, por exemplo, né! Violeta.

Essa fala nos revela um reconhecimento importante e positivo, por parte do entrevistado, no que refere a identificação da necessidade de uma equipe multidisciplinar para trabalhar no SF, acompanhada às vezes de iniciativas para organização do serviço como o estabelecimento de parcerias. No entanto, observamos que o entrevistado evidencia necessidades da equipe de SF estar composta por especialistas uma vez que ao ser necessário encaminhar para esses especialistas tem restrição de vaga. Esse desfecho nos permite pensarmos que a fragmentação, o homem tomado enquanto máquina, objeto, continua sendo a referência para esse enfermeiro pensar a organização do trabalho em saúde.

Campos (2002) constata, em seus estudos sobre a fragmentação, uma redução da capacidade de cada profissional em solucionar problemas, devido a uma tendência das áreas mais básicas atuarem cada vez mais como triadores, como avaliadores de risco que outros iriam trabalhar. Os processos de intervenção são cada vez mais longos, mais extensos, mais e mais especialistas são envolvidos, elevando os custos, aumentando o sofrimento e restrições impostas aos usuários, e nem sempre com melhores resultados. Em grande parte dos casos, distancia-se da visão integral e as decisões são tomadas de maneira mecânica, a partir do diagnóstico inicial e de protocolos considerados adequados.

Nessa direção, apesar de apontarmos para uma predominância da fragmentação como referência para o enfermeiro, reconhecemos que a potencialidade existe e é revelada por avanço no sentido de formação de parcerias, articulação, que se afasta de uma concepção da APS seletiva, enquanto *assistência pobre para pobre*. Assim consideramos que seria importante haver diretrizes, preocupações, necessidades políticas e institucionais da APS se apropriar de um conhecimento maior para que possibilitasse maior resolatividade, no sentido que a

USF não seja tomada como um local para adquirir encaminhamentos, mas como um local que desenvolvesse e trabalhasse estratégias com potencialidades para mudanças, se afastando do enigma que não podemos mudar de nome, de local para ficar igual, preservando um mesmo norte para organização dos serviços e práticas de saúde que é a fragmentação.

Diante dessas colocações gostaríamos de ressaltar que não estamos defendendo *o meio caminho da integralidade* com uma concepção evolucionista, mas como uma forma de demonstrar que existem potências, que existem também possibilidades e que devemos investir em discussões da integralidade, não tomada como agrupamento, sobreposição, mas como articulação de saberes, apontando até para a necessidade de trabalhadores especialistas estarem na equipe de SF, no sentido de estarem instrumentalizando, ampliando a *bagagem* de saberes dessa equipe para uma tomada de decisão.

4.5.3.5 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe tem sido destacado como um importante recurso para sistematização dos serviços, por diversos estudiosos de projetos, de instituições de diferentes áreas e mais acentuadamente na área da saúde, como Peduzzi e Palma (1996), Fortuna (1999), Campos (2002), Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991), onde a equipe integração vem sendo defendida como um dos pilares para a sistematização da ESF.

Para o desenvolvimento deste trabalho conceitos, mitos comumente difundidos necessitam que sejam revistos e trabalhados. Por tanto, nesse momento, mesmo não sendo objetivo de nosso estudo e não tendo a pretensão de aprofundar,

por este tema exigir para análise a necessidade de referencial aprofundado, faremos sinalizações apoiando em alguns autores para tais considerações.

Em concordância com Campos (2002) as receitas contemporâneas para debelar o problema da fragmentação e da especialização vêm recomendado com frequência a constituição de equipes multiprofissionais imaginando-se que estas equipes milagrosamente compensaram a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva cria, autoriza e legitima.

Nesse sentido, Peduzzi e Palma (1996) acrescentam a existência de ocorrência de mudanças da composição da equipe, em relação a hospitalar, tanto no que diz respeito à incorporação de novos agentes e ao número dessas incorporações. De acordo com essas autoras essas mudanças se tratam de alterações nos processos de trabalho, decorrentes das mudanças do modo de organização dos serviços.

Peduzzi e Palma (1996) afirmam que essas mudanças ainda geram complexidade da equipe multiprofissional no que se refere, sobretudo à articulação destes trabalhadores dos diferentes processos de trabalho, uma vez que cada trabalho parcelar ou especializado constitui um processo peculiar, com objetos próprios, saberes e instrumentos que conformam especificidades, apesar de no conjunto, estruturarem-se sob a normatividade médica, que é hegemônica na organização das práticas de saúde. Assim o conjunto de trabalhos da equipe é considerado uma expressão de intersecção de variados objetos e instrumentos que se dispõem, lado a lado, de modo fragmentário.

Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991), nessa direção acrescentam que o fato de não incorporarmos aos nossos serviços de saúde práticas hegemônicas de atenção integral, que considerem saúde de uma forma mais ampla que a ausência

de doença, tem refletido no conjunto de trabalhadores em articulação e desarticulação com aquilo que tomam como objeto de trabalho, com as relações de poder, com seus conceitos sobre saúde-doença, com seus saberes, com projetos em disputa, com subjetividades em produção e (re) produção.

Diante estas considerações e tendo em vista o trabalho em equipe proposto como um dos instrumentos estratégicos para mudança do atual modelo de assistência a saúde (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000) discutiremos o trabalho em equipe e sua relação com o princípio da integralidade na organização dos serviços de saúde.

Nos relatos que seguem encontramos discursos que defendem a necessidade, a importância de se trabalhar em equipe dentro da proposta de SF bem como a dependência de um membro do outro para um atendimento integral, uma vez que essa forma de se considerar o trabalho em equipe permite maiores discussões, trocas de experiências e resolubilidade dos problemas.

[...] É impossível sem o trabalho em equipe. Eu acho que o trabalho em equipe aí é extremamente fundamental, até pras trocas de experiências, trocas de idéias. Pra você conseguir aí, tá organizando sistema sem o trabalho em equipe, não é funcional, acaba tendo uma resolutividade muito baixa. *Girassol.*

[...] eu, às vezes não posso tá resolvendo todos os problemas do paciente, eu sozinha, eu como enfermeira... [...] e... é... uma equipe assim multidisciplinar, que eu acho que deveria ter né, no caso pra tá atendendo o paciente integralmente. [...] um bom andamento do serviço, né. Onde tem trabalho em equipe o serviço vai andar melhor, vai ter um bom funcionamento, seria também no sentido de um profissional tá conversando com o outro, fazendo a articulação, discutindo caso, expondo dúvidas, alguma coisa assim. *Margarida.*

[...] porque se ela vai lá, só faz a visita dela, detectou um problema, mas não passou este problema para frente, não tem como ser integral o atendimento, ele fica fracionado, ela foi lá prestou e acabou... [...] Então, eu acho, que enquanto não trabalhar mesmo em equipe e passar e descobrir, 'olha eu descobri aquele problema' e passar para enfermeira, o auxiliar, o auxiliar passa para enfermeira, pro médico e todo mundo tentar falar a mesma língua. *Azaléia.*

[...] quando você tem alguém que te dá, você tem as agentes de saúde que vai na casa, que vê o problema, passa pra você, se você vê que realmente tem alguma coisa, que já dá pra você orientar, resolver, se não, passa pro médico, o médico às vezes não é só com ele, passa para a enfermeira, passa para a agente, a auxiliar de enfermagem, então engloba todos da equipe. Agora quando tem por exemplo, um que já sai fora, que deixa de dar informações, que deixa de cumprir a parte, você vê que quebra, realmente, que não tem trabalho em equipe e é muito difícil, quebrou com um, parece que desestruturou a equipe toda, efeito dominó. Orquídea.

Nesses discursos observamos que além da necessidade do trabalho em equipe os enfermeiros apontam para uma concepção aproximada da trazida por Fortuna (1999), que considera o trabalho em equipe como um processo de inter-relações tecidas num tempo-espaco-finalidade, com possibilidades e limites para viabilização como trabalho em movimento, trabalho vivo, trabalho descapturado.

É importante nesse momento abrirmos um parêntese para acrescentarmos que existem diferentes formas de se considerar o trabalho em equipe, com diferentes finalidades. Nessa direção, trazemos os dizeres de Peduzzi e Palma (1996), que referem a denominação de equipe multidisciplinar e equipe interdisciplinar. Para essas autoras:

[...] o prefixo 'multi' traduz a justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes de diferentes qualificações técnicas (equipe agrupamento), ao passo que o prefixo 'inter' diz respeito a uma conexão e integração que considera cada um dos trabalhos como seus respectivos aportes práticos e teóricos (equipe integração). Essas autoras ainda lembram que não se trata apenas de diferentes designações, mas das reais possibilidades de cooperação e coordenação do trabalho coletivo (PEDUZZI; PALMA, 1996, p. 240).

Fortuna (1999) em outras palavras coloca que a equipe agrupamento se refere ao conjunto de trabalhadores de um mesmo estabelecimento, que são considerados como equipe somente pelo fato de trabalharem juntos; e equipe integração se refere a essa forma de trabalho enquanto possibilidade de realização de assistência integral, de articulação dos saberes e disciplinas essenciais para a assistência em saúde.

4.5.3.5.1 Necessidade de comunicação e ética no trabalho em equipe

Comunicação e ética manifestam características importantes para o trabalhador, dentro do trabalho em equipe de acordo com as falas que seguem.

[...] eu acho que o... a ética profissional todo mundo deveria ter e o respeito com o usuário. Nesse sentido eu acho que a pessoa tendo ética profissional e respeitando o usuário, o paciente, seja ele nível social qual for, a cor, qual for a raça, qual for o tipo de patologia dele, o que ele tá procurando aqui, respeitando isto nele. Margarida.

[...] uma pessoa comunicativa, seria um perfil muito bom... uma pessoa... é comunicativa, é fácil assim de dialogar, uma pessoa... assim perceptiva, sabe? Que percebe bem as coisas, uma pessoa assim que tem ética profissional, uma coisa que eu acho muito importante, o que eu acho assim mais importante é a comunicação de tá passando assim pra gente né, o que que tá acontecendo e a ética. Pingo de Ouro.

Concordamos com os dizeres anteriores ao considerarem essas características como sendo fundamentais para o trabalho em equipe, no sentido de existir a comunicação como sendo um instrumento efetivo e necessário para trocas de informações, tomadas de decisões e da importância ética de se conhecer o projeto em que está inserido, uma vez que de acordo com Peduzzi e Palma (1996) toda organização de serviços detém uma proposta, um projeto institucional que norteia todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe.

Nessa mesma direção Mehry (2004) completa dizendo que o conhecimento do projeto estará influenciando na atuação do sujeito que terá sempre uma direcionalidade.

Além do conhecimento do projeto, julgamos ser importante para o trabalho em equipe apontarmos para a ética como o não extrapolamento para outros espaços de informações dos usuários e/ou da equipe, assim como apontarmos

também para a necessidade de se trabalhar as divergências e conflitos na interioridade da equipe. Em outras palavras diríamos que os aspectos abordados na ética deveriam ser no mínimo o compromisso do sigilo das informações, das vivências e/ou das ocorrências serem tratadas e trabalhadas na interioridade da equipe.

4.5.3.5.2 Desfazendo os mitos do trabalho em equipe

Considerando como um processo de inter-relação Fortuna (1999, p. 5) estabelece que o trabalho em equipe

[...] 'pressupõe momentos de articulação e desarticulação, de entendimento e conflitos, não se trata de um status a ser alcançado, em que se tem dado ou não se tem'. No interior dos serviços de saúde, de acordo com a autora, temos um conjunto de trabalhadores operando, que podem ou não ter clareza do por quê e para que encontram lá, podem ou não rever o que fazem e o que pensam uns com os outros, uns dos outros, uns para os outros.

Nessa direção, ao estarmos em equipe ou em grupo compartilhamos a idéia, de uma certa forma, que esses locais são espaços onde acontecemos, existimos, criamos e satisfazemos necessidades. No entanto, nestes contextos vivemos conflitos, dúvidas entre ser/estar indivíduo e ser/estar grupo, medo de perdas de individualidade e de poder, ansiedade, situações que requerem mudanças, adaptações, nova aprendizagem.

Partindo das considerações anteriores observamos que dentre os discursos dos enfermeiros aparecem pontos positivos como sinais para desfazer alguns mitos considerados no trabalho em equipe, como o de reconhecer as diferenças, não partindo do princípio que todos os membros tem que ser semelhantes ou iguais, que não existem conflitos, ter claro a tarefa, o objetivo, o projeto daquele grupo.

[...] a gente precisa melhorar um pouco ainda, essas relações, mesmo aqui dentro da unidade precisa melhorar um pouco mais, eu acho que tá evoluindo, né? Algumas, com alguns profissionais, a gente tem uma relação muito boa e tem ainda um ou outro que a gente tem ainda uma certa dificuldade. Então o que acaba prejudicando um pouco. [...] Eu acho que a comunicação mesmo assim, desses outros, desses profissionais que são inseridos dentro do PSF, ter uma, um conhecimento melhor sobre o programa, né? Sobretudo, as atividades que a gente realiza, né! Girassol.

[...] tem época que minha equipe tá jóia demais, tem época que dá aquela recaída, eu sinto, eu sempre tô, se tá havendo alguma coisa, se tem que mudar alguma coisa, porque eu faço reunião pra você vê isso, né? Às vezes eu preciso mudar, às vezes eu tô falando de uma forma, que não tô agradando, eu não sei, que às vezes elas não falam nada, né? Ninguém é perfeito, eu queria, eu dou liberdade pra elas chegarem pra mim e falarem, mas não. Tem umas que dão sua opinião, tem outras que falam que tá tudo bem. [...] então nós temos graças a Deus um entrosamento muito bom, eu e minha equipe. Rosa.

Consideramos que falar de trabalho em equipe é falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos, que esses não são *negativos* ou *ruins* ou algo a ser evitado, mas são inerentes as relações, com possibilidades de crescimento se forem trabalhados.

[...] Então, assim a respeito disso, eu acho que por enquanto tem muita falha e em equipe a gente tenta trabalhar, mas nenhuma pessoa é igual a outra, e principalmente quem administra é, é muito difícil. Eu vejo a falha é muito grande. Então não adianta, né! Eu tenho ajuda de um, dois, se tem o restante da equipe, que não trabalha em conjunto. Então eu tenho essa dificuldade. Violeta.

O reconhecimento das diferenças pelo enfermeiro é fundamental, uma vez que elas existem, porque cada sujeito é fruto de um contexto, de uma cultura, é portador de diferentes conhecimentos técnicos, experiências e de diferentes objetivos, no entanto, reconhecê-las, respeitá-las e trabalhá-las tornam-se fatores importante no sentido da própria concepção de sujeito e da própria concepção de integralidade e da sobrevivência da equipe. Essas diferenças existentes nós

analisamos como positiva uma vez que se pode existir e compartilhar riquezas de idéias e conhecimentos, ampliando ou aproximando da perspectiva da integralidade.

Acreditamos que nesse contexto de ESF o trabalho em equipe, como uma possibilidade de *reconstrução* do trabalho em saúde, na perspectiva da interdisciplinaridade, poderá ser um recurso, um instrumento essencial para atingir a integralidade, na organização e na prática de saúde uma vez que faz-se necessário construir possibilidades de superação das fragmentações no plano do saber e no plano do trabalho.

4.5.3.6 Perfil dos recursos humanos e a integralidade

Tem anúncios que nos indicam que para agir dentro da integralidade o profissional precisa ter um perfil. Nesse sentido, questionamos perfil para que? O perfil articulado com que tipo de trabalho? Para atender a que projeto?

Através de algumas características reveladas encontramos de um lado a existência de discursos que valorizam características importantes, para atuar dentro da concepção de integralidade no o cumprimento de um determinado projeto, como gostar do que faz, afinidade, mas por outro lado observamos presença de palavras soltas que entram vorazmente no palavreado, no discurso do profissional e chega a se desgastar, perdendo a força do significado, como capacitação, interesse, bom conhecimento, habilidade.

[...] Eu acho, que principalmente a pessoa ter é... paciência, gosta do que faz, não fazer somente pelo dinheiro, né! Ter principalmente uma capacitação, antes de qualquer coisa, antes de ser contratada, pra poder desenvolver, desempenhar bem a atividade. A função de cada um, que tem aqui. Violeta.

[...] Olha pra começo, ele tem que ter assim um bom conhecimento, né? Do que é o SUS e com as pessoas que ele vai tá olhando, porque a gente

sabe que o SUS é para todos, mas nós sabemos também quais são os que mais procuram, os que mais solicitam. [...] é... é, perfil... tem pessoas que acham que não tem perfil, faz concurso passam, muito bem colocado, passa e entra no sistema. E de repente não tem muita afinidade com o que trabalha! Tulipa.

[...] Perfil é a pessoa que se identifica, tá, que gosta de fazer o que faça, que se tem que fazer esse serviço ela gosta de fazer... [...] interesse, ela tem que ter muito interesse em fazer as coisas. Rosa.

[...] eu acho que eles deveriam selecionarem, exatamente profissionais que tivessem o perfil de trabalhar, em Saúde Pública, e em parceria com o Programa de Saúde da Família. (Dentro desse perfil, o que você consideraria como necessário?). Interesse, habilidade, dedicação, eu acho que esses três pontos são extremamente importantes, sem dúvida nenhuma. Girassol.

Às vezes os discursos parecem nos indicar que ter conhecimento/capacitação garante a prática da integralidade, porém não nos foi possível identificar de que tipo de conhecimento se faz necessário, se é aquele conhecimento que muitas vezes está relacionado ao conhecimento técnico, voltado para o aspecto biologicista, reducionista, possibilitando uma reprodução de modelo ou se é um conhecimento pautado no indivíduo enquanto sujeito, portador de várias necessidades, pautado na escuta, na humanização, no trabalho em equipe, no vínculo, na responsabilidade com o usuário, na participação, com vista a conformação de um novo modelo, que tenha como referência à articulação, entre diversos contextos e entre aspectos fragmentados.

4.5.3.7 Integralidade e recursos materiais

A integralidade na concepção de homem leva o enfermeiro a reconhecer a necessidade de ter materiais disponíveis para que os trabalhadores possam atuar mantendo sua competência. Pois Starfield (2002) acrescenta que a integralidade

requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência. Agora o desafio segundo a autora é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada.

Nesse sentido, os discursos nos revelam potência na perspectiva da integralidade, ao reconhecerem a necessidade da existência de diferentes recursos para assistir situações e necessidades variadas da comunidade como de urgência, de curativos.

Há relatos que nos indicam também um outro tipo de potência no que se refere ainda ao reconhecimento da unidade como porta de entrada para todo e qualquer caso, justificando a necessidade de se possuir recursos materiais de diversas naturezas.

[...] uma outra coisa que nós não temos aqui... é a... é a... eu acho que faz muita falta... eu não tenho um ambu aqui, se tiver uma parada cardíaca, eu não tenho um ambu, um oxigênio, então às vezes eu acho, que deveria... você entendeu? eu acho importante, eu estou lidando com o povo, primeira entrada, quando o povo está passando mal, para a comunidade, é a minha porta, eles chegam aqui desmaiando, com crise convulsiva e às vezes eu não tenho um oxigênio, eu não tenho um ambu para eu usar até eu chegar ao pronto socorro. Então, assim, isto tudo às vezes me preocupa muito... muito... olha a minha responsabilidade, eu sei que tem os minutos aí, que ele pode ficar né! Sem a oxigenação, mas será que será suficiente para eu chegar até o pronto socorro? Tulipa.

Achados nesse discurso vai de encontro aos dizeres de Starfield (2002) que aponta para a APS como aquele nível de um sistema de serviço de saúde que proporciona a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas.

[...] urgência/emergência a gente pode até dar os primeiros cuidados, mas igual eu estou te falando, o ambu que é necessário a gente não tem, né! Agora os primeiros cuidados, a gente até chamar a ambulância e até ela chegar, a gente até que dá. Assim, aí o médico olha, já dá uma medicação né, já inicia a medicação, já inicia a soroterapia, se ele achar necessário, pra poder tá encaminhando. Pingo de Ouro.

[...] Uma caixa de urgência e emergência falta muito, muito, pra nós, né? É... uma medicação que a gente possa tá amenizando o quadro, né! Violeta.

Os enfermeiros nos indicam que não se faz necessário que o serviço tenha todos os níveis de complexidade, porém informa que se faz necessário ter condições de dar os primeiros atendimentos e encaminhar para outros lugares.

Nesses discursos os enfermeiros nos deixam brechas para concordarmos com os dizeres de Starfield (2002) que declara que nas pequenas unidades de saúde, em que a variedade de serviços é menor, o prestador deve assegurar que seja feito um encaminhamento adequado e que os serviços necessários sejam oferecidos.

[...] E a respeito de material de curativo a gente tá tendo, usando só soro morno, né? E tem a sulfadiazina de prata, então a gente assim, poderia ter também, né? Outros materiais, porque como a gente teve, tá vendo essas possibilidades vai ter mudança, né? Violeta.

[...] Materiais, eu assim, não tenho o que reclamar no momento, porque eu não passo falta de nada, material eu tenho a disposição para curativo, né! O que eu acho que pode ser melhorado os materiais, outros tipos, ter... Como que eu falo? Ter uma disponibilidade maior de pomadas, algumas coisas mais modernas, que usa e tal. Azaléia.

[...] Materiais assim na medida do possível, tá tendo também, porque a gente assim, na questão de remédio, por exemplo, tem alguns remédios que não são fornecidos, assim a população reclama, alguns remédios eu acho que ainda falta assim, alguns remédios, ainda falta para ser dado na rede pública, mas o básico a gente tem, dá pra se virar... Margarida.

A solicitação dos enfermeiros quanto aos materiais nos parece um pouco fragmentada, pois falam-se muito da necessidade de medicação, medicação de urgência, material de curativo. Essas falas podem nos indicar dois enfoques, o primeiro nos refere à potência de reconhecer a necessidade de existir materiais de urgência nas USF, que vai ao encontro a Política Nacional de Atenção às Urgências estabelecida na Portaria GM nº 1863 de 29 de setembro de 2003, que institui e investe numa política a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão (Brasil, 2004b). E o segundo enfoque

seria voltado para o biológico, para a manutenção do modelo, que tem como marca bastante forte a medicalização como recurso.

Observamos, no geral, falas bastantes dicotomizadas ora marcadas por uma proposta mais curativistas, que são predominantes, ora marcadas, com menor relevância, por uma necessidade de materiais com vista na prevenção e promoção.

[...] Há tempos que a gente fica, né, assim até sem luvas, né. Então o que falta também assim no PSF. [...] Então, a gente teria que ter essa parceria com o SUS e essa possibilidade de ajuda, um vídeo, uma televisão e vários assim é... outras é... atividades poderia tá vindo verbas pra gente tá trabalhando com atividades, com o pessoal e não só curativa, medicação, consulta médica, consulta de enfermagem. Então, a gente teria que ter essa parceria também. Violeta.

[...] mas pra gente ter tudo isso, se a enfermeira não vai, não corre atrás, dum aparelho de pressão mesmo, é uma das coisas que eu acho precário, sabe? [...] Balança, por exemplo, que é uma coisa assim oh, que a gente sabe que tem indicação [...] A gente sabe que tem a necessidade de uma verificação para ter a regulação disso, não tem quem faz, aparelho de pressão, não tem. Então eu acho que os recursos materiais eles podem ser melhorado muito. Inaloterapia, por exemplo, que acho que tudo bem parte curativa, mas você acaba tendo que atender. Orquídea.

Esses discursos nos leva a pensarmos nos dizeres de Starfield (2002) que afirma que a integralidade da atenção deve ser um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde.

[...] Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, as doenças previsíveis podem não ser prevenidas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco e as pessoas podem morrer mais cedo do que deveria (STARFIELD, 2002, p. 316).

4.5.3.8 Integralidade e recursos físicos

Nessa mesma direção a estrutura física, o espaço, as condições deste espaço foi considerada pelos enfermeiros entrevistados como um fator que interfere na integralidade, assim vejamos algumas falas:

[...] A minha unidade tem algumas deficiências, mas ela é funcional. [...] pra alguma conversa reservada, hoje em dia, já é possível assim, já tá bem mais tranqüilo. Girassol.

[...] É uma deficiência, né, e... e grande, né, e que acaba acarretando, você acaba tendo que se ausentar, deixando de acolher. A área física, como exemplo a minha sala, né! Quem tá escutando não pode ver, mas vou falar... tem a farmácia, tem a mesa de ginecologia, para exame, a assistência a puerpera e o pré-natal também é aqui, o meu mini-almoxarifado também é aqui, né! Então você vê assim, que fica tudo, restrito aqui. Então, fica difícil, porque às vezes você está atendendo paciente, estão batendo na porta, porque alguém quer pegar medicação e você não tem outro lugar para colocar a medicação de distribuição à comunidade, entendeu? Então, a área física atrapalha, é difícil, soroterapia, por exemplo, eu tenho uma salinha pequena, quando eu tenho dois soros, três soros, fica complicado. [...] Nós temos pacientes oncológicos, você não vai mandar ele já debilitado, com baixa resistência, para tomar um soro no hospital, você nem pode, ele acaba vindo na nossa unidade e nosso recurso é pouco para estarmos acolhendo, na medida do possível a gente acolhe. É um biombo só, o dia que eu vou colher preventivo eu uso o biombo. Então se tem alguém tomando soro, ele fica exposto, você entendeu? Então assim as unidades deveriam, né! Eu espero que no futuro serão é... mais apropriadas, com rampa... eu acho que é... é... como é que fala pros idosos, porque nós temos muitos idosos, é corrimão pra ele segurar, é... tapetes antiderrapantes, são aquelas placas emborrachadas para que ele não escorregue na unidade. Tulipa.

Nessas falas, os entrevistados ampliam os espaços de relações para além do biológico, valorizando o espaço de escuta, o espaço de estabelecimento de vínculo à necessidade de ter uma área física, onde possa ser assegurado o mínimo de privacidade, proteção para que seja possível construir relações de confiança e compartilhar dificuldades.

Em outras falas os integrantes da pesquisa nos apresentam situações adversas às vezes valorizando aspectos positivos das instalações da unidade, conquistas adquiridas, demonstrando sua responsabilidade, seu envolvimento com o processo de melhora e às vezes apontam para precariedade dos espaços físicos, o que nos indica uma possibilidade de comprometimento com a qualidade da resolutividade e a quantidade da política de encaminhamento.

[...] estando na unidade, dentro daquilo que eu via que tinha recursos, pra tá melhorando, é claro a gente foi até mesmo, vamos dizer assim, como se fala, adaptando algumas coisas, que dava pra resolver. Orquídea.

[...] nada vem até nós, nós que temos que correr pra estar melhorando as nossas unidades de saúde. Tulipa .

[...] Então, assim em questão pra fazer as atividades com meu grupo, que tá em andamento, da terceira idade, eu tenho uma área física muito boa, tenho disponibilidade dum banheiro, né! [...] A sala como no caso de urgência e emergência é nossa sala de curativo, ela não tem porta, não tem privacidade, eu acho, que outra coisa importante que a gente teria que tá modificando é isso seria tá restringindo essa sala e a minha sala. Essa sala e também a sala da médica, de consulta, a porta da médica não fecha, ela fica assim e lá também fica perto da recepção. Violeta.

[...] Olha lá a estrutura física é bem precária, né! Perante algumas outras. É muito pequena, não dá pra você, é, é... assim de repente tá prestando um atendimento com tanta qualidade, porque tumultua muita gente no mesmo lugar, é aquela gritaria, a pessoa não ouve, de repente você tem que aumentar o tom de voz pra conversar com a pessoa, né! Muita das vezes não tem um local muito adequado pra você fazer o curativo, a pessoa fica transitando ali, né! Azaléia.

[...] ali realmente a área física é pequena, eu não tenho assim uma área pra tá fazendo reuniões, então, vai pros improvisos, né? Uso salão paroquial, mas no dia que tem capoeira lá não tem jeito, aí faz alongamento, mas tem dia que tem festa lá, aí não tem jeito, todo aquele pessoal da caminhada vai lá pra dentro da unidade, que dá uma barulheira danada, começa a conversar, sabe? O espaço não permite, aí fica muito complicado. Orquídea.

[...] Na estrutura física... igual aqui no meu caso, assim o que falta é sala assim. Aqui no caso é... sala, né... quando o pediatra chega de manhã eu tenho que tirar todas as minhas coisas levar pra outra sala, aí se chega alguém eu tenho que entrar aqui na sala toda hora. Pingo de Ouro.

Após essas falas achamos importante ressaltar que melhorar as condições das instalações físicas pode ser uma estratégia para melhorar a articulação e resolutividade dos serviços.

Nas falas anteriores, analisamos que iniciativas da implantação de equipes e unidades de SF, é importante uma vez que a ESF tem potencialidade para (re) estruturação do modelo assistencial e que de início nem tudo, principalmente no

que se refere a estrutura física, seja possível de ser implementado, porém devemos ficar atentos quanto a presença de precariedades, que precisam ser superadas, para que não prevaleça a cultura da APS de que pode ser instalada em qualquer espaço físico, sem as mínimas condições de espaços e de conforto com vista a possibilidade de oferecer respaldo para a prática da integralidade.

[...] Então eu queria ter um espaço só pra atender criança, sabe? Um espaço só pra atender mulher, que lá tivesse um banheiro privativo para ela ir lá, colocar camisola, voltar. Então seria o ideal, como seria bom, e uma sala realmente para atendimento geral, ali pra acompanhamento de hipertenso, diabético, tivesse uma balança, fazer grupos, né? Tudo. Orquídea.

[...] todos os profissionais que trabalham aqui tem sua sala disponível, né. No caso tem como ter uma conversa particular, a psicóloga tem a sala dela, onde ela atende individualmente, né. Margarida.

Esses dois discursos anteriores nos leva a refletirmos quanto à necessidade de distribuição e ao tamanho da estrutura física a ser montada, nos leva ainda a pensarmos até que ponto este tipo de recurso valoriza a AP enquanto centro dos sistemas integrados em saúde, enquanto uma porta de entrada, com perspectiva estabelecida pelo Ministério da Saúde de que se resolva 85% das necessidades dos usuários ou até que ponto pode potencializar a fragmentação?

Será que não daria para compor na mesma sala um esquema de revezamento, enquanto um profissional estaria atendendo individualmente, o outro estaria em ações coletivas, ou extra unidade?

4.6 UNIDADE TEMÁTICA V - RELAÇÃO PRINCÍPIOS DO SUS COM A ESF

4.6.1 Princípios do SUS e ESF

A ESF surge em 1994, com o propósito de contribuir para reorientação do modelo assistencial, através da APS e em conformidade com os princípios do SUS. Nessa direção, julgamos ser importante entendermos como tem sido entendida, pelos enfermeiros participantes do estudo, a relação entre a ESF, contexto de sua atuação, com os princípios estudados – universalidade, equidade e integralidade - uma vez que estes deveriam servir de referência para a organização, planejamento e prática destes profissionais.

[...] Nós não vamos poder fugir deles, é dentro deles, que você vai estar estruturando o seu trabalho, não é? Porque se você fugir deles você não vai ter como trabalhar, você vai fugir, o seu perfil vai ficar mascarado, né! Tulipa.

[...] Eu não sei se é bem isto. Tem muitas coisas, assim a gente, não sei se assim, lógico a gente não consegue colocar em 100% eles em prática, mas dentro do possível e do esperado eu acho que o PSF é uma das formas para que isto ocorra. Azaléia.

[...] Eu acho que todos, por exemplo, a universalidade, a integralidade, a equidade, né que a gente tava conversando, que é atender o usuário independente da cor, da raça, da condição social, da condição física, né, dar o atendimento integral, pra ele, eu acho que, esses, essas diretrizes, esses objetivos do SUS, é o nosso objetivo também. O nosso objetivo é esse, é a universalidade, a integralidade e a equidade. Então deveria os três tá presente dentro do PSF. Margarida.

[...] Ah eu acho que tem a ver. Eu acho que o princípio da integralidade tem mais relação com o PSF. A integralidade tá mais próxima do PSF, o PSF me permite por em prática esse princípio, eu acho que é o que tem mais a ver assim. Pingo de Ouro.

Os relatos nos indicam que a relação estabelecida, entre princípios e ESF seria no sentido de que a ESF é vista como uma forma, uma oportunidade de

colocar os princípios do SUS em prática. Os discursos também nos indicam que os objetivos da ESF são ou deveriam ser os mesmos do SUS, portanto, ambos deveriam seguir os mesmos princípios, ou seja, os enfermeiros entrevistados parece tomar a ESF como algo paralelo ao SUS, equívoco que tem sido necessário esclarecer para diferentes sujeitos sociais.

Alguns discursos nos apontam ainda que os enfermeiros reconhecem a importância destes princípios para estruturarem e nortearem o seu trabalho, revelando com mais *propriedade* o princípio da universalidade no que diz respeito aos princípios abordados, no entanto, a relação teórico-prática é de consistência frágil, não se evidenciando como algo incorporado para a reflexão da prática assistencial como nos alerta Moreira (1999, p. 8), a depender de como um conceito é utilizado corre-se “o risco de ser trivializado e de se tornar inútil”.

Nessa direção reconhecemos como avanço esses trabalhadores evidenciarem a universalização como parte integrante na organização do serviço, mas por outro lado observamos também uma concretude dos outros princípios na prática dos serviços, fato importante, na direção de que pode se torna de matéria prima para disparar processos educativos para este grupo específico, como também para os formadores reverem a maneira, os métodos de se trabalharem no processo ensino-aprendizagem.

4.6.2 Concepção da Estratégia de Saúde da Família

Um outro conceito, que julgamos ter sido importante investigarmos foi à concepção que estes trabalhadores têm sobre ESF, ou PSF como é tratado por estes.

[...] você não vai em cima da doença, né, que é o que nós trabalhamos muito no PSF, né. nós queremos levar saúde, só que até a população conscientizar disso demora um pouquinho. [...] a minha equipe, nós trabalhamos mais... o que nós queremos mais é trabalhar com a prevenção, entendeu? Nós queremos levar saúde e não curar a doença, né. [...] só que uns vem doente, nosso ideal não seria isso, nosso ideal é levarmos saúde. [...] O Programa de Saúde da Família não é curativo, é preventivo, entendeu? Nós queremos prevenir a doença [...] mudou muito, antes eles procuravam só atrás de remédio, remédio, remédio. E agora eles estão mudando, eles estão vendo que não é isto, que uma caminhada faz muito bem, entendeu? Participar de um bingo, participar de uma dança, de um, de uma confraternização, de um almoço, que isso tudo é a saúde, que nós estamos levando, auto-estima da minha população aqui aumentou muito. [...] Então nós queremos promover saúde pra população, nós não estamos trabalhando atrás da cura e sim a promoção e prevenção de saúde. Rosa.

[...] Além daquilo que é decorativo, prevenção, promoção da saúde? [...] PSF pra mim é... futuro da saúde... eu acho que nós ainda estamos engatinhando, por isto eu falo que não é para hoje, mais pra mim é o futuro. [...] Eu acredito neste PSF, não é porque eu estou trabalhando, talvez amanhã eu mude de serviço vou trabalhar na área curativa, mas isto não vai tirar o que acredito de saúde e eu acredito no PSF, porque se eu trabalhar educação em saúde, se eu pegar esta criança no começo, esta mãe, estruturar esta família a longo prazo, sem violentar né, nenhuma cultura, nenhum sistema, amanhã eu vou tá criando crianças mais saudáveis, jovens mais saudáveis, entende? É... famílias mais estabilizadas... entende? Então pra mim o PSF é tudo você estar entrando com a saúde, com a prevenção dentro da casa... Tulipa.

[...] É... o próprio nome já diz, né. Eu acho que é um programa de saúde da família mesmo, é um programa que vai até a família, que não espera o problema vir até a gente, a gente que tem que ir buscar o problema, detectar o problema, mais precocemente possível, pra tá ou evitando que haja um problema ou resolvendo aquele problema antes que ele se torne pior. [...] E pra mim é isso prevenção mesmo de, de qualquer tipo de problema que, que a família pode ter, que o indivíduo pode ter, um programa de prevenção. [...] O objetivo do, do, do PSF é o preventivo mesmo, né, mas eu acho que aqui acaba sendo curativo também. Margarida.

[...] Eu defino assim, em mudanças mesmo, mudanças, muito radical, porque eu tou assim, [...] eu acho que a gente teria assim, a meu ver, a parte preventiva é a mais importante. [...] tem que radicalizar essa parte de curativo, a gente não ficar só estagnado, só em consulta médica, né, em, em farmácia, só medicação, teria que ter essa mudança e radical. [...] eu acho que deveria ter essa parte preventiva. [...] agente limita muito na unidade, ficar né só na consulta médica essas oito horas, acho que não é por aí. Violeta.

[...] então eu acho que o PSF ele é, né, uma estratégia de mudança, mas aquela mudança a longo prazo, não tem como por enquanto a gente tentar atuar de acordo com o que vê o princípio dele, então vamos só fazer palestra, vamos orientar, vamos prevenir, então a população não aceita, então você vai trabalhando aos poucos. Azaléia.

[...] seria no atendimento mesmo das... é... seria a hipertensão, diabetes, de prevenção. Mas não tem jeito de você trabalhar só com prevenção, porque no PSF por mais que você tenha... a gente vê que o PSF, ele direciona mais pra área preventiva, né, se você for ver, na parte teórica tudo, mas não tem jeito, pelo menos aqui. Orquídea.

Através dos discursos podemos perceber que a concepção de ESF está bastante atrelada a idéia de prevenção e promoção. Nesse sentido acreditamos que essa confusão, esse atrelamento se deve a dois motivos. O primeiro seria devido à idéia de que a ESF é uma forma de desenvolver APS. APS confundida como primeiro nível de prevenção da HND, estabelecido pelos autores Leavell e Clark (1976), onde não se mantém de acordo com os entrevistados uma diferenciação entre os termos prevenção e atenção.

Mattos (2001) vem ao encontro a nossa discussão, ao argumentar que modelo adotado por Leavell e Clark, de HND, tentava impedir que aparecesse a distinção entre prevenção e assistência, pelo enunciado de que tudo era prevenção. Porém essa autora deixa claro que há uma distinção, uma vez que o modelo de HND partia diretamente de experiência individual de sofrimento, de experiências assistenciais diretamente demandas pelos usuários, nessa proposta era desenvolvido um amplo conjunto de conhecimentos e técnicas para reconhecer a doença antes que a mesma produzisse o sofrimento e um conjunto de conhecimentos sobre as formas de enfrentar tais doenças através do reconhecimento de fatores de risco que aumentavam seu agravamento.

A essas falas da autora acima acrescentamos que há uma distinção, uma vez que a ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de

saúde, assim como para a relação como a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistenciais, devendo ser porta de entrada para o sistema local de saúde, onde o profissional deve ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, baseado em uma prática humanizada, competente e resolutive, que envolva ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, com vista a responder as diversas necessidades da comunidade, não só as de caráter biológicos, patológicos, através da articulação de diversos setores envolvidos na promoção da saúde como qualidade de vida.

Um segundo motivo que acreditamos estar envolvido na confusão de ESF, como prevenção e promoção, estaria relacionado à estruturação das políticas de saúde no nosso país, que reforçam essa concepção ao dicotomizarem a assistência preventiva e curativa, recomendando e estabelecendo o desenvolvimento da primeira em unidades básicas de saúde, caracterizadas pelas chamadas ações de saúde pública.

4.6.3 Concepção de ESF e APS

Uma última relação estabelecida, nesse estudo, foi entre a concepção de ESF e de APS, para confirmarmos os achados, as confusões presentes acima. Assim encontramos que há predominância da relação de que a ESF é um espaço em que se fazem, dão, trabalham a APS. Nessa situação a APS é igual ESF, permanecendo a confusão entre esta e o primeiro nível de prevenção, de que tudo é promoção e prevenção.

[...] Tem relação sim. A Atenção Primária é o que nós fazemos, a Atenção Primária. [...] É porque o Programa de Saúde da Família nós damos atenção básica nele, então anda junto. Rosa.

[...] Não pra mim eles são interligados, totalmente interligados, a saúde primária com o PSF? PSF é saúde primária, PSF é atenção básica, saúde primária, você está trabalhando, você está trabalhando com a prevenção, você está trabalhando com a educação em saúde, você está favorecendo. Tulipa.

[...] Então atualmente a gente tá, né! A gente não tá trabalhando né, a gente tá se preocupando com a parte curativa. Eu acho que tem tudo haver com o PSF, então o PSF a gente, né! Veio pra mudar, só que a gente não tá conseguindo isso até hoje, nessa mudança a prevenção, né? A gente não tá trabalhando com atenção primária. Não trabalha, não tá conseguindo fazer essa parte preventiva. Violeta.

[...] Ele tem a relação, mas apesar de que nós não utilizamos, assim não fazemos tanto o uso dela, porque o modelo ainda tá muito curativo, então nesta parte de prevenção, de orientação, eu acho que o PSF deixa muito a desejar ainda. Azaléia.

[...] eu acho que a atenção primária é a prevenção mesmo, por exemplo, alguma coleta de preventivo, uma visita domiciliar, que você vai até a casa do paciente pra ver se você tá detectando algum problema. Margarida.

[...] eu vejo que o PSF assim atua, né? Eu vejo que pelo menos lá no PSF, que eu trabalho atua nisso. Então o PSF seria uma forma de prestar atenção básica. Orquídea.

Essa confusão, essa pouca definição dessas concepções, presentes nos discursos dos entrevistados, nos chama a atenção, na direção de que um dos objetivos da ESF é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações assistências e preventivas. No entanto, observamos fragilidade nesse processo, uma vez que não podemos perceber a organização de sistemas de saúde que conduzam a construção do SUS que defendemos como direito de cidadania, de justiça, de produção de cuidados, sem investir em novas políticas, métodos de formação e capacitação permanente dos sujeitos sociais inseridos direta ou indiretamente na proposta.

Em outras palavras, mesmo que pareça repetitivo, vale a pena chamarmos a atenção para o processo educativo, onde trabalhe a APS como uma maneira singular de apropriar, recombina, reordenar e reorganizar os diversos

recursos do sistema a fim de satisfazer às necessidades, demandas e representações da comunidade (MENDES, 2002); onde trabalhe também outras concepções como ESF, SUS e seus princípios a fim de que o profissional se localize, compreenda os reais objetivos, percursos que devem ser tomados para se ter uma prática coerente com a construção do SUS.

Pois essas discussões seguidas de compreensões são fundamentais, na direção que não repita a velha história trazida abaixo por Carroll (2003, p. 23), em *Alice no país das maravilhas*, de que quando não sabemos onde queremos chegar, qualquer caminho serve para conduzirmos.

Alice – poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?

Gato – isso depende muito do lugar para onde você quer ir.

Alice – não me importa muito onde.

Gato – neste caso não importa qual caminho você vá...

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista nosso primeiro objetivo, este estudo identificou e analisou as concepções que os enfermeiros, membros de equipes de SF, possuem quanto os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Identificamos que a concepção dos enfermeiros quanto ao princípio de universalidade aproxima da concepção trazida pela Constituição Federal de 1988, onde apareceram e predominaram falas que apontaram para a universalidade como sendo um direito de todos os cidadãos à saúde, um direito ao atendimento a qualquer nível de atenção, sem discriminação de cor, de raça, de condições econômicas e sociais, físicas ou patológicas, porque todos são definidos como iguais perante o SUS, portanto todos têm direito e cabe as autoridades o dever e a garantia deste direito de acesso.

Na análise da concepção dos enfermeiros quanto ao princípio da equidade identificamos que houve um consenso marcante no entendimento desta como sinônimo de igualdade. Os enfermeiros entrevistados partiram do princípio de que todas as pessoas são iguais perante o SUS, então todas as pessoas devem ser atendidas, tratadas da mesma forma, com igualdade, sem privilégio de nenhuma pessoa sobre a outra, do mesmo jeito que você oferece para uma, você deve oferecer para outra, sem discriminação.

Estes achados afastam da original concepção trazida por Almeida (2002), que pressupõe no estabelecimento da chamada regra de justiça, ou seja, na maneira pela qual o princípio de justiça deve ser aplicado, a regra de acordo com a qual se deve tratar os iguais de maneira igual e os desiguais de maneira desigual.

Destacamos que esta concepção, o termo equidade gerou um certo estranhamento entre os entrevistados, caracterizado por demonstrações de

insegurança, dificuldades, incertezas, esquecimentos, por sentirem-se emparedados, perdidos e vacilantes. Acrescentada a estas demonstrações e sentimentos, apareceu também marcas de confusão desta concepção com a de universalidade.

A partir das indagações quanto ao terceiro princípio investigado, que é a integralidade, por ser este um termo polissêmico, analisamos esta sobre três perspectivas: a de homem, a das práticas, e a da organização dos serviços de saúde. Dentro da perspectiva de homem percebemos que a concepção de integralidade passou por dificuldades de expressão, aparecendo um pouco confusa, dispersa em suas abordagens. Ela passou também por uma concepção fragmentada, ou justaposta dos vários aspectos, das várias partes que constitui o homem. O homem nessa perspectiva é tomado enquanto objeto de produção, num enfoque predominantemente biologicista, mecanicista e reducionista, cujas necessidades apresentadas e que revelam ser trabalhadas são fundamentalmente as do sistema de saúde e dos profissionais.

A concepção do homem tomado como um todo também apareceu e foi identificada entre a maioria dos entrevistados, com um certo automatismo, como uma marca lingüística, porém não apareceu acompanhada de uma explicitação clara e que faça sentido operacional.

Apenas algumas falas, dentre as várias reveladas, aproximaram da concepção de integralidade na perspectiva do homem como um ser integral, indivisível, influenciado pelo seu contexto, por uma rede de relações que o conforma. Nessa concepção da integralidade, o homem foi tomado como um todo, as concepções foram identificadas de forma detalhadas, explicitadas e verbalizadas

para além de uma memorização, para uma compreensão mais aproximada do reconhecimento da complexidade que o ser humano apresenta na sua constituição.

Nesse estudo, verificamos que a concepção de integralidade na perspectiva do homem apareceu como um dos pilares, um dos pontos norteadores para se afastar ou aproximar da concepção fragmentada, na busca de uma articulação das práticas destes trabalhadores bem como a maneira que estes acreditam ou defendem a organização dos serviços de saúde em termos de recursos humanos, materiais e físicos.

A concepção de integralidade na perspectiva das práticas, neste contexto, apareceu fragmentada, dicotomizada, com destaque para as ações curativistas em relação as preventivistas, que quando presentes em um mesmo atendimento ou ambiente apareceram centradas em aspectos biológicos e processos patológicos já instalados, sendo determinada a priori pelo profissional sem a participação do usuário e sem muita preocupação se iram ou não fazer sentido para estes sujeitos.

Já a concepção da integralidade na perspectiva da organização dos serviços, quando o homem foi concebido como um ser integral, articulado em um contexto, os entrevistados nos indicaram a necessidade de estabelecimento de parcerias, de atuação e articulação de mais de um setor, com necessidade de organizarem sistemas de referência e contra-referência, de necessidade de se trabalhar com outros tipos de tecnologias além das duras. Nessas concepções observamos avanços, no sentido de que aproximaram da organização dos serviços de saúde pautada na formação de redes de relações, cujas responsabilidades de recombinação, reordenar, coordenar diversos recursos para a assistência caberia a APS como centro de um sistema, trazida por Mendes (2002).

Uma outra concepção de integralidade que apareceu influenciando a organização dos serviços de saúde, na percepção dos enfermeiros entrevistados, foi a fragmentada. Nessa perspectiva a integralidade foi entendida como o atendimento do maior número possível das partes do indivíduo, necessitando para isto a atuação de vários profissionais de diversos núcleos de competência e responsabilidade.

Entre estas duas concepções de integralidade anteriormente verificadas, constatamos a existência de uma terceira, que tomamos como meio caminho da integralidade na organização dos serviços de saúde, no sentido de que aparece muitas vezes pautada na concepção fragmentada de homem, porém vem acompanhada de abordagens, reconhecimentos e ações com potencialidades para atingir a integralidade.

Ao retomarmos o nosso pressuposto verificamos que a forma de conceber os princípios de universalidade, equidade e integralidade, estabelecidos no SUS, pelos profissionais de saúde, em especial, pelos enfermeiros atuantes na ESF, pode contribuir na determinação do modo de organizar serviços e de prestar assistência, que pode ou não visar à consolidação do SUS.

Na análise do nosso segundo objetivo, identificamos relações estabelecidas, pelos enfermeiros participantes do estudo, entre os princípios do SUS e ESF, em que a ESF foi tomada como algo paralelo ao SUS, em que ambos deveriam seguir os mesmos princípios. Esta relação se afasta do entendimento real dos objetivos da ESF, que vem com o propósito de reorganizar os serviços de saúde, de potencializar reflexões e ações tomando como referência para organização, planejamento e prática destes os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Em uma outra relação estabelecida entre ESF e os princípios, por estes entrevistados, verificamos depoimentos que indicaram um reconhecimento da importância dos princípios do SUS para nortear, estruturar os seus trabalhos, no entanto, estes não evidenciaram os princípios como algo incorporado para alicerçarem reflexões e iniciativas de mudanças nas organizações do processo de trabalho em saúde, pautadas em uma consistência teórico-prática.

Ao discutirmos os achados em nossos objetivos e pensando na formulação e operacionalização de políticas de saúde voltadas para oferecimento e consolidação de uma assistência universalizante, equânime e integral, verificamos que se faz necessário pensarmos no processo ensino-aprendizagem, na direção que se o enfermeiro e outros profissionais não se apropriam, não se tem clara uma dada concepção, quais seriam as possibilidades de rever suas práticas? E se sua prática não remete a uma dada concepção, de que forma esta prática poderia questionar e modificar a concepção?

No entanto, estas reflexões nos indicam que devemos (re) pensar, adotar e trabalhar estratégias que se afastem, gerem rupturas com abordagens e métodos tradicionais de ensino, fundamentalmente, com maneiras acadêmicas desvinculadas da prática real e cotidiana das profissões, bem como ruptura com a dicotomização entre teoria e prática, uma vez que ambas encontram-se integradas, articuladas no exercício profissional concreto.

Devemos também (re) pensar, adotar e trabalhar estratégias de formação que aproximem e valorizem disciplinas científicas e técnicas, que aproximem e valorizem o acadêmico e o trabalhador enquanto construtor de seu conhecimento contínuo, através de reflexões e indagações sobre sua própria prática e em função da mesma atingir uma aprendizagem significativa.

Este tipo de aprendizagem é caracterizado de acordo com Moreira (1999, p. 13) por uma interação, não por uma simples associação, entre

[...] aspectos específicos e relevantes da estrutura cognitiva e as novas informações, através da qual essas adquirem significado e são integradas à estrutura cognitiva de forma não-arbitrária e não-literal.

A aprendizagem significativa é apontada por Moreira (1999) como uma opção educativa com potências para a formação de sujeitos sociais com capacidade crítica e propositiva para atuarem em espaços sociais, uma vez que ela permite ao sujeito dialogar, compreender e de problematizar práticas e concepções vigentes, possibilitando que ele realize (re) elaborações e adaptações a cada realidade e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Assim, acreditamos que o estabelecimento de uma diretriz na continuidade da formação, como a que vem sendo adotada pelo Ministério da Saúde – Educação Permanente - permitirá maior articulação entre as necessidades geradas no interior dos serviços de saúde e a construção do conhecimento, das atividades educativas de maneira ascendente, com possibilidades de elaboração de estratégias adequadas, para construção de intervenções contextualizadas com as necessidades de implementação e efetivação de novas práticas pautadas à conquista do direito constitucional à saúde, à solidificação de princípios e estratégias do SUS.

REFERÊNCIAS¹⁵

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 23-36, 2002. Suplemento.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo-Sobral: Hucitec, 2001. 279 p.

ANGERAMI, V. A. **Existencialismo e psicoterapia**. São Paulo: Traço, 1984. 88 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). **Programa de sustentabilidade para implantação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem**. Brasília: ABEn/SPS–MS/MEC, 2002.

BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. Família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 106-115, 1998.

BERNARDES, E. H.; PINTO, I. C. As propostas de Alma-Ata e suas repercussões na enfermagem brasileira: revisão histórica. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL, 2003, Ribeirão Preto. **Livro de resumos...** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, 2003. p. 100.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Reorientação da assistência à saúde no ambiente da Previdência Social**. Brasília: Coordenadoria de Comunicação Social/ MPAS, 1982. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS** – doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990. v. 1, 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Lei orgânica da saúde**. 2. ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1886, 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de dezembro 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

¹⁵ De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. 32 p. (Caderno 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família: médico e enfermeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: _____. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração Jacarta, Rede de Megapáises e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Constituição Federal, coletânea de legislação de direito ambiental**. 2. ed. ver., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 66 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui e investe numa política a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão. Portaria GM nº 1863, 29 de dezembro de 2003. **Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde**, Brasília, p. 07 - 11, fevereiro, 2004b.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. Ed. ver. e atual. São Paulo, 2000.

CACCIA BAVA, M. do C. G.; ALMEIDA, M. C. P. de. **A meio caminho da integralidade: a assistência à saúde de crianças com paralisia cerebral em Ribeirão Preto**. São Paulo: Escrituras Editora/ CEBRIJ, 1998. 144 p.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz C.

de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 2, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-266.

CARNEIRO JR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, nov./dez. 2003.

CARROLL, L. **Alice no país das maravilhas**. 2. ed. São Paulo: Sol, 2004. 152 p.

CASTRO, M. H. G. Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 35, p. 15-23, jun. 1992.

CECILIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 197-210.

CEITLIN, J. Conferência dictada em el hospital privado. Centro Médico de Córdoba. **Experiência Médica**, México, v.6, n.1, p.3-13, 1988.

CHAVES, M. M. Medicina Familiar e Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata revisitada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1 p. 46 – 50, 1999.

CHETRE. What is equity? In: AREA health service taking action to achieve health for all'. Newsletter 1. Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation. Austrália: The University of New South Wales/School of Public Health & Community Medicine, 2000. p. 4

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no PSF. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 143-147, dez. 2000. Edição Especial.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. Tradução Luís Galvão César et al. São Paulo: Pioneira, 1988.

DRAIBE, S. Uma institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 11, p. 3-21, 1997.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. **A universalização excludente: reflexões sobre a tendência do sistema**. Rio de Janeiro: UERJ/IEI, 1989.

FEIX, R. **Atenção primária à saúde: conceituação e evolução histórica**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/Centro de Ciências Biomédicas, s. d. 21 p. (mimeografado).

FERLA, A. A.; CECIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. de. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 61-88.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-14.

FEURWERKER, L. **Educação permanente e o SUS**. Coordenadoria de Ações Estratégicas de Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 3 p.

FIGUEIREDO, A. C. Princípios de justiça e avaliação de políticas. **Lua Nova**, São Paulo v. 39, p. 73-103, 1997.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. Em busca do desejo, do devir e singularidades. 1999. 197 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança de modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E et al (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. Cap. 3, p. 55 -123.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer – teoria e prática em educação popular**. Petrópolis: Vozes, 1991, 68 p.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. 142 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. Escola Nacional de Serviços Urbanos. Núcleo de Saúde. **A saúde no município: organização e gestão**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991. 144 p.

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V. O desafio de equidade no setor saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, p. 38-51, 1993.

KADT, E. de; TASCA, R. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde**. Tradução Ângela Maria Tijiwa. São Paulo/Salvador: Hucitec, 1993.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Tradução Maria Cecília Ferro Donnangelo, Moisés Goldbaum e Urani Simões Ramos. São Paulo. Mc Graw-Hill do Brasil; 1976.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MACHADO, F. A. Sugestões para um modelo alternativo de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 31-33, mar. 1991.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 45-60.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E. V. Mesa redonda: saúde e qualidade de vida. **Revista Espaço para a Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 19-22, 1995.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144 p. Tomo I.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. cap. 01, p. 19-91.

MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: SARVIER, 1994. 94 p.

MENDES, I. J. M. et al. Perspectiva de ampliação das funções da unidade básica de saúde: relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 119-129, 1996.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interagindo e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150.

MERHY, E. E. **Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde.** 2004 Disponível em : <http://www.saude.gov.br/sgtes/versus> Acesso em: 18/01/2005ITE

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. CEBES. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 83-89, 1991.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269 p.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa.** Brasília: Universidade de Brasília, 1999. 130 p.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P. NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 40-45, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino.** Ginebra: OMS, 1991.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L.A. Equipe de saúde: In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-250.

PIMENTA, A. L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-40, 1993.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 7-34.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, F. R. S. Desafios da formação para o SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado. **Anais...** Gramado: ABEn–Seção Rio Grande do Sul, 2004.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RODRIGUES, T. M. C. M. O cuidar de enfermagem como ação terapêutica na atenção à saúde coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn – Seção Bahia, 1999. p. 147-150.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: _____. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 7-22.

RUDIO, F. V. **Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1990. 109 p.

SANTOS, M. F. et al. Avaliação do ensino de enfermagem dentro de uma proposta emancipadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n.1, p. 63-76, 1998.

SANTOS, I. I. dos. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. 2003. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre: L e PM Editores, 1987. 111 p.

SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p. 89-112.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 16 – 22, abr./jun. 1997.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. **A. pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde**. Ribeirão Preto: Holos, 2000. 83 p.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 429-445, 1992.

ANEXOS

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP - 011/2004

Ribeirão Preto, 19 de fevereiro de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 60ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de fevereiro de 2004.

Protocolo: nº 0433/2003

Projeto: CONCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisadores: IONE CARVALHO PINTO (Orientadora)
ELEXANDRA HELENA BERNARDES (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Roteiro de Entrevista

Identificação/ Formação/ Experiências

- a) * Idade: ____ anos
- b) * Nível de instrução:
 Ano de conclusão do curso de graduação _____
 Pós-graduação__ Especialização (Especificar)____ Ano de conclusão _____
- c) * Tempo em que exerce a profissão de enfermeiro: _____
- e) * Experiência de trabalho fora da enfermagem (especificar).
- f) * Experiência de trabalho na enfermagem. Local (público ou privado) e tempo de atuação.
 - antes da graduação
 - durante a graduação
 - após a graduação
- g) * Você atua em outro (s) local (is), neste momento, além da USF? (especificar)
 Onde? Em que tipo atividade? E carga horária semanal?_____
- h) * Você recebeu capacitação para atuar na ESF? () não () sim
 - Antes () não () sim. Quais?
 - Depois () não () sim. Quais?
- i) * Dentre estes cursos, você fez algum outro que você não relacionou com o ESF?
 () não () sim. Quais?
- j) * Você tem participado de congressos, jornadas e outras formas não institucionalizadas após sua entrada na ESF? () não () sim Especificar.
- k) * O que te leva a participar desses eventos? Especificar.
- l) * Na sua formação acadêmica você teve oportunidade de estudar/discutir os princípios do SUS? () não () sim. E que sentido fez estes princípios naquele momento para você?
- m) * Atualmente os princípios do SUS fazem algum sentido? Como é isto para você?

Universalidade

- a) * Você poderia me falar sobre o tema “universalidade no serviço de saúde”

Equidade

- a) * Você poderia me falar o que significa equidade para você?

b) *Primeira situação*: Se você tivesse 10 mil reais e tivesse que destinar verbas para duas equipes de SF, como você faria esta distribuição para que fosse de maneira equitativa?

Segunda situação: Em uma área de abrangência temos duas usuárias, a Sr^a A, que tem uma situação melhor, economicamente falando, e a Sr^a B que tem uma situação um pouco pior, as duas usuárias precisavam de uma cirurgia de alta complexidade, cirurgia cardíaca, porém as duas não tiveram condições de pagar, realizaram assim a cirurgia pelo SUS. Após a cirurgia as duas precisam de uma medicação anticoagulante, que não é fornecida pelo SUS, tendo necessidade de ser comprada. As condições financeiras da Sr^a permitem comprar a medicação e as condições da Sr^a B não permite comprar. O secretário de saúde chega para você e fala que só tem dinheiro pra comprar uma medicação. O que você faria nesse caso para agir com equidade?

Integralidade

a) * Quando se fala em integralidade, o que vem na sua cabeça? O que você pensa a respeito disso?

b) * Ao realizar um exame de prevenção do câncer de colo uterino ou um atendimento a um outro usuário portador de Hipertensão Arterial ou Diabetes, o que você consideraria como ações necessárias para agir com integralidade?

c) * Quando se pensa em integralidade você vê (existe para você) alguma relação com a organização dos serviços de saúde

d) * Quais os recursos que você considera fundamental para operacionalizar um serviço de saúde dentro da perspectiva da integralidade (humanos, físicos, materiais).

e) * A composição da equipe tem alguma relação com a assistência integral para você?

f) * Na sua opinião dá para trabalhar integralidade sem trabalhar em equipe?

g) * No hospital tem alguma ação que pode ser feita de prevenção?

Relações ESF e Princípios

a) * Como você definiria a ESF?

b) * Esses aspectos/princípios (universalidade, equidade e integralidade) para você têm alguma relação com a ESF?

c) * A ESF e a APS para você tem relação ou são coisas distintas? Como é para você isto?

ANEXO C

CONVITE A PARTICIPAR DO ESTUDO

Prezado (a) Senhor (a): _____

Venho, através deste, solicitar sua participação no estudo que realizarei, com vistas à construção do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O título do estudo é *Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais*. A orientadora do estudo é a Prof^a Dr^a Maria José Bistafa Pereira. Mas, para que o mesmo seja realizado, será necessário o levantamento de dados, através de sua participação, que será de suma importância para tentarmos contribuir no sentido de buscarmos uma melhor compreensão teórica sobre esta abordagem doutrinária e suas possíveis contradições.

Este estudo terá como objetivo identificar e analisar as concepções que os enfermeiros, membros de equipes de SF, possuem sobre os princípios de universalidade, de equidade e de integralidade estabelecidos pelo SUS, bem como identificar as relações estabelecidas pelos enfermeiros entre os princípios de universalidade, de equidade e de integralidade do SUS e a ESF.

O estudo se constituirá de entrevistas, em horários previamente estabelecidos pelo pesquisador/pesquisado, sendo mantidos, em todos os momentos da pesquisa, a ética profissional e o respeito ao ser humano.

Nesta direção, sua participação e o preenchimento deste termo de consentimento é de fundamental relevância para este estudo.

Elexandra Helena Bernardes
Enfermeira responsável pela pesquisa

Local e data: _____, ____ de _____ de 2004.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ RG _____, declaro para todos os fins que cedo os direitos de minha entrevista ciente de que estará gravado em fita K-7, dada no dia ____/____/____, para ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazo ou citações, desde a presente data, para as pesquisadoras *Elexandra Helena Bernardes* e *Dra Maria José Bistafa Pereira*.

Assim, estou ciente dos meus direitos, abaixo relacionados, como tendo:

a) A garantia de receber informações sobre o significado, justificativa, objetivo e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

b) A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto traga prejuízo ou penalização, à minha condição;

c) A segurança de que não serei identificado(a) e que será mantido o sigilo e o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade;

d) A garantia da não existência ou vulnerabilidade a danos e riscos a minha pessoa;

e) A garantia de não haver ônus de minha parte, porque a coleta de dados que participei, será realizada no meu local de trabalho, em data e horário pré-determinados;

f) O compromisso de me proporcionar contatos regulares, se necessário durante o estudo, com a pesquisadora responsável: *Elexandra Helena Bernardes*, Faculdade de Enfermagem de Passos – Universidade do Estado de Minas Gerais, situada à Avenida Juca Stockler, s/nº, telefone 0XX 35 3529 8012, horário: 8:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira, e-mail: elexandrah@bol.com.br

Sendo assim, declaro o meu consentimento de usar as minhas respostas gravadas em fita K-7 para esta pesquisa, podendo torná-las pública.

Concordo, portanto, em participar deste estudo, levando em consideração todos os elementos acima mencionados.

Passos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante