



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA  
EM ASSOCIAÇÃO AMPLA DE IES (UFC/UECE)**

**KÁTIA YUMI UCHIMURA**

**INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PERCEPÇÕES DE ATORES IMPLICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
FORTALEZA-CE**

**FORTALEZA  
2010**

**KÁTIA YUMI UCHIMURA**

**INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PERCEPÇÕES DE ATORES IMPLICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
FORTALEZA-CE**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Saúde Coletiva por Associação Ampla de IES (UFC/UECE) como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi

FORTALEZA  
2010



U17 Uchimura, Kátia Yumi  
Integralidade e humanização na estratégia saúde da família:  
percepções de atores implicados na atenção básica de  
Fortaleza-CE / Kátia Yumi Uchimura. 2010.  
209f.:il., color. enc.

Orientador: Maria Lúcia Magalhães Bosi.

Tese (Doutorado) Universidade Federal do Ceará,  
Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, 2010.

1. Saúde da família. 2. Humanização. 3. Atenção básica à  
saúde – Fortaleza. I.Título.

CDD 614  
CDU 614.2

**KÁTIA YUMI UCHIMURA**

**INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PERCEPÇÕES DE ATORES IMPLICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
FORTALEZA-CE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva por Associação Ampla de IES (UFC/UECE) como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 22/10/2010.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Magalhães Bosi (Orientadora e Presidente)  
Universidade Federal do Ceará -UFC

---

Profa. Dra. Flavia Emilia Leite de Lima  
Universidade Federal de Sergipe - UFS

---

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Maria Tavares Machado  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite  
Universidade Federal do Ceará - UFC

*Dedico este trabalho a*

*todos aqueles que acreditam na viabilidade de um Sistema de  
Saúde Universal, Equitativo, Integral e Humano.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À eterna Mestre e amiga **Malu Bosi** pelo raro exemplo, pelo incentivo e pela ininterrupta oportunidade de aprendizado e crescimento, nesses dez anos de parceria.*

*À amiga **Suziana Martins**, pela delicadeza de espírito e pela incansável disposição em nos ajudar.*

*À **Zenaide e Dominik**, pelo constante cuidado com as demandas acadêmicas, apesar da distância.*

*À **Claudia Palma**, pela incondicional presença nesse percurso, sempre a relativizar o que parecia difícil e (a)parecia impossível.*

*À amiga **Sonia Regina Barbosa**, pela amizade, pelo incentivo constante e pela confiança em nosso trabalho.*

*Aos **trabalhadores e usuários** da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza, que de forma generosa nos doaram um tempo (in)disponível, para que conseguíssemos construir esta investigação.*

*A meus **pais e irmãs**, por existirem. Pelo amor que nos une e que nos faz uma família.*

*À minha querida **Lekinha**, minha alegria e companheirinha de todos os momentos.*

*Aos colegas da Faculdade Evangélica do Paraná, pelas acolhedoras parcerias no trabalho cotidiano.*

*Aos demais amigos de Curitiba e de Fortaleza, pela presença em minha vida, que a torna repleta de sentidos.*

*“Repara como o poeta humaniza as coisas:  
dá hesitação às folhas, anseios ao vento.  
Talvez seja assim que Deus dá alma aos homens.”*

*Mário Quintana*

## RESUMO

A presente investigação trata da análise de dimensões concernentes à integralidade e à humanização do cuidado, no interior da Estratégia Saúde da Família, a partir das percepções dos diferentes atores implicados, no Município de Fortaleza-CE. A Estratégia Saúde da Família – ESF surgiu no cenário nacional como instrumento para aumentar os níveis de equidade do SUS – Sistema Único de Saúde e, principalmente, para alteração do modelo de atenção à saúde historicamente hegemônico. O espaço de observação deste estudo compreende o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, em função da expressiva ampliação das equipes de Saúde da Família e da cobertura da Estratégia Saúde da Família e incorporação de um conjunto de ações voltadas à efetiva alteração do modelo assistencial. A proposta metodológica desta investigação se inscreve na abordagem qualitativa, alinhando-se ao enfoque crítico-interpretativo, uma vez que toma a subjetividade na interface com a materialidade a que se vincula, dialeticamente. Para a apreensão das narrativas dos informantes, foram realizadas entrevistas em profundidade, com conteúdo gravado após seu consentimento. Em momento posterior, essas entrevistas foram transcritas. Três temas centrais constituíram nossa Rede de Significados: A) Processo de transição em Fortaleza; B) Aspectos da organização do trabalho no cuidado em saúde; C) Qualidade do cuidado. Os resultados apontaram algumas incongruências entre os aspectos organizativos/normativos do Sistema Único de Saúde e seus princípios doutrinários, interpondo-se à efetiva alteração do modelo assistencial e a consecução de práticas de cuidado humanizadoras. Destacamos, também, o predomínio de práticas não resolutivas na atenção básica, atuando na geração de padrões ineficientes de utilização dos serviços. No que tange às competências profissionais, foi possível compreender as motivações originais que conduzem as categorias profissionais na busca por seu espaço nos cenários das práticas em saúde. Quanto à integralidade do cuidado e à humanização, fez-se presente o reconhecimento da multidimensionalidade do sujeito e a predisposição para uma compreensão ampliada acerca de suas necessidades, mas, por outro lado, foram apontados elementos normativos que cerceiam a prática e produzem o afastamento de trabalhadores e de usuários. Concluindo, ainda que seja necessário criar condições institucionais para que inúmeras mudanças tenham um solo que lhes assegure viabilidade, consideramos corajosa a iniciativa de transformação da assistência no Município de Fortaleza, caracterizando um bom começo para empreitada de tal envergadura.

Palavras-chave: Atenção integral; Integralidade; Modelos de atenção à saúde; Organização do SUS; Saúde da família; Humanização.

## ABSTRACT

This project deals with the analysis concerning the dimensions of comprehensiveness and humanization of health care, within the Family Health Strategy, through the perceptions of different stakeholders, in Fortaleza, Brazil. The Family Health Strategy emerged on the national scene as a tool to increase levels of equity in SUS - Unified Health System, and especially to change the model of historically hegemonic health care. The space observation of this study includes the city of Fortaleza, capital of Ceara State, in the light of significant expansion of the Family Health teams and coverage of the Family Health Strategy and the incorporation of a set of actions aimed at changing the model of care. The methodology of this research falls within the qualitative approach, aligning itself to the critical-interpretive approach, since it takes the subjectivity at the interface with the material with which it binds, dialectically. For the seizure of the narratives of the informants in depth interviews were conducted, with recorded content after informed consent. Thereafter, these interviews were transcribed. Three topics constitute our Network of Meanings: A) transition process in Fortaleza; B) Aspects of work organization in health care; C) Quality of care. The results showed some inconsistencies between organizational and normative aspects of Health System and its doctrinal principles by bringing to the actual change in care model and the achievement of humanizing care practices. We highlight also the practice of not resolving dominance in primary care, working in the generation of patterns of inefficient use of services. With respect to professional skills, it was possible to understand the motivations that drive the original occupational categories in the search for her place in the scenarios of health practices. As for comprehensiveness and humanization of care, the recognition of the multidimensionality of the subject and the predisposition for an expanded understanding about their needs were achieved, but on the other hand, regulatory elements that restrict the practice and produce the expulsion of workers and users were also identified. In conclusion, although it is necessary to create institutional conditions for which numerous changes have viability, we consider the bold initiative to transform health care in Fortaleza, featuring a good start to venture on such a scale.

Key words: Comprehensive Care; Comprehensiveness, models of health care; Organization of health system; Family health; Humanization.

## **LISTA DE ABREVIACOES**

- ACS – Agente Comunitário de saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
PSF – Programa Saúde da Família  
SUS – Sistema nico de Saúde  
US – Unidade de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família. BRASIL - 1998 - DEZEMBRO/2008.....	21
Figura 2	Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL - FEVEREIRO/2010.....	22
Figura 3	Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL – 1994 a FEVEREIRO/2010.....	23
Figura 4	Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – FEVEREIRO/2010. ....	23
Figura 5	Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – FEVEREIRO/2010 .....	24
Figura 6	Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF Distribuído por Porte Populacional. BRASIL - FEVEREIRO/2010.....	24
Figura 7	Divisão das Secretarias Executivas Regionais no município de Fortaleza/Ceará/Brasil.....	54
Figura 8	Planta Humanizada de UBS.....	71
Figura 9	Evolução do Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Implantados BRASIL - 2008 - FEVEREIRO/2010.....	75

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza, 2008.....	55
Quadro 2	Rede de significados .....	60
Quadro 3	Parâmetros numéricos de atendimento no âmbito do SUS, por categoria profissional, conforme a Portaria n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002.....	66
Quadro 4	Detalhamento da cobertura das consultas médicas ambulatoriais, contidas no grupo 2 e 7 da tabela de procedimentos do SIA/SUS. Portaria n.º 1101/GM, de 12/junho/2002.....	73

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	16
<b>2.1</b>	<b>A ESF – a Estratégia Saúde da Família</b> .....	16
<b>2.2</b>	<b>Notas introdutórias: Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde</b> .....	25
<b>2.3</b>	<b>Acerca do conceito e da <i>praxis</i> em avaliação de programas de saúde</b> .....	26
<b>2.4</b>	<b>A integralidade como princípio norteador da avaliação</b> .....	33
<b>2.5</b>	<b>Avaliação na perspectiva da humanização em saúde: do que estamos falando?</b> .....	36
<b>2.6</b>	<b>Avaliação qualitativa de programas: acerca do lugar dos trabalhadores de saúde e do seu processo de formação</b> .....	38
<b>2.7</b>	<b>A institucionalização da avaliação no Brasil</b> .....	41
<b>2.8</b>	<b>Alinhando algumas contribuições para propostas avaliativas ante o desafio da qualidade, humanização e integralidade</b> .....	45
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	48
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	111
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	114
	<b>APÊNDICES</b> .....	124

## 1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de investigação trata da análise de dimensões concernentes à integralidade e à humanização do cuidado, que se fazem presentes no interior da Estratégia Saúde da Família, a partir das percepções dos diferentes atores implicados, no Município de Fortaleza-CE. A Estratégia Saúde da Família – ESF surgiu no cenário nacional em 1994, àquele momento denominada PSF – Programa Saúde da Família, como instrumento para aumentar os níveis de equidade do SUS – Sistema Único de Saúde (REIS; HORTALE, 2004) e, principalmente, para alteração do modelo de atenção à saúde historicamente hegemônico, caracterizado pelo predomínio de ações curativistas, que privilegiam uma medicina biologicista, excludente, de alto custo, verticalizada e com pouco impacto na melhoria da qualidade de vida da população (TRAD; BASTOS, 1998; SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005).

Entre os objetivos do programa (BRASIL, 1997), dois merecem destaque em nossa análise:

- Prestar, na U.S. e no domicílio, *assistência integral*, contínua, com resolutividade e boa qualidade, atendendo às necessidades de saúde da população adscrita.
- *Humanizar as práticas de saúde* através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

E, para atingir esses e os demais objetivos, são assinalados os seguintes princípios (BRASIL, 1997):

- Caráter substitutivo: refere-se à substituição das práticas de assistência meramente curativas, pelo trabalho centrado na vigilância à saúde, não sendo necessário para tanto a criação de novas estruturas de serviços, salvo em localidades que não contem com uma unidade de saúde.
- Integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de atenção no sistema local de saúde, ou seja, representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando, através de referência e contra-referência, acesso aos diversos níveis conforme identificada a necessidade.

- Territorialização e adscrição da clientela: cada equipe deve trabalhar com um território de abrangência definido, responsabilizando-se pelo cadastramento e acompanhamento de 600 a 1000 famílias residentes na área.
- Equipe Multiprofissional: composta minimamente por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde - ACS, podendo essa composição variar conforme a necessidade epidemiológica de cada localidade.

Prevê-se, portanto, na operacionalização da ESF, a priorização das ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, fundamentada em uma noção ampliada de saúde que possibilite humanizar as práticas de saúde para o atendimento à satisfação do usuário, através do estreitamento da relação profissional-usuário, estimulando a compreensão da saúde como direito de cidadania (BRASIL, 2000; SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005).

Atualmente, são mais de 96 milhões de pessoas acompanhadas por aproximadamente 30.600 equipes do programa, na maioria dos municípios brasileiros (Figuras 4 e 5).

Tendo em vista a expressividade dessa expansão, evidencia-se a necessidade crescente de avaliações, no sentido de conhecer a eficácia, a eficiência e a efetividade das ações ofertadas e, havendo necessidade, apontar novas direções a serem percorridas.

Assim, este estudo se justifica, em primeira instância, pela necessidade de monitoramento e acompanhamento da operacionalização do PSF, pois, embora a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, reconheça indícios de superação do modelo médico assistencial-privatista, o processo de descentralização e municipalização das ações e programas de saúde pode gerar projetos distorcidos em relação à proposta original (REIS; HORTALE, 2004).

Outro aspecto importante na valoração da pesquisa concerne à abordagem metodológica na qual a mesma se inscreve. Ao se referirem à avaliação do PSF, Trad e Bastos (1998, p.432-433) afirmam ser imprescindível considerar, nesse processo, a família e as equipes multiprofissionais, apontando as repercussões dessas ações no contexto cotidiano e no pensar e agir dos sujeitos-alvo das intervenções em saúde, como o aspecto mais negligenciado das avaliações programáticas.

Por esse motivo, destacamos as lacunas no conhecimento sobre a temática em questão, demandando investimentos concernentes a avaliações qualitativas em saúde.

Acreditamos que a adoção de propostas de avaliação qualitativa poderia conduzir à superação do hiato resultante do paradigma positivista, o qual concebe a saúde como processo unidimensional, biológico (UCHIMURA; BOSI, 2004a). Em outras palavras, a busca por *informação qualitativa* – definida por Mercado Martinez e Bosi (2004) como aquela que não encontra expressão em números – acerca dos serviços e ações em saúde, romperia com a freqüente inadequação decorrente da busca – muitas vezes exclusiva – pela objetividade, contemplando, por seu turno, a subjetividade inerente aos processos e relações sociais que se desenvolvem e se estabelecem na utilização de serviços e programas. Trata-se do reconhecimento da multidimensionalidade do indivíduo e do processo saúde-doença.

Elegemos como espaço de observação, no âmbito deste estudo, o Município de Fortaleza. A escolha deste município se deve ao fato de constituir localidade que experimentou, a partir da segunda metade desta década, um expressivo processo de mudança no modelo assistencial, implantando, simultaneamente, 200 Equipes de Saúde da Família.

O objetivo geral consistiu em identificar de que maneira as dimensões concernentes à integralidade e à humanização do cuidado se fazem presentes no interior da Estratégia Saúde da Família, a partir das percepções dos diferentes atores implicados, no Município de Fortaleza-CE. Já os objetivos específicos se voltaram a: a) identificar as percepções de trabalhadores da saúde envolvidos na operacionalização da ESF e de usuários, no Município deste estudo, acerca dessa proposta de atenção em saúde; e b) analisar as correspondências dos discursos produzidos por esses diferentes grupos de atores sociais.

Em síntese, este estudo se propõe a contribuir para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, uma vez que se propõe a focar a *qualidade* em sua dimensão subjetiva, colocando em relevo a *integralidade do cuidado* que se pretende na atenção básica, a qual constitui, em nosso entendimento, condição indispensável para a humanização dos serviços.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo, apresentamos a Estratégia Saúde da Família ou ESF e revisitamos o estado da arte no campo da avaliação em saúde. Apontamos ainda as vertentes predominantes de modo a situar a abordagem qualitativa no interior desse conjunto de práticas; sinalizar suas interfaces com as diretrizes aqui contempladas; e a demarcá-la como tradição teórico-metodológica inerente a essas dimensões. Na seqüência, será abordada a integralidade – princípio doutrinário do SUS (Sistema Único de Saúde) – identificando seus diferentes sentidos, dialogando com a racionalidade científica e com a formação em saúde. O tópico subsequente refere-se à humanização, inserindo a dimensão do acolhimento, da escuta do cuidado e da assistência enquanto relação. Finalizando, procuraremos exercitar um deslocamento do plano conceitual para o operacional, visando a subsidiar a construção de propostas de avaliação fundamentadas nos elementos aqui mapeados.

### **2.1 A ESF – Estratégia Saúde da Família**

Em 1994, o Programa Saúde da Família – PSF é lançado oficialmente como ação articulada do Ministério da Saúde para alteração do modelo assistencial então vigente, pautado em práticas individualistas e curativas, sem resolutividade. Desde então, a denominação Programa vem sendo substituída pelo termo Estratégia, para caracterização do conjunto de práticas que integram a proposta Saúde da Família no Brasil.

Com efeito, o termo Estratégia é dotado de um sentido (significado) muito mais adequado àquilo que se pretende para a Atenção Básica no Brasil. Primeiramente, porque os programas sociais – incluindo os programas de saúde – no Brasil tiveram, ao longo de nossa breve história, uma vinculação muito forte aos grupos políticos que ocuparam o poder em diferentes momentos; e o tempo de permanência desses grupos no poder determinava a longevidade de uma ou outra ação programática (UCHIMURA; BOSI, 2002), revelando sua fragilidade em termos de permanência nos casos de mudanças políticas. Outro aspecto, e possivelmente o mais relevante, leva em conta a missão da proposta Saúde da Família

enquanto “[...] estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde” (BRASIL, 2008b).

Percebemos, no último parágrafo, que o emprego de determinados vocábulos nos impõe alguns esclarecimentos conceituais. Assim, recuperamos o termo Modelo Assistencial tal como concebido por Paim (1999), que consiste na forma de organização e articulação entre recursos físicos, tecnológicos e humanos no sentido de enfrentar os problemas de saúde vigentes numa determinada sociedade. E, por Atenção primária, entendemos (STARFIELD, 2004, p.28):

[...] aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

É, no entanto, necessário assinalar que a definição acima, proposta por Starfield (2004), se refere à Atenção Primária. Optamos pelo emprego do termo Atenção Básica pelo motivo de que é esse o termo que vem sendo adotado pelo Ministério da Saúde nos documentos oficiais acerca do primeiro nível de complexidade e porta de entrada do SUS – Sistema Único de Saúde, ainda que tal emprego seja alvo de polêmica (SENNA, 2002).

Voltando à discussão, à Saúde da Família compete a responsabilidade – por meio de suas ações multiprofissionais e programáticas – de viabilizar o SUS como um modelo assistencial plural, cuja ênfase estaria na promoção da saúde e que se prestaria a alterar a atual e volumosa demanda espontânea por ações e serviços de saúde pela organização e controle dessa mesma demanda, estabelecendo, de forma integrada nos vários níveis de hierarquização do sistema, uma estrutura verdadeiramente voltada à saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b):

Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade [...] Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

A gestão da estratégia Saúde da família compete ao Departamento de Atenção Básica (DAB), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde. Sua missão institucional consiste em operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do

SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2008b).

O trabalho na Estratégia Saúde da Família é pautado na atuação de equipes da Saúde da Família, as quais devem buscar, permanentemente, o estabelecimento de troca de experiências e conhecimentos entre seus integrantes e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são constituídas, minimamente, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta também com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental. Tais equipes se responsabilizam pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Suas ações compreendem promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2008b).

Teoricamente, cada equipe deve se responsabilizar pelo acompanhamento de cerca oitocentos a mil famílias de uma determinada área. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, mas também está previsto o trabalho extramuros: nas residências e nos espaços da comunidade, como igrejas, parques, escolas, centros de convivência. Dessa forma, a Atenção Básica se caracteriza (BRASIL, 2008b):

como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

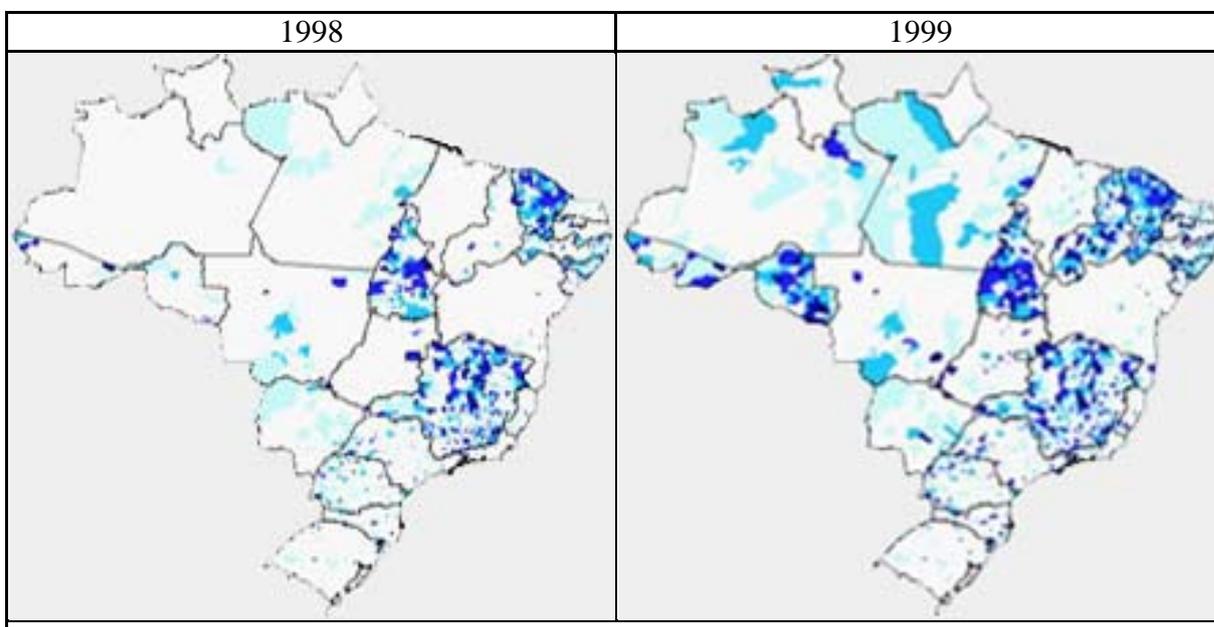
Em 2008, foi aprovada a Portaria 154, de 24 de janeiro, que estabelece a criação dos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, cuja missão, descrita no Artigo 1º. do referido documento, consiste em “ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”.

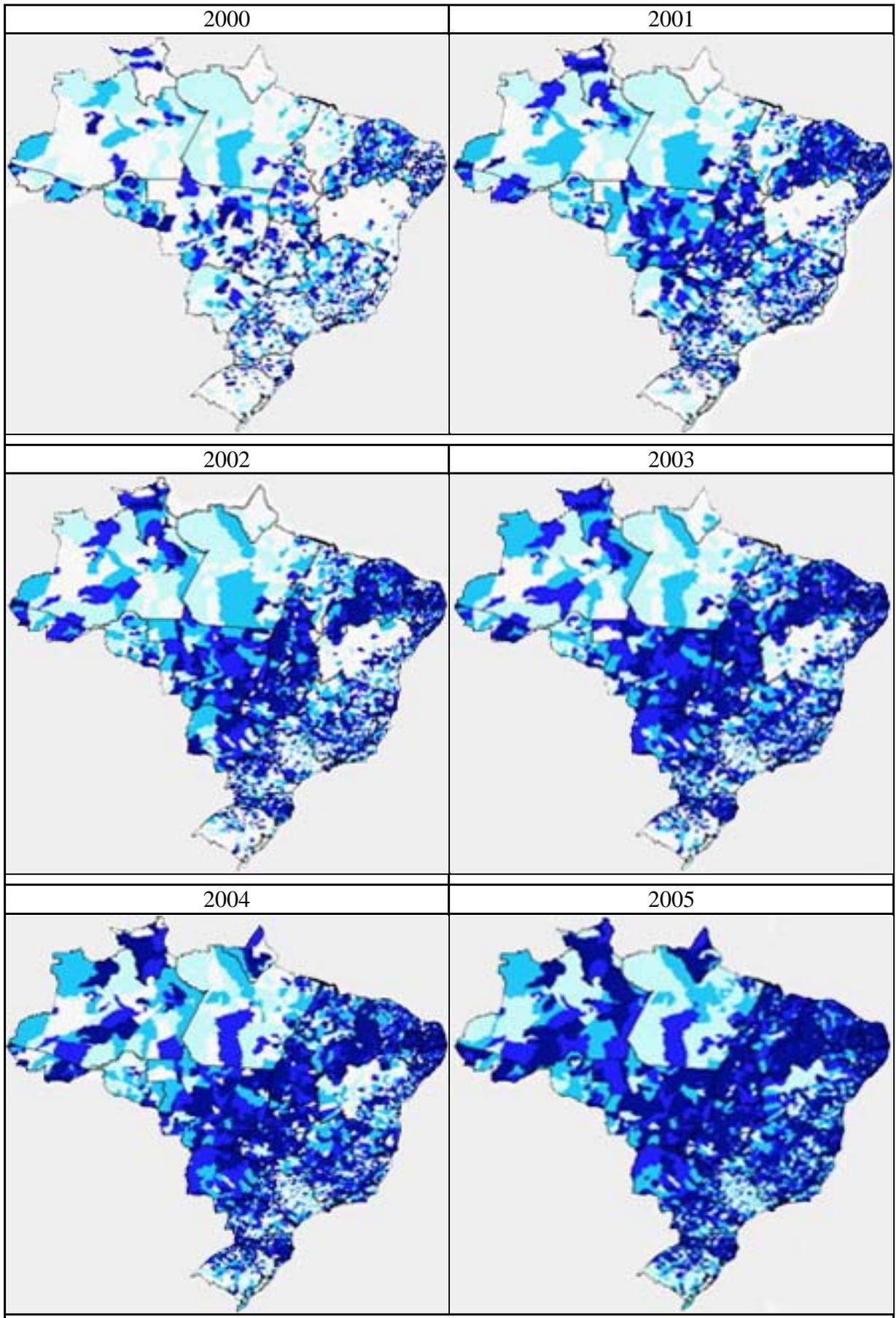
Trata-se de uma estratégia para ampliação das práticas na atenção básica e, conseqüentemente, da resolutividade das ações, pois os NASF são formados por equipes contendo profissionais de diferentes áreas de formação, atuando em parceria com os profissionais das ESF. Foram criadas duas modalidades de NASF:

- a. NASF 1: composto por, no mínimo, 5 profissionais não coincidentes entre: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.
- b. NASF 2: no mínimo 3 profissionais de nível superior, de ocupações não-coincidentes, entre: assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, em seu sítio eletrônico (BRASIL, 2008b), “a Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil”.

Sua crescente expansão impressiona. Desde 1994, vem apresentando aumento de cobertura, com maior expressividade nos últimos anos.





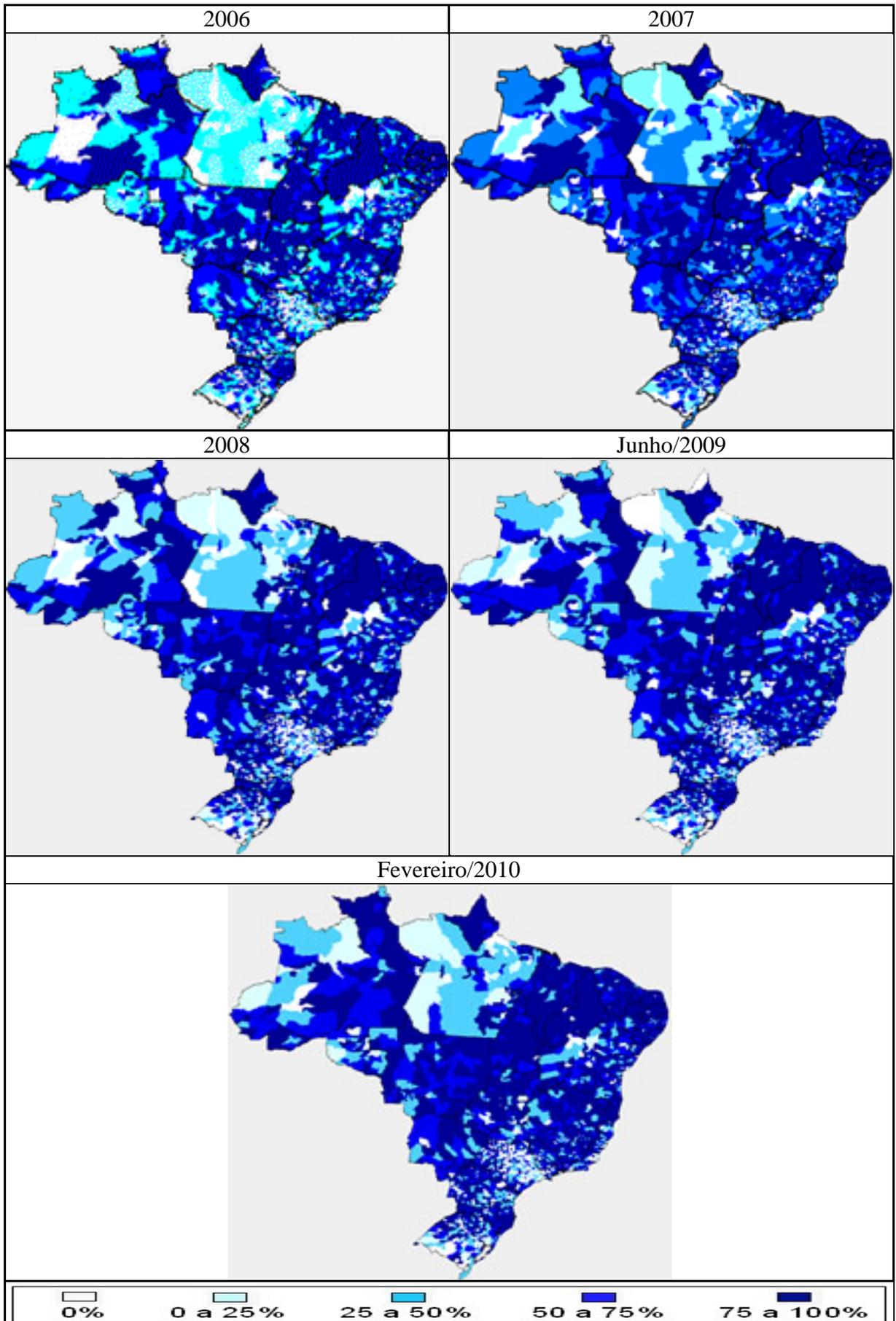


Figura 1 – Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família. BRASIL - 1998 - DEZEMBRO/2008

A Figura 1 ilustra a expressiva evolução de Equipes de Saúde da Família, em todo o território nacional, ao longo dos últimos doze anos. Esse avanço quantitativo representa substancial mudança nas práticas de saúde, com o crescimento da atenção básica, lembrando que, anteriormente ao SUS, as ações de saúde permaneciam limitadas ao âmbito hospitalar, curativo.

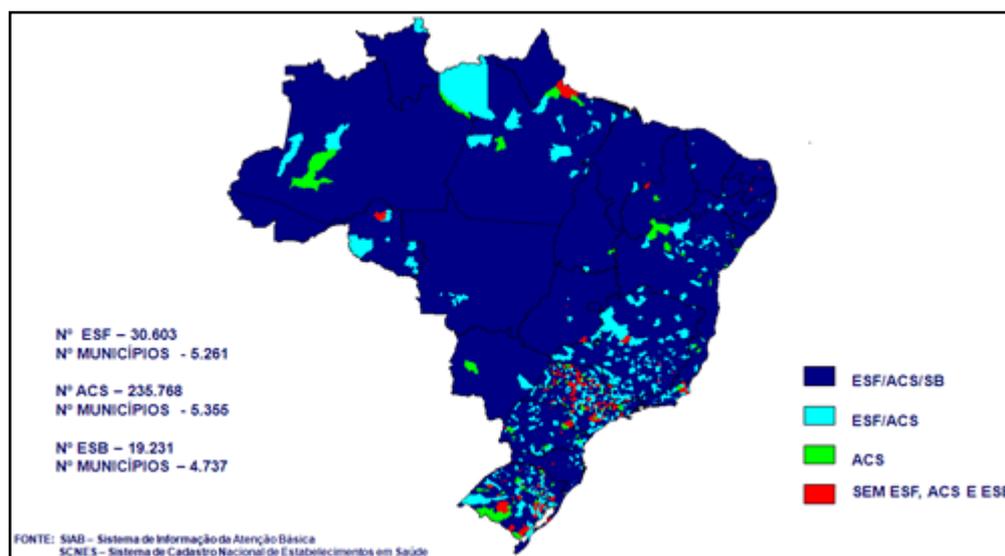


Figura 2 – Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL - FEVEREIRO/2010

Um importante aspecto dessa mudança se refere à incorporação das ações de saúde bucal ao conjunto de ações ofertadas no âmbito da atenção básica, no Brasil, caracterizando as chamadas *Equipes Ampliadas*. Embora a ampliação das equipes de saúde da família, com a inclusão dos profissionais da odontologia, somente aconteça a partir de 2000, por meio da *Portaria n. 1.444* do MS, de 29 de dezembro (BALDANI et al., 2005).

As figuras 3, 4, 5 e 6 ilustram, respectivamente, o avanço do número de equipes implantadas, de municípios que já efetuaram adesão e de população coberta pela Estratégia Saúde da Família, revelando uma crescente progressão desde 1994 até fevereiro do ano corrente.

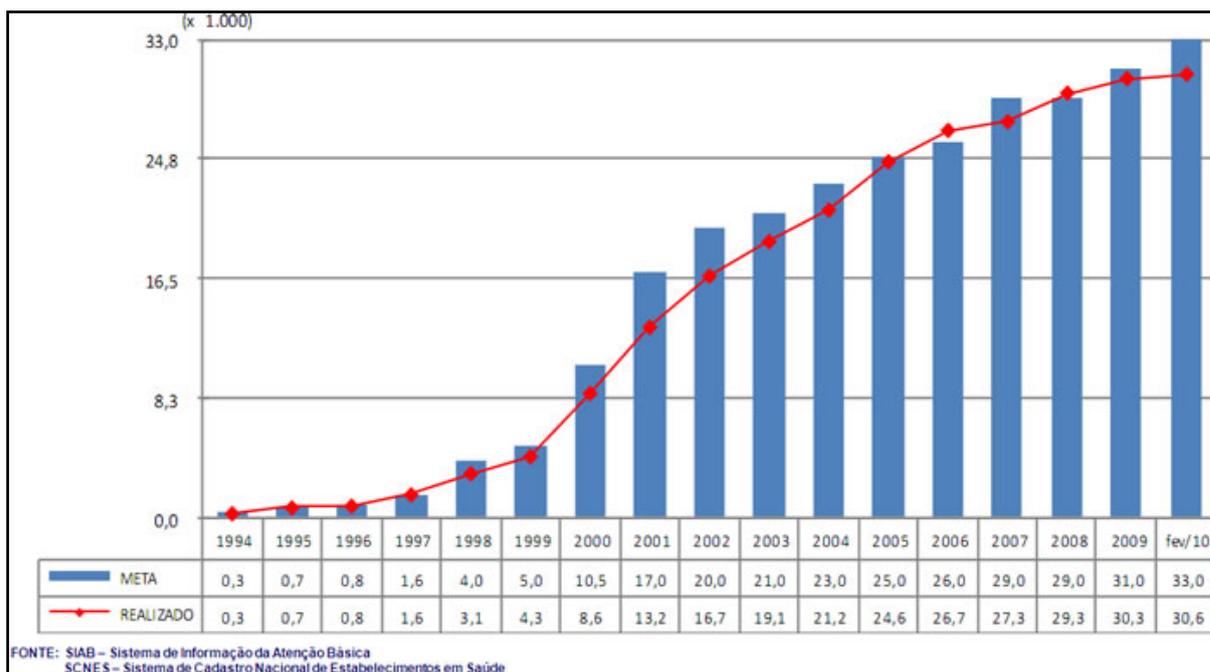


Figura 3 – Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL – 1994 a FEVEREIRO/2010

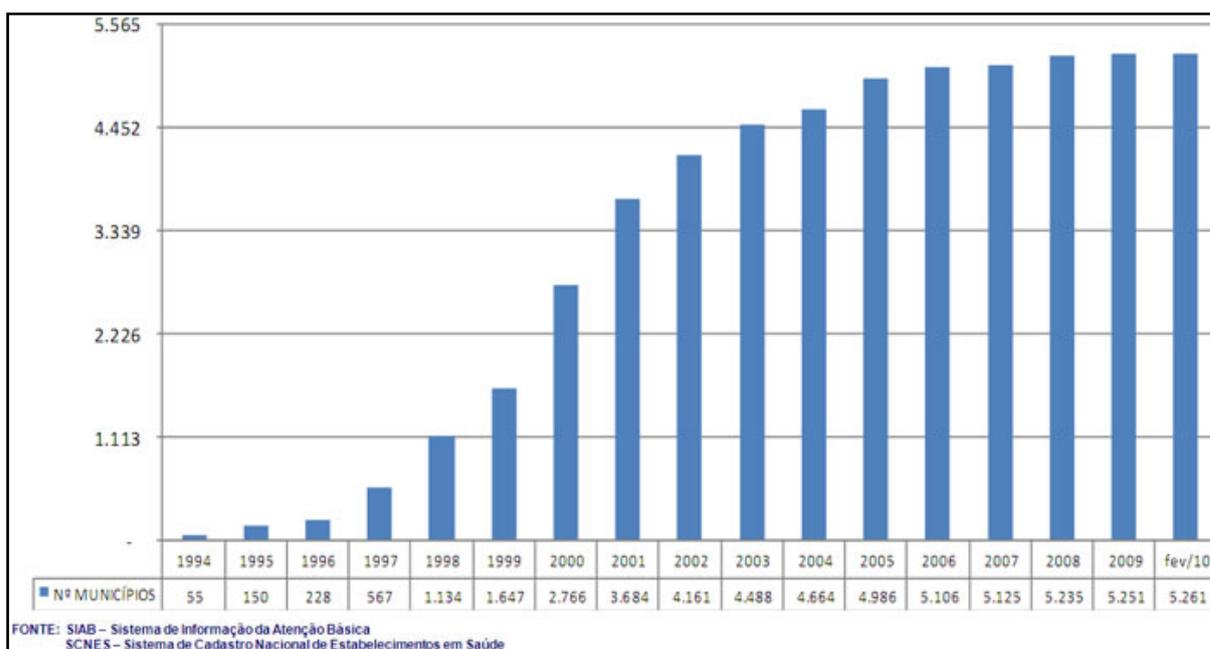


Figura 4 – Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – FEVEREIRO/2010.

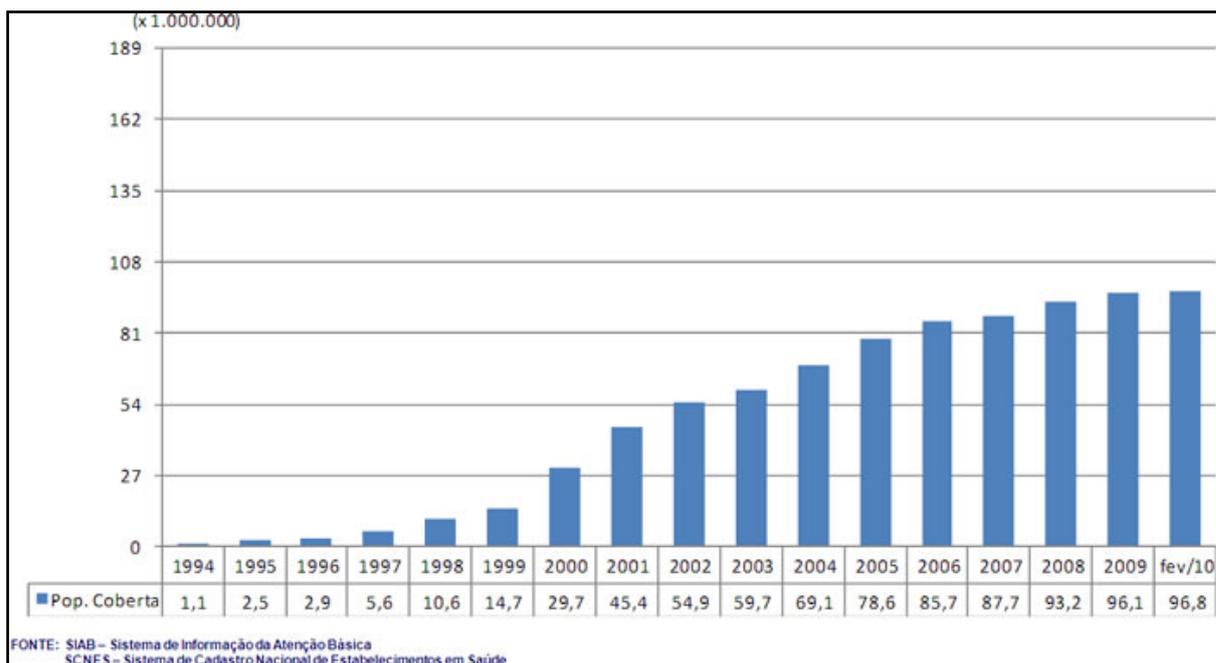


Figura 5 – Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas. BRASIL - 1994 – FEVEREIRO/2010

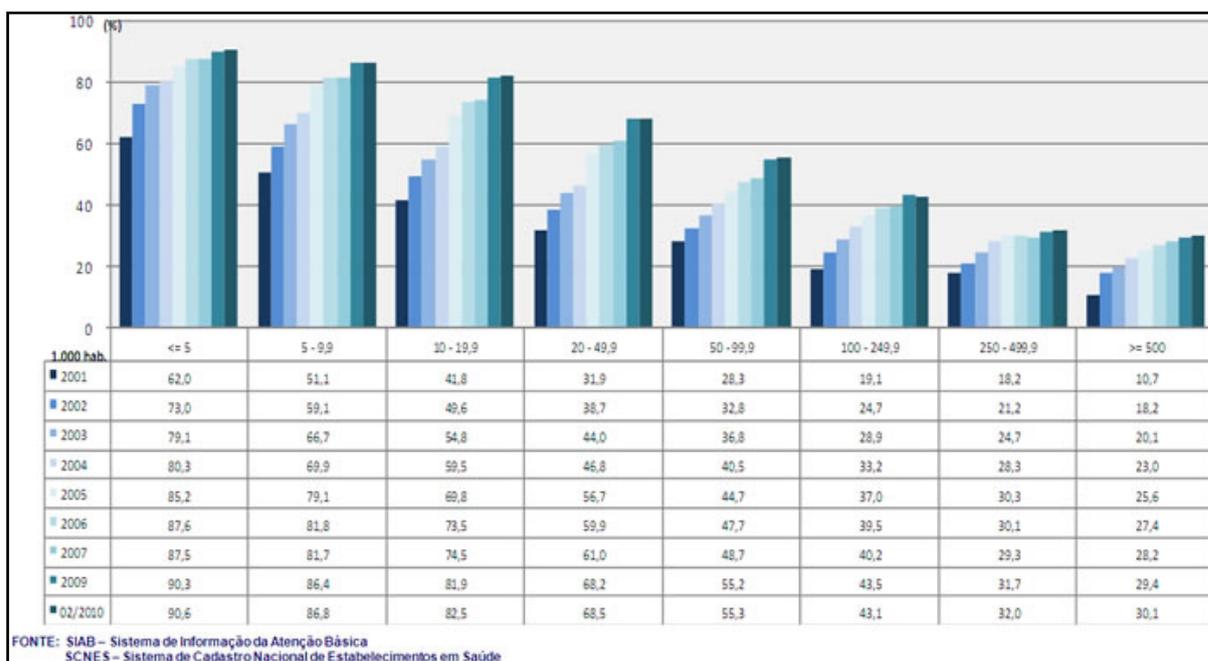


Figura 6 – Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF Distribuído por Porte Populacional. BRASIL - FEVEREIRO/2010

## 2.2 Notas introdutórias: Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde<sup>1</sup>

Ainda que sob forte influência positivista e, portanto, marcada historicamente pelo uso predominante de métodos quantitativos, a avaliação de programas de saúde resiste na atualidade como tema de destaque no cenário das ações de planejamento e gestão. Dentre os vários aspectos relacionados a esta *visibilidade*, situam-se a crise fiscal do Estado e a redução dos gastos públicos, crise que também se estende aos modelos organizacionais e às ideologias profissionais, em um contexto onde movimentos sociais vocalizam novas necessidades e novas formas de cuidado, como expressão de cidadania.

Esse cenário tem sido capaz de demandar e, com isso, gerar estratégias metodológicas variadas e multidimensionais. Tomando por referência essa aproximação – o método (utilizado) da natureza do objeto (avaliado), assinalamos que a iniciativa de se apontar subsídios para a construção de propostas metodológicas de avaliação voltadas à qualidade deve levar em conta o tensionamento inerente às infinitas possibilidades que se vislumbram face às múltiplas variações das modalidades de programas de saúde existentes. Com efeito, cada proposta avaliativa se justificaria em função e a partir de seu objeto (sem esquecer dos grupos de interesse envolvidos), o qual, por seu turno, estaria circunscrito à dimensão objetiva ou à dimensão subjetiva da qualidade podendo-se pensar, ainda, em combinações dessas tradições (UCHIMURA; BOSI, 2004a).

Em outros termos, partimos do pressuposto de que alguns elementos constituem a base de sustentação teórica e técnico-operacional para determinados programas, conferindo-lhes singularidade e, dada sua relevância, precisam ser devidamente considerados na construção de desenhos avaliativos.

Além disso, é oportuno lembrar que toda proposta avaliativa subentende interesses e deve se voltar para o alcance de certos fins, articulando-se fortemente ao contexto no qual emerge. Nesse sentido, sustentamos que a existência de um sistema de saúde ancorado em uma noção ampliada de saúde, que pressupõe a humanização das práticas e que

---

<sup>1</sup> Os tópicos 2.2 a 2.8 foram elaborados ao longo do Doutorado em co-autoria com a Orientadora e estão publicados sob os títulos abaixo, devendo o conteúdo ser referido conforme segue:

Tópicos 2.2 a 2.6 e 2.8: BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO MARTINEZ, F. J. (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

Tópico 2.7: UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Avaliação da qualidade na estratégia saúde da família. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007.

estimula a compreensão da saúde como direito de cidadania, exerce, sem sombra de dúvida, fundamental papel na definição de um panorama com especificidade própria, a ser reconhecida e considerada nas iniciativas de avaliação, em especial, aquelas voltadas à avaliação da qualidade.

Exemplificando, no Brasil, a vigência do SUS (Sistema Único de Saúde) com todo seu arcabouço ideológico materializado em diretrizes, princípios e ideário, bem como a existência concreta de seus desdobramentos e estratégias – um exemplo é o PSF (Programa Saúde da Família) – são situações indiscutivelmente oportunas à idealização de propostas metodológicas que iluminem aqueles elementos que lhes são específicos.

O SUS representa a materialidade de um projeto de saúde para o país, idealizado a partir de uma história marcada por intensa reflexão e mobilização política, inspiradas por um arcabouço ideológico-filosófico que confere destaque à centralidade da promoção da saúde na efetivação de um modelo assistencial universal, integral e equitativo. Sua operacionalização envolve, evidentemente, uma extensa rede, constituída pelos serviços – nos diversos níveis de complexidade – e pelos inúmeros programas ou estratégias que se traduzem em ações ou práticas de saúde.

Inserese nesse contexto a Estratégia Saúde da Família, voltada à efetiva incorporação dos princípios e do ideário do SUS nas práticas de saúde e, por conseguinte, à transformação do modelo de assistência à saúde no Brasil, que alcançou, em março deste ano, marca superior a 80 milhões de usuários. Seu acelerado crescimento, bem como o volume de investimentos alocado em sua expansão nos últimos dez anos, somado às particularidades dessa proposta reflete, de forma explícita, a premência de se desenvolver propostas avaliativas que considerem os elementos que imprimem tal singularidade ao SUS e a seus desdobramentos.

### **2.3 Acerca do conceito e da *praxis*<sup>2</sup> em avaliação de programas de saúde**

Avaliação é um termo bastante enfatizado no plano dos discursos e das práticas em diferentes campos e também na saúde – termo antigo, mas que vem se revalorizando, conforme já assinalamos, face aos desafios e obstáculos que se apresentam nos vários setores ligados ao planejamento de ações de âmbito social, dentre os quais, o setor saúde. Tais

---

<sup>2</sup> “Ação em que o agente e o produto de sua ação são idênticos, pois o agente se exterioriza na ação produtora e no produto, ao mesmo tempo que este interioriza uma capacidade criadora humana, ou a subjetividade” (CHAUÍ, 1999, p.419).

desafios conferem destaque à avaliação – de sistemas, organização de serviços e da atenção à saúde – quer como ferramenta de gestão na tomada de decisões ou alocação de recursos de forma mais adequada, quer como instrumento de democratização e empoderamento (*empowerment*) da população, o que já aponta para os vários usos e, por conseguinte, sentidos do termo.

Fala-se em avaliar (ou em avaliação) como se em uníssono. Contudo, o conceito permite um leque bastante amplo de sentidos, não raro antagônicos, o que, a nosso ver, justifica um esforço de apontar as concepções mais usuais no sentido de demarcar aquela que fundamenta a discussão aqui empreendida, exigindo suportar o deslizamento polissêmico. Tal esforço, ainda que não se pretenda exaustivo, visa a se contrapor às concepções que tomam a avaliação em seu sentido estritamente instrumental, esquecendo que o foco, bem como as dimensões de análise privilegiadas em uma avaliação – no caso, de programas de saúde – implicam postulados teóricos que lhes servem como fundamento (PINTO, 1986 *apud* ACURCIO; CHERCHIGLIA; SANTOS, 1991). Isto porque a ênfase nos aspectos práticos/pragmáticos sem uma contrapartida conceitual parece, em parte, responder pelo insucesso de muitas iniciativas no campo da avaliação.

Conforme mencionamos, o termo *avaliação* assume, *grosso modo*, um sentido consensual, associado à atribuição de valor, à manifestação de alguém em relação a alguma coisa, sem um compromisso com o fundamento desse juízo ou com o uso de um determinado método. Se, no entanto, o que estiver em tela for a avaliação de políticas e programas de saúde, inscrita – portanto – na esfera da cientificidade, não há tanta consonância. Nesse caso, a avaliação pode assumir um vasto espectro de desenhos e configurações, podendo variar teórica e metodologicamente, em função do escopo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo.

A avaliação, nesse âmbito, pode ser definida “como um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade ao *que é feito* por referência ao *que se pode e/ou se quer fazer* com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde” (AYRES, 2004a, p.585). O termo *sistemático* nos parece especialmente importante, uma vez que já realiza uma primeira demarcação, implicando em rigor, o que situa a avaliação em âmbito distinto daquele operado pelo senso comum. Apesar da aproximação com a pesquisa, também se distingue desta prática, tendo em vista que, na avaliação, ao contrário do que se espera da pesquisa, pretende-se emitir juízos de valor.

A questão adquire maior complexidade quando se associa a esse conceito outro igualmente polissêmico – a qualidade – dando origem a novos construtos: *avaliação da qualidade*, *avaliação qualitativa*, dentre outros. Em discussão anterior (UCHIMURA; BOSI, 2002), analisamos as dificuldades na utilização do conceito qualidade, apontando distintas definições e as tensões semânticas presentes nas definições deste termo na literatura, traduzindo o seu caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas e revelando-se mesmo contraditório, à medida que possibilita polarizações cuja síntese aponta algumas dificuldades. Mais que isto, permite – sob o rótulo qualidade – agregar postulados inconciliáveis nos planos epistemológico, metodológico e político (BOSI; MERCADO MARTINEZ, 2004), cabendo assinalar, sobretudo, a inclusão ou não da subjetividade.

No campo da saúde – e da avaliação de programas – vale ressaltar a dificuldade de se conceituar qualidade bem como sua polissemia (UCHIMURA; BOSI, 2004a). Resulta daí o enfraquecimento do conceito e o estreitamento de sua amplitude, uma vez que certos sentidos e, por conseguinte, determinadas dimensões preponderam nos modelos avaliativos utilizados. Nesse campo específico, o paradigma que orienta a avaliação da *qualidade* dos programas privilegia, de maneira excessiva, se não exclusiva, aquelas dimensões objetiváveis, ou seja, passíveis de quantificação, correspondendo ao que Demo (2000) define como *qualidade formal*, o que resulta na exclusão da dimensão subjetiva, simbólica, ou seja, o propriamente humano.

O reconhecimento da multidimensionalidade da qualidade, sobretudo a extrínseca, converge para as características da quarta geração da avaliação – *fourth generation evaluation* – descritas por Guba e Lincoln (1989), os quais assinalam a necessidade de negociação e consenso entre os diversos atores sociais, em superação e contraposição a estágios anteriores em que imperavam concepções unilaterais e, por essa razão, reconhecidos em sua limitação.

Ao considerar – em sua apreensão de avaliação de programas – uma multiplicidade de elementos, Ayres (2001) transcende a dimensão da objetividade e se reporta à subjetividade presente na prática em saúde. E, reconhecendo a polissemia da qualidade, o autor desenvolve uma proposta de classificação (da avaliação de programas e serviços) que tomamos por uma versão próxima das formulações que vimos construindo acerca das possibilidades avaliativas e que, resumidamente, consiste em reconhecer duas modalidades de avaliação.

Uma delas, chamada de *avaliação normativa*, destina-se a verificar o “êxito técnico” (AYRES, 2001) de ações em saúde, aí compreendidos os produtos do trabalho na saúde, ou seja, os objetos e objetividades produzidos nas ações desenvolvidas no campo da

saúde. Essa modalidade se limita, geralmente, à quantificação, pois se destina a avaliar elementos formais de uma intervenção, admitindo uma perfeita justaposição com o que denominamos *avaliação da qualidade formal* (UCHIMURA; BOSI, 2004a).

A outra, chamada de *avaliação formativa*, vai além da dimensão objetiva da qualidade, voltando-se ao julgamento do “sucesso prático” (AYRES, 2001) de uma ação em saúde, o que implica reconhecer os “*projetos de felicidade* que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar”, ou seja, volta-se à dimensão subjetiva da qualidade, formulação análoga à nossa concepção de *avaliação qualitativa* (UCHIMURA; BOSI, 2004a).

Ao lado disso, qualidade é um conceito cujo uso vem se difundindo nas últimas décadas, acompanhando o que poderíamos denominar *ideologia da qualidade* e se distanciando daquilo que efetivamente preside um conjunto bastante amplo de práticas sociais. Fala-se hoje em qualidade em todos os setores e áreas; e, paradoxalmente, assiste-se a uma ideologia consumista e compulsiva onde a quantidade se sobrepõe à busca de valores e a uma reflexão ética. Mais que isso: o aumento na quantidade muitas vezes é entendido, de forma mecânica, como ganho ou modificação em termos de qualidade. Embora isto possa se verificar, consoante a dialética, tal conclusão pede um exame do que seja qualidade, e em que sentido ela é tomada.

Vale observar que estudos de avaliação com contornos mais tradicionais, voltados à análise da eficácia e/ou eficiência de determinado programa, dada a natureza do método que empregam e o entendimento da realidade a partir de uma ótica de objetivação, seriam apropriados para a análise ou mensuração do *êxito técnico* do programa, ou seja, de sua *qualidade formal*, portanto objetiva.

Por outro lado, estudos de avaliação voltados à dimensão subjetiva da qualidade, sendo aquela que admite a experiência, o vivido, as emoções e sentimentos, seriam adequados à análise do *sucesso prático*, ou seja, à análise da efetividade de um programa de saúde, pois consideraria as expectativas e o projeto de vida e de felicidade de seus usuários. Quanto a isto, é importante despolarizar, ultrapassando querelas qualitativo *versus* quantitativo, uma vez que, conforme retomaremos adiante, a multidimensionalidade intrínseca ao conceito de qualidade implica em diversidade de abordagens e combinações metodológicas, conforme assinalado por autores como Patton (1987) e Guba e Lincoln (1996), superando, desta forma, a imagem “um ou outro” em direção à reflexão ontológica, ou seja, ao reconhecimento da natureza do problema, aspecto que, por si, já demarca a *ferramenta* a ser utilizada (BOSI; MERCADO MARTINEZ, 2004).

Quanto a essas polaridades ou perspectivas que poderíamos nomear positivistas/quantitativistas ou fenomenológico/qualitativas (construtivistas) ou crítico-interpretativas, dentre outras, cabe mencionar a preponderância na literatura científica – em consonância com o que se observa nas experiências avaliativas – da primeira vertente, tradicional, objetivadora, com a conseqüente exclusão dos sujeitos (ou pelo menos parte destes) do processo.

Essa concepção avaliativa fundamentada nos pilares da racionalidade científica moderna (PINHEIRO; LUZ, 2003) estreita o alcance dos processos implementados e das propostas ainda em implantação, sobretudo se pretendemos adotar uma concepção ampliada de saúde e de homem. Nossa afirmação encontra ressonância na análise de Akerman *et al.* (2002), ao defenderem a necessidade de estratégias de avaliação que transcendam as tradicionais propostas baseadas na dimensão biológica e na redução de riscos individuais.

Falar em humanização e integralidade, e refletir sobre a incorporação destes princípios ao campo da avaliação implica, assim, em incluir a qualidade a partir de uma aceção pluridimensional. Portanto, ainda que possa ser tomada como componente da avaliação de qualidade, a avaliação qualitativa de programas possui especificidade por ser aquela que *necessariamente* inclui os atores envolvidos nas ações em saúde, o que envolve a inclusão de suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos, reconhecendo os conflitos inerentes aos vários processos de subjetivação em jogo, sem o que estaremos tratando com outras concepções de qualidade, distantes de um modelo centrado nos princípios que orientam esta discussão. Ao afirmarmos *necessariamente inclui* queremos nos afastar de leituras que polarizam qualidade e quantidade como opostos inconciliáveis, mas reiteramos as diferenças existentes, em termos ontológicos, entre as duas abordagens.

Adotamos, portanto, uma postura onde uma polaridade se apresenta como “base e condição” (DEMO, 2000) para outra numa oposição de natureza dialética sem que isso signifique que se diluam as diferenças ontológicas. Noutras palavras: dependendo dos pressupostos adotados, é possível desenvolver avaliações de qualidade sem que nelas se incluam processos avaliativos qualitativos no sentido aqui demarcado. Tal distinção, embora à primeira vista possa parecer elementar, reveste-se de capital importância haja vista o uso indiscriminado e o intercâmbio entre as duas modalidades gerando simulacros que oficializam e mesmo instituem no plano simbólico a existência de iniciativas tomadas como avaliação qualitativa quando, em verdade, se referem a avaliações de aspectos relativos à estrutura,

processo ou resultado que, mantendo-se exclusivamente no plano da objetivação, sequer se aproximam do que aqui entendemos como avaliação qualitativa.

Sendo assim, no que concerne ao emprego do conceito de avaliação, torna-se central delimitar em que sentido ele está sendo utilizado. No contexto da nossa discussão, avaliação qualitativa é aquela que focaliza as dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas, uma vez que se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas no âmbito da saúde, no caso, os programas.

Encaminhando a discussão para a dimensão metodológica de tais propostas avaliativas, isso significa que o material a ser levantado, *embora também contemple, não pode se restringir* a instrumentos estruturados visando a objetivação através de respostas numéricas, escalas, diagramas e seus correlatos. Ao contrário, implica em reconhecer e considerar a centralidade dos processos simbólicos – e práticas discursivas dos atores envolvidos, em especial dos usuários – para a avaliação dos rumos da qualidade de um programa, compreendendo, sobretudo, o que *para eles* significa qualidade, já que constitui objeto ontologicamente distinto daqueles que se submetem à quantificação. Impõe-se, portanto, a valorização das percepções dos sujeitos implicados nas práticas – usuários, técnicos, gestores, dentre outros – entendendo essas percepções não como subjetividade desencarnada, mas como sinalização das experiências materializadas nas relações estabelecidas no interior de determinado programa.

Embora a predominância de estudos quantitativos – as chamadas *avaliações normativas* – nas bases de dados nacionais e internacionais seja incontestável, já que infinitamente mais profusas, as recentes referências aos estudos que utilizam estratégias exclusivamente qualitativas, bem como àqueles que combinam ou recomendam estratégias multidimensionais, contemplando aspectos quantitativos e qualitativos na avaliação de programas de saúde (TRAD; BASTOS, 1998; TRAD; BASTOS, 2002; CLARK; BARBOUR; MCINTYRE, 2002; UCHIMURA; BOSI, 2004b; TANAKA, 2004; PEDROSA, 2004; YOO *et al.*, 2004; LOW; PERRY; WILKINSON, 2005; SANTOS; UCHIMURA; LANG, 2005), começam a ganhar espaço, tomando por base a escassez de publicações que imperava em um passado não muito distante.

Não estamos afirmando que a lacuna de produção qualitativa tenha sido superada, fique claro. O fato é que, nesse cenário, no que diz respeito à literatura científica, começam a aparecer com certa recorrência estudos avaliativos híbridos – que empregam combinação de métodos quantitativos e qualitativos. Associando-se a este movimento observado no campo científico, evidencia-se um esforço por parte das agências estatais no sentido de incorporar,

com sensíveis variações, a perspectiva qualitativa no plano discursivo e no âmbito de propostas em implantação em nível regional ou nacional (BRASIL, 2005a).

Se, por um lado a incorporação gradual de elementos subjetivos nos impele a reconhecer sua importância enquanto etapa da necessária institucionalização da qualidade nos processos avaliativos, por outro lado não nos impede de identificar nesses modelos problemas teórico-conceituais e metodológicos, sobretudo no que se refere aos vários conceitos aqui demarcados, objeto cuja análise ultrapassa os propósitos deste texto. Ainda assim, indagamos: seria isso uma etapa intermediária – e quiçá imprescindível – entre a objetividade restrita e a subjetividade ilimitada?

Acreditamos que a adoção de propostas de avaliação qualitativas contribuirá de maneira decisiva para a superação do hiato resultante do emprego de modelos apoiados no paradigma positivista, o qual concebe a saúde como processo unidimensional e biológico, uma vez que tal combinação viria a desvelar a dimensão subjetiva – simbólica – das relações que se processam seja no plano dos programas, serviços ou ações em saúde. Em outras palavras, a busca por informação qualitativa – definida por Bosi e Mercado Martinez (2004) como aquela que não encontra expressão em números – acerca dos serviços e ações em saúde, romperia com a freqüente inadequação decorrente da busca – muitas vezes exclusiva – pela objetividade, contemplando, por seu turno, a subjetividade inerente aos processos e relações sociais que se desenvolvem e se estabelecem na utilização de serviços e programas. Trata-se do reconhecimento da pluridimensionalidade do indivíduo e do processo saúde-doença.

Conforme já indicado antes, reitera-se aqui nossa posição no sentido de defender, também, o reconhecimento da multidimensionalidade da qualidade em saúde como objeto de saber e de prática, pois o contrário, acreditamos, sustentaria a inadequação da escolha de maneira exclusiva entre uma ou outra dimensão. Recuperando a discussão nesse âmbito, por multidimensionalidade *intrínseca* entende-se o trânsito da qualidade entre os domínios da objetividade e subjetividade; e por multidimensionalidade *extrínseca* entende-se a qualidade como algo que varia e se difere de acordo com a posição ou interesses de grupos ou atores sociais (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Contudo, há que se ter clareza acerca da correspondência entre as diferentes dimensões e as tecnologias avaliativas adequadas a cada uma delas. Visando a contribuir para esta construção, elegemos dois pressupostos do texto oficial do SUS – a integralidade e a humanização – capazes de integrar essas dimensões e que serão focalizados na reflexão que ocupará os próximos tópicos.

## 2.4 A Integralidade como princípio norteador da avaliação

Na esteira desse favorável contexto que emerge com a construção e implantação de um modelo assistencial que se pretende plural, a produção científica acerca da integralidade vem experimentando, nos últimos anos, um período bastante fértil, expresso na diversificação e riqueza de trabalhos e pela agregação de pesquisadores interessados no estudo dessa temática (PINHEIRO; MATTOS, 2004), fato que tem oportunizado um acúmulo conceitual associado ao desenvolvimento de projetos integrados e interinstitucionais.

Inserindo-se nessa produção, Mattos (2001) desenvolve uma reflexão sobre a integralidade do cuidado em que identifica três grandes conjuntos de sentidos usualmente empregados. Um deles remete a uma atitude dos profissionais de saúde – a de buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta. Um segundo conjunto de sentidos da integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. E o terceiro conjunto de sentidos é marcado pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto, amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política. Em resumo: para o autor, a integralidade pode ser concebida como princípio orientador das práticas, ou orientador da organização do trabalho, ou, ainda, orientador da organização das políticas, mas, acima de tudo, implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo.

Mais recentemente, o mesmo autor apresentou várias dimensões da integralidade na prática (MATTOS, 2004, p.1415) – que, por sua vez, se manifestam no cuidado – observando que não se trata de buscar ou propor uma “postura holística”, que se volta a “apreender tudo”, mas “um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção”. Dentre elas, destacamos:

- ✧ Capacidade para responder ao sofrimento manifesto, o que depende tanto da postura dos profissionais, como da organização dos serviços.
- ✧ Postura não reducionista ante as necessidades de ações e serviços de saúde apresentadas pelos sujeitos.
- ✧ Capacidade de apreensão ampliada das necessidades de ações de saúde, no contexto de cada encontro, por meio do olhar atento.

- ✧ Reconhecimento e defesa da intersubjetividade inerente às práticas em saúde, que fundamentalmente envolvem uma dimensão dialógica ou de negociação, entre profissionais e usuários, quanto à definição dos projetos terapêuticos.

Pinheiro (2001) também destaca o caráter polissêmico do termo integralidade e sustenta que esta é uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, considerando aspectos subjetivos e objetivos, tanto no plano individual como no plano sistêmico.

De acordo com Alves (2004/2005, p.41), a relevância da integralidade na reorientação do modelo assistencial reside justamente no fato de ser este, dentre os princípios do SUS, “aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema”, contrapondo-se a uma visão reducionista e fragmentada dos indivíduos.

Essa incursão sobre o tema integralidade nos remete, inevitavelmente, a uma breve, mas necessária, consideração sobre a noção de *cuidado* que permeia a presente reflexão, fundada na proposição de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde.

Ayres (2001, p.71) define o cuidado como algo que precisa se expandir para a totalidade, pois “cuidar de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação [...]”.

Essa apreensão de cuidado encerraria, segundo o mesmo autor, dois aspectos em destaque: a responsabilidade e a identidade (AYRES, 2004b, p.24):

É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos. O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, por sua vez, em questões de identidade [...], pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro.

Na mesma linha de pensamento, Alves (2004/2005, p.42) afirma que: “O olhar do profissional [...] deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos”.

Desta forma, propostas avaliativas que recuperem a integralidade, no sentido em que o conceito de avaliação é aqui empregado, confluem para o que se poderia nomear como uma *revolução em três níveis*, voltados aos planos assinalados por Mattos (2004): dos

indivíduos, expressando-se dentre outros aspectos, na prática ou atitude dos técnicos para com os usuários, na organização dos serviços e no plano da Política setorial do Estado. Evidencia-se, portanto, a implicação dos contextos macro e micro, exigindo a construção de estratégias centradas nesse princípio, materializadas em parcerias amplas – academia, ONGs, serviços etc.

A incorporação do princípio da integralidade, com vistas à reorientação do modelo assistencial, implica, assim, em integrar várias esferas (ALVES, 2004/2005), destacando-se, por conseguinte, os elos entre cuidado e integralidade, em decorrência da intersubjetividade inerente às relações que se estabelecem entre os sujeitos, permitindo definir o cuidado como “locus de signos da integralidade” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.32) sem, contudo, destituí-lo de seu caráter histórico, ou seja, do seu enraizamento na materialidade da vida social.

Visualiza-se, portanto, uma clara interface com outro pressuposto – o da *humanização* – que também demarcamos para reflexão, uma vez que sua utilização tem sido recorrente e, não raro, banalizada por imprecisões conceituais.

Esse tema, aliás, se insere no debate sobre a qualidade na atenção em saúde a partir de 1999, com contornos que remetem, àquele período, ao “voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” e, no início dos anos 2000 seu emprego passa a ser tão freqüente no campo dos programas do setor que influencia, sintomaticamente, certa padronização das ações em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.390).

Deslandes (2004) assinala que, no discurso oficial do setor saúde, onde a humanização aparece com freqüência, o sentido atribuído ao termo geralmente se refere à articulação entre a qualidade técnica da assistência e o reconhecimento dos direitos do usuário e de seus valores e subjetividade, aliados à valorização profissional. E, embora, não faça parte dos documentos analisados pela autora, identificamos muitas semelhanças no texto do Humaniza-SUS – Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003).

Importa observar que tal acepção não apenas evocaria melhorias em vários aspectos da assistência, mas, sendo oficial, teria o poder de interferir em todo um conjunto de práticas em saúde que se pretendem alinhadas a um modelo assistencial plural.

Mas o que para nós significa *humanização*? A quem compete essa demarcação? Aos técnicos, ao Estado, aos usuários? Afinal, trata-se de um objeto que demanda produção de conhecimento e diálogo e, portanto, não prescinde da alteridade.

## 2.5 Avaliação na perspectiva da humanização em saúde: do que estamos falando?

Pode-se dizer que a natureza do humano é uma questão que percorre o pensamento ocidental desde suas origens, desdobrando-se em diferentes tradições. Contudo, não raro, emprega-se o termo *humanização* como se houvesse um único e claro significado. Da mesma forma como ocorre em relação a outros conceitos aqui trabalhados, no que se refere a este, constata-se a possibilidade de diferentes leituras, dando sustentação a diferentes práticas (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CAMPOS, 2005).

Se humanizar é, por definição, *tornar humano, dar condição humana*, a questão passa a ser, portanto, o que se concebe como humano. Assim, no escopo de uma discussão que visa a contribuir para modelos avaliativos centrados nessa premissa, torna-se necessário demarcar, de forma clara, nosso entendimento do que seja este *humanizar*, que se distancia tanto das doutrinas humanistas quanto do humanitarismo em um sentido filantrópico, embora retendo deste último uma ética de busca da equidade, de superação das assimetrias geradoras das desigualdades sociais. Humano se refere, no interior deste texto, ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui referidas ao campo da saúde e, mais especificamente, ao plano dos programas no setor, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação.

Por relação intersubjetiva, espaço de humanização das práticas, não se está concebendo o contato entre indivíduos ou subjetividades isoladas – *desencarnadas*, no dizer de Merleau Ponty (1999) – mas como relação simbólica entre sujeitos historicamente situados. O que equivale a dizer que o humano se constitui *em relação* e não existe fora desta intersubjetividade. Citamos uma passagem de Hycner que ilustra de modo inequívoco o plano ontológico do humano tal como aqui o entendemos:

O paradoxo do [...] humano é que não sou completamente eu mesmo, até que seja reconhecido em minha singularidade pelo outro – e esse outro precisa do meu reconhecimento a fim de se tornar completamente a pessoa [...] que é. *Somos inextrincavelmente entrelaçados*. Nossa validação pelo outro traz valor a nós mesmos. Somos parte de um laço de relações recíprocas (HYCNER, 1997, p.15 – grifos do autor).

Tal assertiva ressoa na filosofia dialógica de Martin Buber:

Tendo emanado do domínio natural das espécies para a aventura da categoria solitária, cercado pela atmosfera de um caos que nasceu com ele, o homem espera, secreta e timidamente, um Sim, que só poderá vir de uma pessoa para outra. *É de um homem para outro que o próprio ser é passado* (1979, p.71 – grifos nossos).

Isto equivale a dizer que humanizar significa possibilitar esse (re)encontro, esse contato genuíno que representa não a captura do que se é, mas a revelação do que é preciso expressar. Humanização implica, assim, em acolhimento e, sobretudo, em empatia e diálogo.

Ao por em tela o dialógico, estamos aqui nos referindo não apenas ao plano estritamente discursivo digital ou analógico (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1999), mas, sobretudo, a uma atitude *awareness* e abertura *para com* o outro, identificando nossa interconexão humana. Implica em uma tomada de posição fundamentalmente ética nos termos em que nos fala Lévinas em sua obra *Autrement qu' être ou au delà de l'essence* ao radicalizar a ética da alteridade, abandonando a questão do ser, privilegiada na ontologia Heideggeriana em favor do *outramente que ser* que implica *em ser por outrem* (LÉVINAS, 1978). A condição ética se daria, assim, no contato, na abertura ao outro, condição de possibilidade de toda subjetividade (FREIRE, 2002).

Claro está que para haver diálogo é preciso haver duas presenças, em contato. Contudo, como também nos adverte Hycner (1997), nem todo contato é diálogo e nem todo diálogo é contato. Aqui é preciso enfatizar que o dialógico não pode ser reduzido à fala ou à conversação que, no melhor dos casos serão apenas formas de expressão e podem, com frequência, obstruir o diálogo, sendo mesmo o seu impedimento. O diálogo genuíno, reiteramos, é *uma atitude para com o outro* e pressupõe encontro – aquele “abraço de olhares” de que, poeticamente, nos fala Hycner (1997), em um relato acerca da intensidade de sua relação com um dos seus “clientes” em busca de cura:

ainda com lágrimas nos olhos, ele me olhou acanhadamente. Meu olhar encontrou o dele. Parecíamos estar em contato no espaço físico entre nós. Era um *abraço de olhares* que parecia infinito (e, ainda assim, o tempo passava) (1997, p.33 – grifos nossos).

Sem nos darmos conta dessa busca e da centralidade do diálogo, não chegaremos nunca à integralidade, tampouco construiremos um modelo centrado na humanização.

Evidentemente que esta aproximação ilustrada por Hycner (1997), correspondendo ao que Buber nomeia atitude Eu-Tu não pode ser mantida indefinidamente, devendo-se alternar com o distanciamento – atitude Eu-Isso (BUBER, 1979), inerente aos requisitos técnicos da prática. Contudo, é preocupante que, na era da super comunicação, em que barreiras de tempo e espaço são permanentemente transpostas, estejamos assistindo o desaparecimento do diálogo, na acepção aqui demarcada.

O mero palavreado e o trânsito frenético de mensagens na *web*, sustentado e sustentáculo de uma cultura das sensações, *grosso modo* é confundido com diálogo quando na verdade o esfacela criando simulacros.

Elimina-se, assim, o humano, desumanizando as práticas sociais – e em saúde – ao se reduzir relações entre pessoas a relações Eu-Isso. Tal condição implica em *despersonificação* nos termos em que Erving Goffman (1969) a denuncia como traço de relações estabelecidas onde um anula a existência do outro, condição contida no que o autor designa por meio do conceito de *não-pessoa* (GOFFMAN, 1969, p.177; SERAPIONI, 1999). Tal mecanismo ressoa em muitos dos instrumentos e tecnologias empregados na avaliação tradicional à medida que restringem ou impedem a escuta e o diálogo, já que não inserem esta dimensão no modelo. Que implicações terá esse fenômeno para as práticas em avaliação já que, enquanto processo histórico, se tratam de construções humanas?

Cabe salientar que o reconhecimento do plano dialógico como espaço de humanização das práticas – de promoção, prevenção, avaliação – não se refere apenas ao resgate de demandas subjetivas, afetivas, no plano das singularidades. Refere-se, ainda, à construção de novos horizontes para as práticas em saúde a partir do reconhecimento das demandas subjetivas “adormecidas” pela distância e alienação.

Ao focalizar a questão no contexto de uma reflexão sobre avaliação de programas e serviços como práxis em saúde, impõem-se examinar os sujeitos implicados neste cenário, o que nos leva à seguinte questão: se diálogo exige abertura e contato, até que ponto esta atitude está presente, considerando os atores – técnicos, gestores, usuários e outros – no contexto das práticas em saúde?

No que se refere aos técnicos – dinamizadores do cuidado e, por conseguinte, da integralidade e da humanização, tal como ora demarcados – cabe uma reflexão sobre o modelo formador, pois em que medida o modo de produção de conhecimentos favorece ou limita o alcance desses princípios e também dos nossos compromissos históricos?

## **2.6 Avaliação qualitativa de programas: acerca do lugar dos trabalhadores de saúde e do seu processo de formação**

Claro está que, ao se falar em avaliação de programas (e serviços), na saúde pública ou em qualquer outro campo, há que se reconhecer, logo de início, que seria demasiado idealista uma leitura que situasse esses processos para além dos atores que os protagonizam, evidentemente, considerados como atores situados. Ao contrário, conforme se insinua ao longo deste texto e, agora, queremos enfatizar, tais processos se desenvolvem por

meio de ações específicas, apoiadas em uma materialidade que, por sua vez, expressa certas concepções ou visões de mundo. Aqui vale a pena recuperar Benevides e Passos (2005, p.392), quando assinalam:

Realizar mudanças nos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. [...] É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação. Formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas.

Não sendo nosso intuito explorar aqui, em detalhe, os mecanismos implicados na complexa relação entre os modos de subjetivação e a produção do cuidado, abordaremos, brevemente, o processo de formação dos profissionais, dada a centralidade da autoridade do saber que detêm, aspecto indissociável de uma análise sobre processos de subjetivação inerentes aos programas e as práticas em saúde.

Por óbvio que pareça, julgamos importante recuperar aqui a questão da formação, uma vez que mesmo quando se reconhece que a humanização “envolve [...] estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e autoridade do saber e das práticas sanitárias” (CAMPOS, 2005, p.399), considera-se “a sensibilização dos trabalhadores de saúde para que (adotem) posturas e comportamentos ‘cuidadores’ – mais um neologismo inventado como saída mágica para um contexto complexo” (CAMPOS, 2005, p.398).

Sem desmerecer a necessidade de uma consideração integrada macro e microssociológica e a proliferação de “projetos de capacitação” como soluções mágicas, queremos nos afiliar àqueles que reconhecem o papel dos processos de formação como elemento de transformação, por mais complexos que sejam os contextos; até porque entendemos processos de formação como contextos complexos *per se*. Reafirmamos, portanto, o papel revolucionário do cotidiano, no qual se materializam os poderes/fazeres profissionais, cabendo, evidentemente, refletir em termos teórico-metodológicos sobre como efetivamente sensibilizar trabalhadores de saúde, objeto que aqui queremos revalorizar, já que ainda constitui um desafio não solucionado, uma vez que não comporta soluções simplistas, tampouco generalizáveis.

Partindo-se dessas premissas, importa examinar algumas interfaces entre certas características das propostas que ainda preponderam no âmbito da avaliação em saúde com o paradigma em que se sustenta o modelo formador hegemônico nesse domínio (BOSI, 1988). Ao lado disso, cabe refletir sobre as condições de possibilidade de construção de processos

dialógicos e participativos, dentre outros projetos, tão propalados e, no nosso entendimento, ainda pouco exercitados, no plano das práticas e da sua avaliação.

Em nossa leitura, não por acaso, recoloca-se no plano da formação em Saúde (e em Saúde Coletiva), os mesmos desafios que se visualizam na construção do SUS. Em outros termos, no que se refere aos profissionais, cabe uma séria reflexão sobre a integralidade, humanização e qualidade na própria formação e no modelo formador.

O paradigma biomecânico, hierarquizado e desintegrado, que muitas vezes se considera rompido por projetos epistemológicos como o da saúde coletiva, pode estar, na materialidade, muito mais próximo de nós e de nossa práxis do que supomos. Para tanto, basta examinarmos o modelo pedagógico por meio do qual se reproduz o conhecimento na área – espaço, muitas vezes, de interdição do diálogo e de reificação de práticas autoritárias e que alienam a existência do educando *enquanto ser* – evidentemente reproduzidas adiante com os usuários dos programas e serviços de saúde, já que não se tratam de superestruturas isoladas.

Urge, portanto, educar os educadores – questão que Marx já interrogava – ou, no caso, formar (e *avaliar*) os *avaliadores* na perspectiva das dimensões aqui ressaltadas – o que transcende a formação instituída.

Acreditamos que tal empreendimento não será garantido mecânica e exclusivamente com cursos de treinamento em avaliação – ou projetos de *capacitação* – voltados aos aspectos técnicos, supostamente objetivos, tão valorizados nas graduações em saúde e que se perpetuam na maior parte dos espaços de formação e aperfeiçoamento profissional, amplamente financiados pelo Estado. Isto porque a construção de práticas centradas na integralidade e humanização demanda, conforme já assinalado, um processo complexo de formação que deve, também, permitir que o aluno “eduque suas emoções”, aprendendo a lidar com o seu sofrimento, suas fragilidades e imperfeições e reconfigurando sua compreensão – no sentido fenomenológico-hermenêutico do termo – uma vez que só se pode compreender (e, por conseguinte, aceitar e respeitar) verdadeiramente alguém no ato de ser o que se é com tudo o que isto implica. E neste ponto interrogamos: estariam esses valores presentes na formação e na construção do conhecimento em Saúde?

Do contrário, tomando a avaliação como ferramenta técnico-política voltada à transformação, como transformar o sistema buscando torná-lo o que ainda não somos? Será que as atuais propostas avaliativas na qual se funda a avaliação da aprendizagem se deixaram *inocular* pelos princípios da qualidade, integralidade e humanização do cuidado, ou se inspiram na mais pura tradição quantitativo-normativo-punitiva, expressando em números o

que demandaria um refinamento conceitual e metodológico capaz de dar conta – no plano ontológico – dos diferentes objetos em jogo em um processo de formação efetivamente orientado por princípios, diretrizes e pressupostos do SUS?

Como avaliar o outro em termos qualitativos quando, ao longo de todo o percurso, se foi avaliado apenas na quantidade de conhecimentos técnicos e de frequência às atividades? Acrescente-se a isso a imensa lacuna, na formação dos futuros avaliadores, de competências e habilidades necessárias à avaliação, mesmo considerando apenas os aspectos teórico-metodológicos.

Para finalizar este tópico, julgamos oportuno ao menos referir o espaço no qual se dá a formação: o campo científico (BOURDIEU, 1983), cuja economia interna, conforme apontamos em outra discussão (KERR *et al.*, 2005) indo ao encontro de outros autores (LUZ, 2003; MEISS *et al.*, 2003) representa, na atualidade, obstáculo para a expansão de práticas educativas humanizadas e centradas nos princípios da integralidade. Esta é uma questão que não pode ser subtraída ao se falar em processos avaliativos, uma vez que dela depende a consecução de processos de formação dialógicos, sobretudo em campos complexos como o da saúde coletiva, cujos desafios implicam em qualidade de reflexão e em sínteses ampliadas que possibilitem construções inovadoras.

Tendo percorrido, até aqui, seu plano conceitual, apresentamos, no próximo tópico, o plano operacional da avaliação de serviços de saúde, a partir da análise das propostas institucionais de avaliação da Estratégia Saúde da Família.

## **2.7 A institucionalização da avaliação no Brasil**

O Ministério da Saúde reconhece que, no Brasil, o incipiente estágio de incorporação da avaliação às práticas, bem como os instrumentos existentes para tal finalidade, ainda não permitem contribuir, de maneira efetiva, para o processo de planejamento e gestão das ações programáticas.

De forma alinhada à já mencionada quarta geração da avaliação, defende-se a vinculação entre a institucionalização do processo e a elaboração de uma política de avaliação no âmbito do SUS que compreenda o monitoramento e avaliação da atenção básica, com a participação dos atores sociais (BRASIL, 2005a, p.18):

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.

Inserir-se, nesse contexto, o delineamento da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde, a partir da descrição das ações de monitoramento e avaliação em desenvolvimento, a qual reconhece a dinamicidade e a temporalidade que envolve a realidade institucional, o acúmulo de conhecimentos, o surgimento de novas necessidades e a definição de prioridades. Tal modelo permite a análise do cumprimento dos objetivos da política no caminho da institucionalização da avaliação da atenção básica, de maneira a oportunizar a realização de processos avaliativos que apoiem os processos decisórios, reduzindo as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde e contribuindo com o aprimoramento e o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005a).

Em setembro de 2005, foi lançado pelo Ministério da Saúde o projeto intitulado *Avaliação Para melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ/2005)*, com a finalidade de “[...] estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção desta história por si mesmos” (BRASIL, 2005b, p.5).

O referido projeto tem por diretrizes:

- Processo auto-avaliativo;
- Livre adesão pelos gestores municipais, que deverão sensibilizar e mobilizar coordenadores e equipes a participarem;
- Ausência de incentivos (premiações) ou sanções (punições) financeiras ou outras relacionadas aos resultados;
- Utilização de aplicativo digital para alimentação de banco de dados e emissão de relatórios por internet;
- Integração às atividades desenvolvidas no âmbito dos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

E seus objetivos compreendem:

- Disponibilizar ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções e, impulsionar a melhoria contínua da qualidade da gestão, dos serviços e das práticas na estratégia Saúde da Família;
- Contribuir para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia Saúde da Família;
- Verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes;
- Identificar áreas críticas e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas;
- Apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas de melhoria de qualidade da estratégia;
- Contribuir para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas secretarias municipais e estaduais de saúde.

Em linhas gerais, sua operacionalização pressupõe a livre adesão do Município participante e implica no preenchimento de instrumentos estruturados de auto-avaliação por gestores e técnicos em diversos níveis, envolvidos na operacionalização da Estratégia Saúde da Família em nível local. Tais instrumentos se destinam à avaliação dos seguintes componentes: desenvolvimento da estratégia saúde da família; coordenação técnica das equipes; unidade de saúde da família; consolidação do modelo de atenção; e atenção à saúde.

É imperativo destacar a relevância dessa iniciativa que materializa os esforços empreendidos no sentido da efetiva institucionalização da avaliação e do monitoramento da atenção básica, compondo um leque diversificado de ações e que estabelece a incorporação da avaliação da qualidade como instrumento de destaque para a melhoria das ações e do cuidado à saúde.

No que tange à qualidade, esta é reconhecida “como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS” e a noção de impossibilidade de avaliação da qualidade em função do caráter subjetivo que lhe é inerente é considerada limitada, como também o pensamento de que não é possível oferecer serviços de boa qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Especialmente no tocante à Estratégia Saúde da Família, o reconhecimento da multidimensionalidade da qualidade que se observa no discurso oficial – cuja relevância merece destaque – demonstra perfeito alinhamento com a multidimensionalidade de seus princípios, entre eles a integralidade e a participação popular (BRASIL, 2005b, p.19):

[...] será sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à estratégia Saúde da Família, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os atores envolvidos em sua construção (indivíduos, famílias, comunidades e profissionais).

Em nosso entendimento, ainda mais emblemático é o reconhecimento e a explicitação de que **não** se pretende, com esse processo que acreditamos consistir de um primeiro passo, esgotar a avaliação ou a qualidade em saúde, mas, fundamentalmente, apontar caminhos e possibilidades aos diversos atores responsáveis pela construção da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Em documento anterior, admite-se, como referência epistemológica, que (BRASIL, 2004a, p.7):

[...] o foco da avaliação, ou objeto, é sempre ‘construído’ ou ‘delimitado’ pelos sujeitos envolvidos no ato de avaliar. Ou seja, os ‘fatos’ não estão dados ou ‘evidentes’ na natureza, mas são delimitados a partir de distintas interpretações da realidade. Acredita-se que esta objetivação da realidade, por mais metodologicamente fundamentada que esteja, sempre será um recorte, jamais o todo.

Outra recente iniciativa que merece destaque é a *Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS*, que consiste na aferição da satisfação de usuários atendidos em diferentes serviços do SUS, com vistas a subsidiar o processo de gestão e gerência do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Realizada em oito capitais brasileiras (Belo Horizonte, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo) incluindo as respectivas regiões metropolitanas, contempla os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, utilizando-se técnicas quantitativas e qualitativas de pesquisa em ciências sociais.

A avaliação da satisfação dos usuários tem suas bases no fato de que o fortalecimento da gestão democrática e do controle social do SUS constitui importante estratégia para a melhoria da atenção à saúde da população, imprimindo a necessidade de, além do controle social, adotar práticas e mecanismos inovadores que fortaleçam a gestão participativa e, nessa perspectiva, impõe-se a valorização da escuta das demandas e necessidades dos usuários, explicitando, assim, a centralidade de se considerar a subjetividade dos usuários, em particular suas percepções acerca do SUS e das relações que se estabelecem nesse espaço entre usuários e profissionais de saúde (BRASIL, 2004 *apud* BRASIL, 2006).

## 2.8 Alinhando algumas contribuições para propostas avaliativas ante o desafio da qualidade, humanização e integralidade

Um aspecto fundamental em uma concepção dialética de construção de alternativas é o acolhimento da dúvida e da incerteza como aspectos inerentes ao caminho, considerando a ousadia e o risco como peças neste exercício, rompendo com o já dito ou o superado em direção a novas sínteses, muitas vezes sequer pensadas no início do percurso. No que concerne à avaliação, a despeito da emergência de enfoques diversos e do acúmulo já verificado, acreditamos que temos, ainda, uma grande tarefa pela frente, que nos exige correr riscos e desenhar proposições em planos distintos e que inclui inserções no plano dos saberes; da formação; da construção de programas e de novas formas de organização dos serviços, bem como na relação com as instâncias reguladoras, dentre outros desafios.

Consoante os objetivos com que justificamos a construção aqui sistematizada e visando a, efetivamente, apresentar *contribuições para propostas centradas na integralidade e humanização*, julgamos oportuno arriscar, agora, um deslocamento do plano conceitual para outro mais operacional, por meio de um exercício de *redução semântica* que nos possibilite apontar alguns desdobramentos dos conceitos que nos serviram, até aqui, como *imagens-objeto*. Noutras palavras, deslizaremos do nível abstrato/conceitual para um plano mais tangível, buscando desdobrar e dispor os elementos examinados, operacionalizando-os em componentes que poderão constituir valiosos norteadores de avaliações de serviços ou ações programáticas, bem como de propostas avaliativas de cunho metodológico, na perspectiva da qualidade, integralidade e humanização.

Como estratégia de exposição, enumeramos, na seqüência, esses componentes dispostos em quatro diferentes planos – i) conceitual; ii) metodológico; e iii) político – cabendo esclarecer que tal disposição é precária para a elucidação das interfaces e efeitos sinérgicos entre os componentes, uma vez que os segmenta, ao tempo que *congela* a construção pretendida, negando-lhes esse movimento. Contudo, é o ponto a que chegamos neste exercício e, portanto, arriscamo-nos a socializar esta construção com a pretensão de – quer como tese absorvida ou antítese conflitiva – contribuir para o desenho de propostas que impulsionem a prática de processos avaliativos (no caso, focalizando programas de saúde) voltados à construção de novas formas de cuidado, pautadas nos princípios até aqui realçados.

Em síntese, retomando os eixos centrais apresentados com maior detalhamento em construção anterior (BOSI; UCHIMURA, 2006), sustentamos que a operacionalização de propostas avaliativas alinhadas às características da Estratégia Saúde da Família e que considerem devidamente os alicerces que lhe conferem singularidade, deve, inexoravelmente, considerar alguns elementos, situados em diferentes planos: ontológico, metodológico e político.

- Plano ontológico: refere-se à identificação dos pressupostos ou do marco teórico norteador do programa a que se dirige um dado processo avaliativo, identificando a concepção de avaliação que o orienta. Isto porque o termo *avaliação* ou *avaliar*, conforme já salientado, pode assumir um variado espectro de sentidos. Também se insere neste plano a necessidade de explicitação da concepção de homem e de saúde que permeia o programa sob análise, já que tal entendimento exerce marcada influência no direcionamento epistemológico da proposta avaliativa.
- Plano metodológico: neste âmbito, destaca-se a necessária compatibilidade entre a metodologia a ser adotada e os pressupostos do SUS e, por conseguinte, da Estratégia Saúde da Família. Exemplificando, como investigar a incorporação de pressupostos filosóficos na produção do cuidado a partir de métodos que se prendem à generalização e instrumentos que se propõem à captação da objetividade? Aspectos como a efetividade do acolhimento, a qualidade das relações interpessoais na organização dos serviços, a ética no cuidado, as linguagens em que se desenvolvem os diálogos e a natureza da escuta que se realiza no processo assistencial remetem, invariavelmente, à utilização de abordagens metodológicas que permitam a apreensão dos fenômenos em sua singularidade e complexidade.
- Plano político: é neste plano que o emprego da avaliação se justifica e se sustenta, uma vez que a avaliação, ao mesmo tempo em que representa a possibilidade e o desejo de transformação da realidade e das práticas que a constituem, contraditoriamente legitima a permanência, em função do seu inquestionável poder de endossar práticas preexistentes. Reconhecendo, portanto, a dialética dessa práxis e suas potencialidades, já que se curvam a interesses de demanda, é preciso especificar o lugar ocupado pela ideologia

nos processos simbólicos, bem como a posição do avaliador e dos interesses muitas vezes divergentes no processo avaliativo, pois uma proposta que se afirme consoante a uma efetiva transformação não pode se isentar de um posicionamento que se contraponha aos modelos hierárquicos e autoritários, pois o contrário apenas os reforçaria. Sem esquecer que não há diálogo sem democracia e, nesse sentido, a participação social que reforça a natureza democrática do processo carece ter lugar assegurado.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### Fundamento Epistemológico

A proposta metodológica desta investigação inscreve-se na abordagem qualitativa, que pressupõe a apreensão do significado do fenômeno tal como percebido pelos atores sociais. A escolha desta abordagem se justifica, em primeira instância, pela própria natureza do objeto (FRAENKEL; WALLEN, 1990 *apud* CRESWELL, 1994; MERCADO MARTINEZ; BOSI, 2004; TESCH, 1995).

A realidade, na perspectiva qualitativa aqui adotada, é, antes de tudo, construção social e histórica, ontologicamente apreendida em sua singularidade e multiplicidade, excluindo-se, por conseguinte, a possibilidade de quantificação e generalizações (CRESWELL, 1994).

Em contraste com a abordagem quantitativa, que prevê certo distanciamento e independência do investigador frente ao seu objeto, na tradição qualitativa o pesquisador interage com o objeto de estudo, estabelecendo-se, portanto, uma relação intersubjetiva (PATTON, 1987, p.16):

This is in sharp contrast to the style of evaluation which emphasizes detachment and distance. Such detachment and lack of personal involvement are presumed to contribute to objectivity and to reduce bias. However, qualitative evaluators question the necessity and utility of distance and detachment, assuming that without empathy and sympathetic introspection derived from personal encounters, the observer cannot fully understand human behavior. Understanding comes from trying to put in the other person's shoes, from trying to discern how others think, act, and feel.

Tal interação implica assumir os valores pessoais do investigador e, conseqüentemente, as premissas valorativas da investigação (HAGUETTE, 1987; CRESWELL, 1994).

No que concerne aos planos teórico e empírico e as relações entre ambos, consoante Patton (1987, p.14), referindo-se ao contexto da avaliação qualitativa de políticas e programas sociais, tende a prevalecer a lógica indutiva, onde as categorias não são previamente definidas pelo investigador. Como não existem hipóteses a serem verificadas empiricamente, não há a necessidade de uma teoria e conceitos delimitados *exclusivamente a priori* embora se reconheça o lugar da teoria na própria construção do objeto. A construção teórica que procura interpretar os significados de um fenômeno deve, portanto, se articular

com as categorias empíricas que emergem na fala dos informantes, num processo dialético entre teoria e empiria:

An evaluation approach is inductive to the extent that evaluator attempts to make sense of the situation without imposing pre-existing expectations on the program setting. Inductive designs begin with specific observations and build toward general patterns. Categories or dimensions of analysis emerge from open-ended observations as the evaluator comes to understand the existing program patterns. (PATTON, 1987, p.14)

No que se refere aos enfoques e modelos, ante a diversidade de vertentes que caracterizam a tradição qualitativa (TESCH, 1995; DENZIN; LINCOLN, 2006), este projeto se alinha com um enfoque crítico-interpretativo, uma vez que toma a subjetividade na interface com a materialidade a que se vincula, dialeticamente. Noutras palavras, essa conjunção possibilita construir uma reflexão crítica acerca do objeto com a pretensão de subsidiar ações de intervenção, entendendo a pesquisa como processo transformador no sentido da ampliação dos horizontes de compreensão dos atores envolvidos:

No plano do conhecer, a primeira característica do *objeto* é a de aparecer. O homem não cria o real. Ele o recebe como uma presença. Sua percepção se abre ao mundo. Percepção finita. Toda visão é um ponto de vista. O mundo é horizonte de todo objeto, que só é percebido em parte. Há possibilidades infinitas de captá-lo. Muitos pontos de vista nos escapam. No entanto, podemos *dizê-los* pela linguagem, falamos das fisionomias ocultas e não percebidas das coisas. Falamos delas em sua ausência. Neste sentido, a palavra transcende todos os pontos de vista. A realidade não se reduz ao que pode ser visto. Há uma síntese do visto e do dito numa filosofia do discurso, mas que só se aplica às ordens das coisas. No mundo humano permanece uma dualidade: o dado e o sentido são irredutíveis. O homem não é um dado. Ele se define por ser uma tarefa, uma síntese projetada. Nem por isso se reduz a mera subjetividade. Está vinculado ao mundo exterior mediante seus interesses e seus sentimentos. (JAPIASSU, 2008, p. 9)

A escolha do método utilizado considerou a avaliação dos atores implicados com a ESF na perspectiva da produção subjetiva, o que corresponde a dizer que trabalharemos com as percepções de tais atores, considerando o contexto em que essa produção subjetiva se faz possível. Desse modo, entende-se por percepção a “união original do aberto e do apreensível, do dado e do tomado – ou do compreendido – no mundo” (LEVINÁS, 2005, p.112). A subjetividade emerge, assim, como um conceito importante, o que nos leva a apresentar algumas reflexões concernentes à forma como tal conceito circula na tradição filosófica moderna e a perspectiva em que aqui a consideramos.

## Acerca da subjetividade e seus contornos

Muitos filósofos modernos e contemporâneos identificam o “surgimento” ou “descoberta” da subjetividade na obra de Descartes *Meditações Metafísicas* (séc. XVII).

Na Meditação Primeira, o autor se propõe a discutir a dúvida a partir da divisão entre dúvida *natural* e dúvida *metafísica*. Na dúvida natural, Descartes (2005, p.31) sustenta a recusa do fundamento sensível do conhecimento, ou seja, o conhecimento não deveria ser proveniente dos sentidos, uma vez que estes podem conduzir a enganos ou equívocos. Em outros termos, essa noção implica na vinculação do conhecimento ao fundamento intelectual e, por conseguinte, na existência de razões naturais para se duvidar de todas as certezas, já que a percepção do mundo exterior seria, ao menos em parte, responsável pela constituição dessas: “Tudo o que aprendi até o presente como mais verdadeiro e seguro, aprendi-o dos sentidos ou pelos sentidos; ora, algumas vezes experimentei que tais sentidos eram enganadores, e é de prudência jamais confiar inteiramente naqueles que uma vez nos enganaram”.

A dúvida metafísica se volta para as representações *claras e distintas* ao exame da razão, como, por exemplo, a matemática e a geometria, que escapam à exclusividade do domínio sensível e proporcionam mais certeza do que simples percepções de coisas exteriores. Para a sustentação dessa dúvida, Descartes (2005) recorre ao artifício do *Gênio Maligno* ou *Deus Enganador*, em que se pressupõe a ação de Deus ou de uma Entidade Enganadora, capaz de nos iludir quanto à clareza e distinção de fatos e fenômenos. Trata-se, nesse caso, da utilização de um recurso instrumental hipotético, fictício, para suportar uma dúvida provisória.

Na Meditação Segunda, Descartes (2005) continua a ancorar sua reflexão na suposição do *Gênio Maligno* para colocar em relevo a problemática ontológica ao vincular, a partir de então, a própria existência ao ato de duvidar, sustentando a tese de que, ainda que sob efeito da ilusão provocada por tal entidade e, mesmo que enganado, ainda assim não é possível reduzir sua existência a nada, enquanto existir pensamento.

Esse processo da dúvida (ou o ato de duvidar) em Descartes implica em uma dupla descoberta, conforme assinala Silva (2005, p.47), pois:

O limite da dúvida é a descoberta do pensamento. [...] O significado dessa descoberta é duplo: de um lado, o exercício da dúvida leva à constatação da existência de um resíduo indubitável suposto no próprio ato de duvidar: o pensamento. De outro lado, a radicalidade da dúvida faz com que o pensamento seja descoberto na sua singularidade absoluta.

Outro argumento – o dos sonhos – é utilizado para situar, mas também para, contraditoriamente, questionar a existência de um mundo externo ao sujeito que pensa, ou seja, exterior à subjetividade (DESCARTES, 2005).

A subjetividade, tomada como interioridade ou pensamento, representaria a radicalização da dúvida, ou melhor, a negação da possibilidade de dúvida acerca de todas as coisas, pois o ato de pensar explicitaria uma certeza: a da existência do sujeito pensante (SILVA, 2005).

Essa noção de interioridade cria um outro problema ontológico, pois em Descartes a verdade tem caráter absoluto e isso exige que a subjetividade seja de ordem universal. Nestes termos, a verdade teria de ser algo “em si” e esse algo “em si” difere substancialmente de algo que é “para mim”:

Será preciso mostrar, então, que a idéia – a representação no sujeito – possui um **valor** tal que a verdade obtida por meio dela vale para além da esfera da subjetividade. [...] o conteúdo da idéia não tem validade apenas no sujeito e para o sujeito, mas é verdadeiramente objetivo, isto é, universal. (SILVA, 2005, p.34)

Em síntese, a noção de subjetividade em Descartes se caracterizaria pelo dualismo, também chamado de *Prejuízo Cartesiano*, em que prevalece a seguinte polarização: mundo interior (substância interna) em oposição ao mundo exterior (substância externa); e que Moura (2001, p.210) traduz como um “resíduo do mundo”, uma região independente do mundo e dele separada.

Tal noção de subjetividade é radicalizada e confrontada por Husserl (1976), pois, para esse autor, não há Deus para a solução dos problemas e que assegure o valor objetivo de idéias *claras e distintas*. Assim, a realidade seria mediada por idealidades e a idealidade teria, por seu turno, transcendência.

A crítica de Husserl à noção de Descartes reside na constatação de que o “interior” é, ao mesmo tempo, consciência e objeto da consciência e, por isso, não existe a polarização entre duas regiões, no caso, a interioridade em oposição à exterioridade.

Em regime de redução, simplesmente não há nada de não-subjetivo. E é exatamente isso que Husserl faz questão de sublinhar: com a redução, todo o ‘objetivo’ se metamorfoseia em ‘subjetivo’; na pura ‘atitude correlativa’ desvelada pela redução, é o próprio ‘mundo’ que se torna algo de ‘subjetivo. (MOURA, 2001, p.213).

Segundo Moura (2001), ‘redução’ seria uma ampliação da noção de representação, representando uma nova significação para o conceito de subjetivo, não mais confundido com interioridade ou região do psíquico. Explicitando, não há objeto que não seja mediado por um modo de doação ou manifestação, portanto, subjetivado (MOURA, 2001,

p.215-216): “[...] o verdadeiro subjetivo não é o ‘psíquico’, mas sim os múltiplos ‘modos de doação’ que permeiam a experiência de todo objeto. [...] o subjetivo designa o fenômeno, o perfil, os distintos e variáveis modos de doação ou de manifestação dos objetos”.

Nesse sentido, todo e qualquer ser transcendente envolveria modos subjetivos de apreensão, ou seja, de correlação, influenciados pelo vivido do sujeito; idéia que ultrapassa a convicção cartesiana da verdade não-relativa, da coisa mesma, da coisa em si, pois, para Husserl, tudo seria relativo, a percepção sensível seria capaz de alcançar o objeto e, portanto, haveria verdade na percepção, na aparência sensível, já que todo conteúdo remeteria a algo e todo perfil já seria a identificação do perfilado.

Mas, no entendimento de Heidegger (1925), há muita semelhança entre Descartes e Husserl, ainda que este último tenha se proposto a radicalizar as noções defendidas pelo anterior. Essa semelhança se mostra na retomada que Husserl faz da cisão metafísica, separando-a em duas esferas: imanência e transcendência (HEIDEGGER, 2006, p.133):

Ya aqui se deja reconocer cierta afinidad com Descartes. Sin duda alguna, lo que en un nivel superior de análisis fenomenológico se destaca en cuanto conciencia pura es el campo en que Descartes pensaba al hablar de la ‘res cogitans’, el campo completo de las ‘cogitaciones’; mientras que el mundo transcendente, cuyo índice ejemplar ve Husserl precisamente en el estrato fundamental del mundo de las cosas materiales, es lo que Descartes caracterizaba de ‘res extensa’.

Heidegger desenvolve a Crítica Imanente, que propõe a “volta às coisas mesmas”, ou melhor, entender comportamentos a partir dos quais a estrutura da intencionalidade aparece: a inteligência, a capacidade cognitiva, o ato de pensar.

O processo de voltar-se para os atos cognitivos (coisas mesmas) constituiria uma região em que reflexão e objeto refletido pertenceriam a uma mesma esfera de ser (HEIDEGGER, 2006, p.128): “Mientras vivimos los actos de la reflexión nos estamos dirigiendo nosotros mismos a actos. Ahí se muestra lo peculiar de todo esto, que el objeto de la reflexión, los actos, pertenece a la misma esfera del ser que la contemplación del objeto.”

A reflexão pressupõe a inclusão do objeto, formando assim uma unidade e superando a cisão entre o sujeito e o mundo. Tal inclusão se designa ‘imanência’ (HEIDEGGER, 2006, p.128-129):

La reflexión y el objeto sobre el que se reflexiona pertenecen a los dos a una y la misma esfera del ser; el objeto – lo contemplado – y la contemplación se hallan realmente comprendidos el uno y la otra. Objeto y modo de aprehensión son parte inherente al mismo flujo de vivencias. Ese estar comprendido realmente el objeto aprehendido en la aprehensión misma, en la unidad de la misma realidad, es lo que se llama **Inmanencia**.

Cabe assinalar que o idealismo em Husserl é característico da primeira fase de sua obra. Suas produções posteriores, sob a influência de Heidegger, apontam para um distanciamento dessa tradição e aproximação da perspectiva existencial.

Na mesma linha de uma fenomenologia-existencial, uma incursão sobre a subjetividade em Merleau Ponty (1999, p.3) nos aponta o papel da experiência vivida, que adquire especial destaque no contato do homem com o mundo:

Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou por uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar na própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos despertar primeiramente essa experiência do mundo da qual ela é expressão segunda.

Na continuidade de sua reflexão, Merleau Ponty (1999, p.4) propõe para o *retorno às coisas mesmas* um sentido diferente daquele proposto por Heidegger: “Retornar às coisas mesmas é retornar a este mundo anterior ao conhecimento do qual o conhecimento sempre *fala*, e em relação ao qual toda determinação científica é abstrata, significativa e dependente[...]”.

E se contrapõe à idéia de *interioridade* presente na noção cartesiana de subjetividade (MERLEAU PONTY, 1999, p.6):

A verdade não ‘habita’ apenas o ‘homem interior’, ou, antes, não existe homem interior, o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece. Quando volto a mim a partir do dogmatismo do senso comum ou do dogmatismo da ciência, encontro não um foco de verdade intrínseca, mas um sujeito consagrado ao mundo.

Tendo suas bases na perspectiva existencialista de Merleau-Ponty, o fundamento epistemológico desta pesquisa reconhece, portanto, o caráter indivisível entre subjetividade e materialidade.

Noutros termos, importa-nos a interpretação dos significados da produção subjetiva desse homem que está no mundo, reconhecido em sua condição de sujeito situado no mundo e em relação com esse mesmo mundo.

Contrapondo-se ao idealismo alemão, esse esforço é definido por Heidegger como *Hermenêutica da Facticidade* (GADAMER, 2007a, p.14): “[...] uma interpretação do ser-aí humano que segue a auto-interpretação desse ser-aí na concreção de seu mundo de vida”. Assim, “[...] a hermenêutica encontra-se diante do desafio do incompreendido e do incompreensível, e, por meio daí, ela é trazida para o caminho do questionamento e obrigada a compreender” (GADAMER, 2007a, p.96).

Reconhecemos, pois, a condição inacabada desse processo, assumindo o caráter de versão inerente a todo esforço de interpretação, pois, como sustenta Gadamer (2007b, p.18-19): “toda compreensão de sentido se encontrará sempre limitada. Mas também uma compreensão de sentido ilimitada encurtaria o sentido da compreensão”.

### Cenário da pesquisa

Conforme já assinalado, o espaço de observação deste estudo compreende o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, em função da expressiva ampliação das equipes de Saúde da Família e da cobertura da Estratégia Saúde da Família e incorporação de um conjunto de ações voltadas à efetiva alteração do modelo assistencial.

Fortaleza é um município com população estimada em 2.458.545 habitantes, sendo que 1.150.668 são do sexo masculino e 1.307.877 do sexo feminino. O município é subdividido político-administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), responsáveis pela operacionalização das políticas públicas governamentais, onde se inserem seis Distritos de Saúde, que atendem à população residente em 84 bairros (FORTALEZA, 2007).

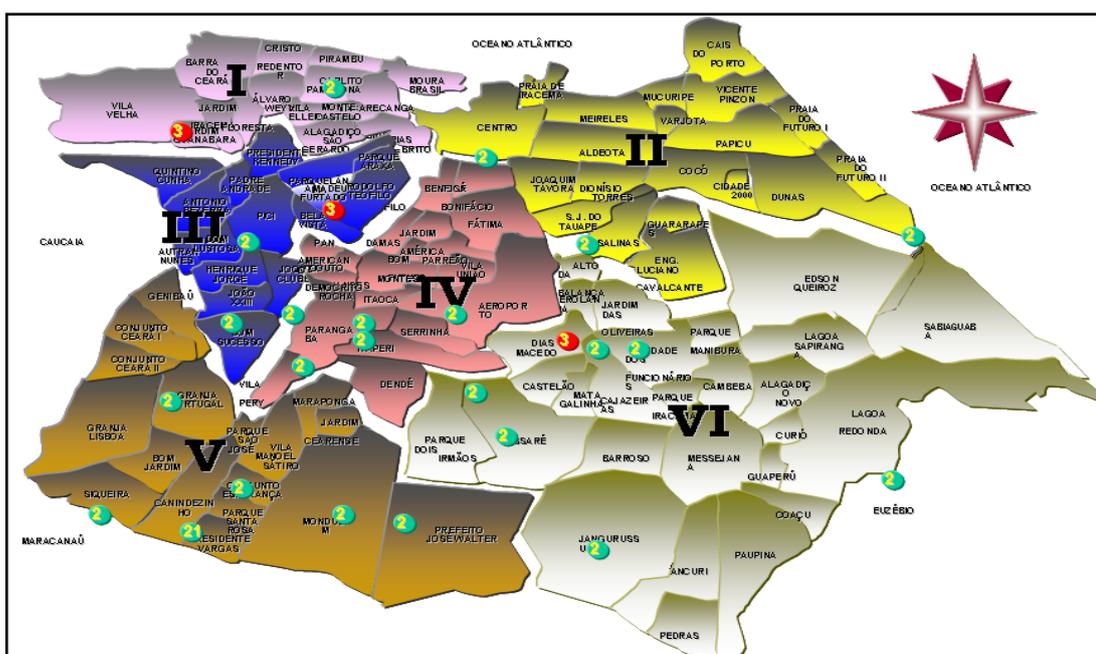


Figura 7 – Divisão das Secretarias Executivas Regionais no município de Fortaleza/Ceará/Brasil.

Desde o período em que se processou o trabalho de campo até os dias atuais, a Atenção Básica é constituída por 304 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 88 Centros de Saúde da Família, no quadro a seguir:

**Quadro 1** – Número de equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza, 2008

SER	CSF	Equipes Saúde da Família
I	12	36
II	11	38
III	16	63
IV	12	33
V	18	64
VI	19	70
<i>TOTAL</i>	88	304

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS.)/Célula de Atenção Básica (CAB)

Dados referentes a abril de 2004 (CEARÁ, 2004) informavam a existência de 86 Equipes de Saúde da Família e 669 Agentes Comunitários de Saúde, correspondendo a uma cobertura populacional de 15,1%.

Em estudo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, àquela época, identificou-se a necessidade de 460 equipes atuando na ESF, para uma cobertura populacional de 100%. Em 2006, houve um aumento inicial de 102 para 200 equipes, lotadas nos 88 Centros de Saúde da Família, situação que representou a ampliação da cobertura do PSF para cerca de 40% da população (FORTALEZA, 2010).

Conforme antecipamos, até agosto de 2006 havia 88 Unidades ou Centros de Saúde, das quais apenas 26 funcionando como Unidades Básicas de Saúde da Família, correspondendo a 30,68% do total de equipamentos destinados à atenção básica. A partir da admissão de 850 novos profissionais nesse mesmo mês, todas as 88 unidades de saúde passaram a contar com minimamente uma equipe de saúde da família, ampliando a cobertura de aproximadamente 16% para 40% da população. Vale observar que, durante a gradual incorporação de novos profissionais para a composição das equipes, prevista para acontecer ao longo desses últimos dois anos, algumas unidades funcionariam com equipes híbridas, coexistindo modelos assistenciais distintos, até que a transição se completasse.

A rede municipal de atenção à saúde dispõe de capacidade instalada nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade, organizada a partir de cinco Redes Assistenciais (RAs): Rede de Atenção Primária, Rede Assistencial Ambulatorial Especializada, Rede Assistencial da Urgência e Emergência, Rede Assistencial Hospitalar e Rede Assistencial da Saúde Mental (FORTALEZA, 2010).

### **População pesquisada**

O estudo envolveu gestores, trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde integrantes das Equipes de Saúde da Família), bem como usuários dos serviços de atenção básica, pertencentes às famílias que integram a clientela atendida pelas Unidades de Saúde da Família. A não inclusão da categoria de dentistas se justifica pelo fato de, na ocasião da elaboração do projeto ao qual se vincula esta pesquisa, não haver, ainda, a instituição da equipe ampliada – que incluiu as equipes de saúde bucal – junto às Equipes de Saúde da Família no Município de Fortaleza.

Consoante o informado, as categorias profissionais incluídas no âmbito deste estudo foram aquelas pertencentes à equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família. Nesse caso, foram convidados a participar profissionais das categorias referidas atuantes nesse modelo por um período igual ou superior a seis meses, no momento da entrevista, uma vez que intencionávamos compreender experiências desses segmentos na relação estabelecida com o fenômeno, o que exige certo acúmulo teórico. Contudo, assume-se a arbitrariedade inerente a qualquer demarcação formal ou periodização estabelecida, sobretudo em estudos voltados à dimensão subjetiva.

Para a seleção dos usuários informantes-chave foram consideradas as seguintes características: ter idade superior a 18 anos; residir na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família; e ter procurado atendimento para si ou para familiares nessa unidade nos últimos seis meses.

No que concerne à amostra, a tradição qualitativa, não confere relevância à validação numérica no sentido de possibilitar a generalização dos achados (TRIVIÑOS, 1987; PATTON, 1987; MINAYO, 1998). Nestes termos, sua seleção foi intencional, como usualmente se procede em pesquisas qualitativas (COYNE, 1997), alinhando-se à proposta de *amostra teórica* ou *theoretical sampling*, definida por Schwandt (2007), como aquela em que

os informantes são selecionados em função da sua relevância para a pesquisa, seja no âmbito da questão, do marco teórico ou daquilo que se pretende explicar na investigação.

Destituída, portanto, de lógica probabilística, a amostra foi dimensionada de modo a permitir a “[...] *exaustão*, ou seja, a recorrência das categorias no material coletado” (BOSI, 1996, p.30), ou ainda a *saturação teórica* (STRAUSS; CORBIN, 2008; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), que propõe que o material permita a subsequente compreensão em profundidade da produção subjetiva que emerge na relação com os grupos/atores investigados.

### **Apreensão do material discursivo**

Para a apreensão das narrativas dos informantes, foram realizadas entrevistas individuais, com conteúdo gravado após seu consentimento. Em momento posterior, essas entrevistas foram transcritas. O instrumento utilizado para a obtenção do material foi um roteiro norteador flexível, contendo algumas questões abertas, oportunamente desdobradas em novas perguntas, a partir do conteúdo emergente nas falas dos entrevistados. O roteiro abordou questões referentes à prática do trabalho, sentimentos e significados, específicas para cada grupo.

Em etapa prévia ao início do trabalho de campo, conversamos com as coordenações dos distritos regionais de saúde, para indicação dos centros de saúde da família a serem contemplados na pesquisa.

O trabalho de campo ocorreu ao longo de um mês, quando foram realizadas as entrevistas em profundidade junto ao grupo de atores implicados na atenção básica do Município de Fortaleza, ou seja, gestor municipal, gestores locais, trabalhadores – médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde – e usuários das seis Secretarias Regionais, totalizando 31 entrevistas, 18 destas junto a trabalhadores da saúde.

Os trabalhadores e gestores foram convidados a participar e, posteriormente entrevistados, no próprio local de trabalho; os usuários foram abordados nas unidades de saúde, enquanto aguardavam atendimento. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, tendo em média a duração de 30 min. No total, os depoimentos produziram cerca de 15 horas de gravação. As transcrições foram realizadas sob supervisão da própria pesquisadora, logo após a obtenção do material empírico.

Utilizamos, como instrumento complementar à técnica de entrevistas, um diário de campo, no qual foram feitos os registros das situações nas quais as entrevistas se

processaram. Foram entrevistados: cinco Agentes Comunitários de Saúde, de ambos os sexos, com idade variando entre 29 e 46 anos e tempo de experiência na ESF entre 2 anos a 7 anos; 6 enfermeiras, todas mulheres, com idade entre 25 a 47 anos e tempo de experiência na ESF entre 1 a 10 anos; 7 médicos, de ambos os sexos, com idade entre 27 a 43 anos e entre 1 a 8 anos de experiência em ESF; 5 gestores locais, de ambos os sexos; e 7 usuários, predominantemente mulheres, com idade entre 27 a 73 anos. A caracterização detalhada dos entrevistados está descrita no Apêndice B.

### **Processamento do material empírico**

Após a transcrição, o material empírico foi submetido à leitura transversal e horizontal, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos *temas centrais* e *dimensões* presentes nas narrativas e que constituem os *eixos de significação* da análise empreendida, conforme se propõe na abordagem de *análise temática* (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009).

Esse processo tem início com a compilação das informações ou categorias por temas, tomando-se o cuidado para que todas as manifestações sobre os temas encontrados tenham sido incluídas. Desse estágio inicial, de caráter mais descritivo, passamos à análise de interconexões entre os temas e dimensões e, então, ao processo de interpretação dos sentidos dos discursos, ou seja, à etapa hermenêutica, na qual se efetivou a construção da “rede de significados”, em que os temas emergiram do material discursivo obtido durante o trabalho de campo.

Ao final, analisamos de forma comparativa as correspondências e discrepâncias entre os discursos produzidos pelos atores sociais, relacionando-os com as singularidades e/ou condições específicas de operacionalização da ESF nessa localidade.

Este estudo integra o Projeto “Integralidade e Humanização na Estratégia Saúde da Família: Análise comparativa inter-regional”, financiado pelo CNPq – Processo no. 403351/2004-9 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, sob no. 2771/2004 (anexo A). Todos os informantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O recurso de exposição adotado para a exposição dos resultados consiste na apresentação das falas mais evocativas, as quais se reiteram na quase totalidade dos relatos. Os referidos discursos aparecem codificados conforme o grupo ao qual pertence seu autor, no caso, o participante no estudo. Nesse sentido, foram utilizados os seguintes códigos: E=enfermeiro; M=médico; ACS=agente comunitário de saúde; U=usuário; GL=gestor local; GM=gestor municipal. A numeração que segue o código representa a posição seqüencial de realização das respectivas entrevistas e não guarda, portanto, qualquer relação com as Secretarias Executivas Regionais do Município de Fortaleza.

Nossa estratégia de exposição implica na apresentação do material discursivo desses diferentes grupos de atores implicados, ora agrupado em função de aproximações semânticas, ora de maneira independente, no intuito de destacar especificidades discursivas inerentes aos diferentes segmentos.

Advertimos o leitor que, em inúmeros momentos, ao longo deste processo interpretativo, será possível observar nossa tendência em agrupar e/ou analisar, distintamente no que concerne aos *trabalhadores*, discursos de médicos e enfermeiros, em relação aos discursos de agentes comunitários de saúde. Essa atitude se estabeleceu intencionalmente e a justificamos em função de um aspecto que os diferencia: a obrigatoriedade, nessas duas categorias inicialmente mencionadas, da chancela acadêmica que caracteriza a existência de um processo regulamentado de formação profissional.

Não obstante, vale ressaltar que tal atitude não se prendeu ao objetivo de discriminar – valorativamente – as categorias profissionais participantes deste estudo; ao contrário, nosso intuito consistiu em imprimir uma análise que tomasse em consideração as especificidades inerentes ao processo histórico de constituição das categorias profissionais participantes do estudo, haja visto o impacto da profissionalização no processo de trabalho em saúde e na produção do cuidado (BOSI, 1996).

Quanto aos usuários, seus discursos foram considerados como provenientes de um único grupo ou segmento, não havendo qualquer sorte de distinção em sua condição.

Três temas centrais constituíram nossa Rede de Significados, cuja tessitura evidencia as dimensões de análise, apresentadas no Quadro 2:

**Quadro 2 – Rede de significados**

TEMAS CENTRAIS	DIMENSÕES DE ANÁLISE		
A) Processo de transição em Fortaleza	A.1. Mudanças percebidas	A.2. Obstáculos e desafios	A.3. Expectativas de um novo tempo
B) Aspectos da organização do trabalho no cuidado em saúde	B.1. Trabalho interdisciplinar e consolidação da atenção básica		B.2. Alteridade e Identidade profissional
C) Qualidade do cuidado	C.1. Humanização no fazer cotidiano	C.2. Re-significando a Saúde da Família	C.3. Usuário: sujeito ou objeto de cuidado?

O tema *Processo de transição em Fortaleza* inaugura a apresentação dos resultados com o intuito de caracterizar o momento de mudança conceitual e operacional experimentado por todos os protagonistas da atenção básica em Fortaleza e, por esse motivo, as narrativas são apresentadas, preferencialmente, numa perspectiva descritiva, pontuada pelos contrastes entre os diferentes atores implicados no processo.

O tema *Aspectos da organização do trabalho no cuidado em saúde* versa sobre a rede de relações e poder que se estabelecem entre os trabalhadores de saúde e gestores, nesse domínio, tangenciando as dificuldades que se interpõem à obtenção dos resultados esperados, considerando todas as especificidades que caracterizam e diferenciam a Estratégia Saúde da Família.

Por fim, o tema *Qualidade do cuidado* trata da incorporação da humanização no cuidado. Nessa perspectiva, contempla também a análise acerca das formas de apreensão da imagem do usuário por gestores e trabalhadores, o que qualifica a humanização e permite perceber as formas de manifestação da integralidade no cuidado, em que pese a dificuldade em se estabelecer patamares quanto a esse aspecto, já que, tomado de maneira rigorosa, o serviço é humanizado ou não o é, consoante a perspectiva anteriormente detalhada.

As ‘macro-categorias’ apresentadas se subdividem, por sua vez, em várias dimensões que se interpenetram, daí a idéia de Rede, possibilitando a compreensão das mediações simbólicas. Em outras palavras, ao percorrermos os diferentes significados, estamos tratando, tão somente, de um recurso de exposição, conforme propõe Arruda (2009), ou seja, a fragmentação na exposição não expressa a assunção de uma separação entre os temas/dimensões.

Nosso recurso de exposição consiste em considerar as falas do gestor municipal, tomadas na condição de discurso oficial acerca do objeto deste estudo, em momento inaugural e no fechamento de cada tema, no sentido de apresentar o cenário tal qual sua concepção

política e ideológica. Em seguida, aparecerão percepções de trabalhadores e gestores, efetuando-se o contraponto com o discurso anterior e com as percepções de usuários. Nesse sentido, acreditamos ser possível traçar um panorama dos processos a partir de diferentes óticas, divergentes ou não; e, assim, mapear confluências e descompassos entre as percepções dos diversos atores implicados ao processo.

#### **A) TEMA: PROCESSO DE TRANSIÇÃO EM FORTALEZA**

Na exposição do presente tema, conforme já anunciamos, será possível observar certa predominância de elementos de ordem formal ou objetiva, ligadas às vivências individuais dos atores sociais junto aos serviços. O procedimento aqui utilizado, baseado no que Maciel (2001, p.13) denomina “atitude fenomenológica”, consiste em deixar o fenômeno emergir na fala dos entrevistados, procedimento este que se traduz em não desprezar o material subjetivo que aparece nas falas dos participantes do estudo.

Embora alguns aspectos referentes à transição em Fortaleza já tenham sido apresentados em capítulo anterior, os depoimentos nos permitem uma aproximação mais vívida a elementos de seu cotidiano, revelando traços e percepções captados a partir de suas experiências singulares.

Uma parte da história e o porquê da transição nos foram relatados pelo Gestor Municipal. Primeiramente, a composição e as formas de constituição das equipes de saúde na gestão anterior.

Naquele momento o processo seletivo era também pra ser uma contratação por CLT, então os profissionais começaram a estar trabalhando através de cooperativa. Os próprios profissionais médicos e enfermeiros. Na época não tinha dentistas, montaram uma cooperativa onde se trabalhou até agora no concurso que foi realizado esse ano, concurso estadual com base local (GM).

Problemas são apontados na proposta anteriormente em funcionamento, qualificando-a negativamente:

[...] um funcionamento muito ruim porque o profissional, nessa questão da terceirização, da precarização do trabalho, tem uma rotatividade muito grande, principalmente do médico [...] (GM)

E, na proposta de mudança, aqueles aspectos de ordem quantitativa são imediatamente registrados:

Uma coisa que é importante também é que a gente só tinha..., nós temos oitenta e oito unidades básicas de saúde e, dessas, somente vinte e sete eram unidades básicas de saúde da família; e com esse concurso todas as unidades de saúde do município, que hoje são chamados centro de saúde da família, vão receber a equipe de saúde da família (GM)

No primeiro momento que nós chamamos agora em julho nós começamos a trabalhar com trezentas equipes, chamamos trezentos médicos, trezentos enfermeiros e duzentos e cinquenta dentistas. Dentista não foi proporcional a um pra um, até por conta da questão infra-estrutura dos equipamentos. As unidades ainda (contam) com um ou dois consultórios odontológicos e, às vezes, com cinco equipes. Aí não dava pra você colocar cinco dentistas, mas se conseguiu trabalhar na adaptação e ficaram duzentos e cinquenta dentistas (GM).

Não obstante, aspectos estratégicos que alicerçam a empreitada são também mencionados, denotando um olhar consciente em relação às demandas de diversas ordem que se apresentam:

[...] foi feita uma territorialização dividindo através de risco: risco I, II, III e o IV; quer dizer, só a área nova aqui de Fortaleza que não vai ter a cobertura pelo saúde da família [...]. A gente está vivendo um novo momento e que ele vai estar muito melhor quando isso tudo se concretizar, porque os profissionais assumiram dia sete de agosto e até o dia vinte eles estavam participando do Imersão do Saúde da Família. Foi um curso que foi dado pra todos os profissionais, numa carga horária de oitenta horas, onde se trabalhou desde a filosofia, da questão da política como um todo do país e da política municipal; e não só da estratégia do saúde da família, mas de toda política municipal. Uma ênfase muito grande na questão do Humaniza-SUS, a questão do acolhimento, das políticas públicas [...] (GM)

## A.1 Mudanças percebidas

Inúmeras particularidades inerentes à transformação da rede de atenção básica em Fortaleza são destacadas pelos trabalhadores. Mudanças nos domínios das ideologias, das formas de gestão e das práticas em saúde foram apontadas por médicos:

Então a prefeitura, com essa nova filosofia, procurou a humanização, procurou atender primeiro pela equidade as áreas de risco. Então, tudo isso já demonstra uma mudança de filosofia bem grande em relação a qualquer gestão que (eu) tenha visto em relação à Fortaleza (M3).

Nesse posto mesmo eu não trabalhava, mas muitos dizem que apesar de ser um posto que funcionava (n)o programa saúde da família, não se trabalhava os programas. Era atendimento, pelo menos é o que a gente tem de história. Claro que não vou dizer que era 100% assim, mas não era prioridade e acabava não sendo, podia até ser na teoria, mas na prática acabava não sendo (M2b)

Entre enfermeiros, encontramos falas associadas às mudanças na organização da rede assistencial e na operacionalização da assistência, com repercussões concretas para os usuários:

[...] facilitou bastante pro pessoal ser atendido agora e ter a oportunidade, se sentir algum problema, ter o médico pra ser atendido, ter a enfermeira pra acompanhar, ter o dentista quando tem algum problema de saúde bucal. Então ficou realmente mais próximo, assim, a possibilidade aumentou bastante e isso é super importante pra nós da atividade mesmo, até porque [...] você vê que, ampliando o atendimento, facilita pras essas pessoas e você vê menos sofrimento [...] (E3).

No discurso de gestores locais, ganha visibilidade a preocupação com as implicações gerenciais da nova proposta, como a gestão de pessoas, a adesão da população e a cobertura assistencial:

Esse momento está meio conturbado. Uma mudança que gera uma dificuldade de começar, porque aí é como se a gente estivesse começando do zero, porque vai mudar toda a estrutura que se vive na história da saúde e aí vai fazer uma coisa nova. Então, é difícil pra comunidade entender, (para) os próprios profissionais já mais antigos da unidade conseguem captar a idéia do saúde da família....é uma coisa que, devagarinho, a gente sabe que vai conseguindo, mas tem que ter um jogo de cintura, a gente vê que é difícil (GL2)

[...] o ano passado foi um ano de conquista e esse ano vai ser o ano da gente viabilizar o que nós queremos. Então, o nosso processo de humanização no posto não se dá somente com o usuário, ele está se dando com os funcionários. Então ele tem uma relação aberta com os funcionários, de cobrança quando se precisa e de elogio quando a gente vê que foi uma ação legal (GL1).

[...] estamos com duas semanas que a gente está atendendo prontamente, apesar da demanda enorme que nós temos, também área de risco descoberta e que não são cobertas exatamente pelo programa, porque em média é pra ser duas mil e quinhentas famílias e tem equipe que está com dez mil famílias [...] e acho que daqui uns dois meses é que vai normalizar (GL5).

Mas mudanças na forma de relação com o usuário também têm espaço em seu discurso:

Bom, uma das coisas era até assim o aspecto desumanizado, podemos dizer assim. Aqui era cheio de grades; [...] o usuário falava com a recepcionista por trás de uma grade e outra grade fechando os corredores [...]. Quer dizer, era uma coisa que o pessoal ficava enjaulado por trás das grades, para poder atender a população. Aí [...] ela (referindo-se à então prefeita municipal) achou que deveria tirar todas as grades e a gente tirou (GL5).

[...] a primeira ação nossa foi tirar todas as grades, os vidros do Same, que é a porta de entrada e que hoje é a recepção. A gente tirou os vidros e as grades e baixamos o balcão pra que o paciente tivesse contato direto com o outro. (GL1)

As situações relatadas, que apontam um deslocamento da centralidade biomédica tradicional (AYRES, 2006) na organização dos serviços de saúde no Brasil, confluem para a aceção de *humanização* que norteia este texto, segundo a qual se reconhece e não se prescinde da empatia e do diálogo, alicerçados numa relação de horizontalidade.

Destacamos o reconhecimento da necessidade de superação da tendência de permanência de práticas já cristalizadas pelas equipes e internalizadas pela população, em

função das dificuldades apontadas nos discursos de vários segmentos: médicos, enfermeiros, gestores locais:

Eram médicos que consultavam, não tinham equipes, a bem dizer, existia o nome equipe, mas não era equipe, eram médicos e enfermeiras fazendo consulta. Então nós estamos tentando mudar esse hábito aqui agora, coisa que está sendo muito difícil porque a população já está ralhada em costumes de troca de receita, de não falar com o médico: “eu só quero a receita” [...]. Então, nós estamos implantando o PSF de novo em Fortaleza (M5).

[...] a gente tá numa fase de transição em Fortaleza [...] e é difícil esse choque de idéias, porque queira ou não ... algumas coisas são modificadas [...], porque tudo que é novo é difícil e dá um certo anseio e toda mudança gera um pouco de conflito, mas que eles vão aos poucos perceber que não podem chegar aqui e dizer “olhe, passe aí pra mim o meu capotem, que acabou” e não é. Ele vai ter que se inserir num programa, fazer o prontuário dele, marcar consulta, então isso aí é uma coisa gradativa (E2).

Quando eu cheguei aqui, foi uma loucura, eu só tinha um médico e mesmo assim, (com) esse médico eu entrei em conflito. Em conflito porque não cabia na minha cabeça ter só um médico e o médico tá querendo atender somente uma cor. Então ele tinha que ter uma responsabilidade sanitária, ele tinha que atender a todos que viessem ao posto porque só tinha ele [...] (GL1)

Para o ACS, as mudanças na atenção básica do Município têm atendido às expectativas da população, revelando, em seu discurso, suas próprias expectativas em relação ao sistema, ainda que possam estar alinhadas ao modelo biomédico.

[...] a comunidade está muito agradecida com esse programa e realmente a gente tá vendo o dia-a-dia e tá tentando resolver os problemas e eles estão vendo os resultados, tá ótimo. **Sempre tem medicamentos, tem médico todo dia, estão satisfeitos** (ACS3).

A expectativa do acesso a uma atenção eficiente, pautada na tríade médico-hospital-medicamento tem sido ainda encontrada entre usuários (FERRI *et al.*, 2007). Com efeito, seria demasiado ingênuo acreditar que a população pudesse, espontaneamente, compreender as diretrizes de um novo modelo e acreditar na sua capacidade resolutive, após várias décadas de influência do modelo biomédico (LUZ, 2003) impregnando o imaginário coletivo de que um bom sistema de atenção à saúde se resumiria à oferta adequada de médicos, leitos hospitalares e medicamentos.

Também entre gestores locais, a idéia de satisfação da população se faz presente, embora se expresse pela via da alteridade tutelada (SPOSATI; LOBO, 1992), em que o técnico vocaliza a emissão de juízo em nome do usuário, tomando para si esse espaço de interlocução:

Esse momento [...] **foi uma das melhores coisas que poderia acontecer pra população**. Esse concurso realmente passou quem sabia, quem estava merecendo estar aqui nesse lugar e que deu mais, assim, confiança no trabalho que está sendo proposto pela prefeitura. Foi um momento muito bom (GL3).

O olhar do usuário vai além das mudanças de ordem estrutural, ao identificar mudanças também na qualidade do atendimento:

Eu tô observando agora, que tem umas moças trabalhando. São estagiárias? O que é? Tem uma equipe de enfermeiras aí e que não tinha de primeiro; e agora tem (U2b).

Bem, o que eu tenho percebido nessas mudanças é em relação ao atendimento médico, o que eu tenho tido essa percepção nesses quinze dias foi o atendimento médico, ou seja, eu chegar, ter oportunidade de falar da minha necessidade, ser ouvido e ser respondido dentro da minha necessidade. E antes não, simplesmente entrava na sala, falava o que eu sentia, o médico tirava a conclusão dele sem me ouvir e mandava eu ir pra casa, então eu voltava com dúvida, então hoje eu estou tendo essa percepção, que eu estou satisfeito com essa consulta médica. (U3b)

Esse achado corrobora o estudo de Arruda (2009), também realizado no Município de Fortaleza – CE, junto à mesma população e em período muito próximo ao nosso trabalho de campo, onde se distingue, afirmativamente, a atenção mais cuidadosa no momento da consulta, entre usuários da Estratégia Saúde da Família.

## **A.2 Obstáculos e desafios**

Conforme mencionado, situações remanescentes do sistema anterior são apontadas por trabalhadores como obstáculos à concretização de um cuidado diferenciado no cotidiano dos serviços.

Entre elas, destacam-se o desconhecimento da proposta pela população usuária, a precariedade estrutural para a realização das ações, o despreparo e a não adesão de trabalhadores.

Começamos pelo elevado número de consultas para cada profissional, ocasionando atendimentos demasiado rápidos para uma prática compatível com o que se pretende por integralidade:

[...] uma demanda excessiva. A residência são doze consultas e o não residente são dezesseis; e é inviável em quinze minutos fazer uma consulta integral no saúde da família [...]. (M1).

Trata-se de tarefa impraticável – e não é preciso esforço para se compreender a razão – realizar uma anamnese que possibilite ao profissional a descrição da histórica clínica orientada para problemas, efetuar o diagnóstico clínico e social com a utilização das ferramentas de saúde da família – F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E., Genograma e Ciclo de Vida

(SILVEIRA FILHO, 2007) – e, por fim, propor, numa perspectiva dialógica, a conduta a ser adotada para o caso específico, tudo no ínfimo período de quinze minutos. Esse tempo seria insuficiente até mesmo para uma atenção cujo único objetivo fosse o êxito técnico da prática clínica, numa perspectiva essencialmente biomédica. Que dizer de uma prática que se pretende diferenciada, ampliada?

Entendemos que os parâmetros quantitativos de cobertura assistencial no âmbito do SUS, estabelecidos pela Portaria n.º1101/GM (12 de junho de 2002), revelam a incompatibilidade entre seus princípios norteadores e todo o conjunto de instrumentos de planejamento, controle, regulação e avaliação do sistema. Inserem-se nessa análise não somente os parâmetros de cobertura, mas também os parâmetros de produtividade definidos pela mesma portaria. No caso desse último, define-se a capacidade de produção médica em 4 consultas/hora, o que estima a duração da consulta em 15 minutos.

**Quadro 3** – Parâmetros numéricos de atendimento no âmbito do SUS, por categoria profissional, conforme a Portaria n.º1101/GM, de 12 de junho de 2002.

RECURSOS HUMANOS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	ATENDIMENTOS
Assistente Social	30 horas	03 consultas/hora
Enfermeiro	30 horas	03 consultas/hora
Fisioterapeuta	30 horas	4,4 atendimentos/hora
Médico	20 horas	04 consultas/hora
Nutricionista	30 horas	03 consultas/hora
Odontólogo	20 horas	03 consultas/hora
Psicólogo	30 horas	03 consultas/hora
Psiquiatra	20 horas	03/consultas/hora

Como resultado desse processo, a avaliação e sua variante contínua – conhecida como monitoramento – dos serviços levam em conta o alcance de metas numéricas de cobertura e produtividade, previamente pactuadas, tendo tal documento como referência; e, quando se propõem a avançar no sentido de contemplar elementos de qualidade, ainda o fazem de maneira a guardar resíduos claramente positivistas. Tomemos como exemplo a AMQ, proposta institucional de avaliação para melhoria da qualidade do SUS, que também estabelece para aferição da qualidade na atenção à saúde, parâmetros numéricos como número de macas, existência de balança no consultório etc.

No intuito de corroborar nosso argumento, recuperamos a afirmação de Camargo Jr. *et al.* (2008, p. S59), sustentando que “... o elenco de indicadores utilizados na pactuação não consegue por si só apreender as mudanças qualitativas que se espera que aconteçam em decorrência da reorientação do modelo assistencial”.

Sem esquecer as instâncias vinculadas ao SNA – Sistema Nacional de Auditoria do SUS (Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995), que se voltam, preferencialmente, à utilização adequada dos recursos financeiros – na interface com os supracitados parâmetros de cobertura e de produtividade – provenientes do Fundo Nacional de Saúde, e repassados aos prestadores de serviços pelos níveis estadual ou municipal, a depender da modalidade de gestão.

Tais estruturas conformam – ou deformam – as percepções de qualidade de trabalhadores e, principalmente, de gestores. Bosi; Pontes; Vasconcelos (2010) realizaram uma investigação qualitativa junto ao grupo responsável pelo planejamento da atenção básica no Estado do Ceará e a percepção de qualidade do grupo se mostrou alicerçada em aspectos objetivos, mensuráveis, levando, por conseguinte, ao predomínio da utilização de métodos quantitativos nas práticas de avaliação e monitoramento dos serviços.

Agravando a situação anteriormente relatada, a implantação do prontuário eletrônico, que torna obrigatório o uso do computador no momento da consulta, também é mencionada como obstáculo a uma atenção de qualidade:

Outra coisa que foi horrível foi essa informatização. Eu peguei o antes e o depois da informatização. [...] E inclusive aconteceu até comigo de estar no consultório e a gente salva uma coisa aqui e vai pra impressora, ou então tem que confirmar. [...] quando eu terminei, (o paciente) disse: “Doutora, a senhora não me examinou”, porque realmente eu não tinha examinado [...], e até em termos de prontuário médico, deixa muito a desejar [...] (M4).

O sistema de prontuário eletrônico, sem contar os problemas de ordem técnica postulados pelos informantes, não suporta sequer o registro do prontuário de maneira a contemplar as informações acerca do contexto familiar. Que dizer de um sistema que inviabiliza, no processo de trabalho, a efetivação dos princípios norteadores dessa proposta de atenção à saúde? E, ao contrário de aproximar, distancia ainda mais os sujeitos no momento do cuidado?

Horrível o computador. Primeiro, o programa do computador, ele não é um programa integral. O próprio programa ele é todo picado. Ele vai de parte em parte e você não tem como voltar atrás. Ele não tem espaço pra visita domiciliar, ele não tem espaço pra história da família, ele não tem espaço pra história social, ele não te cede tempo: quinze minutos pra uma consulta, ele é lento. Então você não pode se dar ao luxo de prolongar a consulta. Se você quiser fazer o exame clínico você não pode prolongar a consulta. (M1)

Parece-nos contraditório. E a contradição nos reclama indagar até que ponto o serviço está comprometido com a mudança das práticas ou até que ponto se pretende que tais mudanças permaneçam restritas ao plano discursivo.

Outro aspecto que se apresenta como barreira ao sucesso da ESF, no entendimento dos trabalhadores, é o desconhecimento por parte da população, acostumada com o sistema anterior, quanto às características e especificidades dessa modalidade de atenção:

Eu acho que o grande desafio nosso quando a gente começou, aqui no posto, é, dentro das palestras, tentar difundir o que é o Programa Saúde da Família, porque a maioria desconhece isso e aí dificulta um pouco. Quando as consultas demoram acham que o médico é devagar, é lento (M2b).

[...] agora, tem muita desinformação sobre o que é o PSF. Tem gente que chega aqui com um problema simples e quer ser atendido de urgência [...] e a maioria das vezes a gente tá dizendo *não* pra população. Então, se continuar com essa quantidade de *não* que a gente está dizendo, o posto vai ser desacreditado como um posto que não presta, como um posto que não funciona [...] (M5)

[...] já foi feito até reuniões pra mostrar como é feito o PSF, mas a maioria do usuário ele não entende assim a proposta do PSF, que é prevenir as doenças, ter promoção de saúde. Ele acha que todo dia tem que chegar, todo dia tem que ser atendido, todo dia tem que ser do jeito que eles querem [...] (ACS1)

No estudo de Van Stralen *et al.* (2008), realizado em sete municípios do Estado de Goiás, foram comparados serviços com e sem saúde da família e os resultados mostraram que os usuários não identificaram diferenças entre os serviços tradicionais e as equipes de saúde da família.

Sem questionar o mérito de que o desconhecimento, por parte da população, constitui um obstáculo à consolidação da proposta, indagamos: o que dizer do desconhecimento da proposta pelos próprios trabalhadores?

[...] a grande problemática é que, como há muitos profissionais que não têm a formação em PSF, ou a especialização, residência, residência multiprofissional; e não tão engajados na filosofia (M3).

[...] porque hoje em dia o que acontece com os concursos públicos eles vêm a parte técnica [...] Aí tem esse período probatório de três anos que se fala e nesse período probatório não se procura saber se você realmente tá adaptado àquilo, não se pesquisa pra saber se a comunidade tá realmente satisfeita com o atendimento do médico e aí fica um monte de gente sem perfil que faz PSF sem saber. Aí a coisa realmente complica (M4).

[...] a minha grande dificuldade hoje é essa: a gente não tem uma recepção estruturada pra lidar com as pessoas. As próprias auxiliares mesmo são muito grosseiras. O que não era pra ser, porque eu já fiz o curso de auxiliar depois que cheguei aqui e não era pra ser, muito pelo contrário. (Era) pra ser um pessoal mais humano, mas são os mais grosseiros com eles. Aí é difícil, atrapalha um pouquinho o nosso trabalho [...] (ACS5)

Na literatura, é possível encontrar vários estudos que destacam a importância do conhecimento e da adesão dos trabalhadores às especificidades atinentes ao trabalho em saúde da família (MATUMOTO *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2009; SILVA; CALDEIRA, 2010). No entanto, é esse sistema que, operado por trabalhadores – que na maioria das vezes, desconhecem seus pressupostos filosóficos e organizativos – se apresenta como SUS à sociedade. E aqueles trabalhadores da linha de frente do cuidado funcionam como principal vitrine desse mesmo sistema. Partindo desse raciocínio, justifica-se a falta de apoio e credibilidade do SUS junto à sociedade, considerando que aquilo que se apresenta no nível das práticas é, quase sempre, um projeto claudicante, que não se mostra resolutivo, seja pela via da promoção e prevenção, seja tampouco pela via da assistência curativa e muito menos ainda pela via da humanização.

A esse respeito, Souza; Hamann (2009, p. 1334) definem a Estratégia Saúde da Família como uma agenda incompleta, pelo fato de não ter conseguido, “[...] ao longo dos doze anos de implantação e implementação, ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil”.

Cabe assinalar, portanto, o questionamento que Bosi e Mercado Martinez (2010, p.568) apresentam acerca do “sucesso” do SUS em seus 20 anos de existência: “[...] o debate e os desafios atuais impõem o exame das instâncias, tecnologias e instrumentos que legitimam o “discurso exitoso [...]”.

Com efeito, Conill (2008) adverte que, a partir de meados da década de 1990, o que prevaleceu no SUS foi o interesse de municípios em “cumprir requisitos” no sentido de assegurar o repasse de recursos federais, em detrimento da reorientação assistencial.

Adentrando outro ponto, a estrutura material necessária à execução das ações em saúde também não é adequada, segundo os relatos de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Vislumbram-se, simultânea e contraditoriamente, demonstrações de forte adesão à proposta e sentimentos de frustração decorrentes das precárias condições de trabalho.

[...] a gente veio pra cá sem as condições adequadas, a gente não tem ar condicionado, a gente ganhou a balança, eu dei a balança pediátrica, a preceptora deu a balança de adulto, a comunidade ajuda com a régua e com algumas coisas, mas se a gente ficar esperando sem tomar atitude não tem jeito; e aqui no campo a gente tem que ir pra área, (pois) a população que precisa mesmo não vai pro posto (M1).

Falta desde o aparelho simples até o mais sofisticado [...]. Eu acho que o que não tá faltando ainda é motivação dos profissionais. Com o tempo eu acho que isso vai se acabar também, porque a gente já ta notando aqui que as pessoas estão se desmotivando [...]. Hoje decepção, o nome correto seria esse: decepção (M5).

Ela não tem uma sala pra grupo, ela não tem um espaço pra acolhimento, ela não tem boa ventilação, ela não tem boa iluminação e já pensou um monte de gente junto agrupado num espaço? Dificulta um bom atendimento e uma boa satisfação [...] (E1b)

Eu queria que o programa melhorasse o funcionamento da unidade. Existe muita falta de recurso, a gente tá sem aerossol e, num período desses, com muitas criança com infecção respiratória, não é nem infecção não, mas pelo ar que tá muito seco e a gente não tem. O posto precisa melhorar ainda (ACS5).

Em estudo realizado junto a alguns municípios do Rio de Janeiro, trabalhadores da saúde também identificaram a precariedade da infra-estrutura como um ponto negativo do trabalho (RONZANI; SILVA, 2008). O mesmo resultado foi obtido por Tomasi *et al.* (2008), na investigação realizada junto a trabalhadores da atenção básica em 41 municípios das regiões sul e nordeste do país: 46% dos 4.675 entrevistados relataram insatisfação com o ambiente físico de trabalho.

Vale destacar que o Manual de Estruturas Físicas de Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2006b, p. 23) preconiza, para a adequada assunção das responsabilidades em uma Unidade de Saúde da Família com **1 Equipe de Saúde da Família** operando, uma série de itens, dentre os quais destacamos:

- *1 sala de recepção para pacientes e acompanhantes;*
- *1 a 3 salas de espera para pacientes e acompanhantes;*
- *1 consultório médico com sanitário;*
- *1 consultório;*
- *2 salas de procedimentos;*
- *1 consultório odontológico com área para escovário;*
- *2 sanitários para usuários;*
- *1 sala para reuniões e educação em saúde.*



Figura 8 – Planta Humanizada de UBS.  
Fonte: BRASIL, 2006b

O gestor local reconhece as implicações da precariedade estrutural na qualidade dos serviços.

[...] tá precisando de estrutura também física, porque nós não temos estrutura física boa pra atender a população. Nós estamos improvisando consultórios, estamos atendendo aqui, até no auditório, pra não deixar ninguém sem ser atendido (GL3).

[...] porque o ideal é trabalhar com o mínimo de pessoas pra você fazer o máximo. Dar o máximo do potencial dessa equipe. Aí eu trabalho com o máximo de pessoas a ser atendida e a equipe vai conseguir atingir o mínimo. A inversão tem que ser essa [...] (GL2b).

Nós temos péssimos recursos humanos. Nós trabalhamos aqui (com) cinco equipes saúde da família e só tenho três auxiliares de enfermagem. É muito ruim e não é só a minha, não. Está faltando recursos humanos e a hora que vai melhorar mesmo é a hora que tiver recursos humanos suficientes pra que a gente desenvolva melhor o nosso trabalho (GL3).

Por fim, a violência originada do tráfico de drogas e a animosidade da população aparecem como fatores que causam tensão no cotidiano do trabalho, fato descrito também em Conill (2008) e apontado como causa de elevação da rotatividade entre as equipes:

[...] essas também são coisas que dificultam: a violência, a droga, o alcoolismo, a violência, a fome. É um pessoal assim que anda e por tudo pode pegar uma briga [...]. Eles vêm muito armados, vendo assim a unidade como um lugar que não consegue ficha, que não vai ser atendido, que não vai ser bem tratado [...] (E6)

Entre usuários, o entrave apontado é a longa fila de espera quando o assunto é a referência para níveis de maior complexidade do sistema, configurando uma lenta romaria para realização de consultas com especialistas, internamentos ou realização de exames.

Eu não gostaria não de eu ter um exame urgente pra fazer e ficar com mil e tantas pessoas na minha frente, que nem aconteceu. Eu passei a noite todinha com uma dor na boca do estômago, chorando e vim e falei com a médica. Ela passou o exame pra mim fazer, só que quando eu cheguei pra fazer o exame tinha mil e quatrocentas pessoas na minha frente e eu tinha que ficar nessa fila todinha (U3).

O encaminhamento custa muito. Eu procurei um encaminhamento de uma transvaginal ano passado, que agora fez um ano e eu nunca tive a resposta do encaminhamento (U6b)

Com efeito, o tempo que se leva entre o agendamento e a realização do procedimento em um nível de maior complexidade do sistema foi identificado, no estudo de GAIOSO e MISHIMA (2007), como um dos aspectos causadores de preocupação entre usuários de quatro Unidades de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto – SP. Segundo a pesquisa, a expectativa dos usuários é do atendimento acontecer em um período mais curto, já que o tempo médio da espera gira em torno de três meses.

Quanto ao estrangulamento que se observa no nível das especialidades, cabe recuperarmos, mais uma vez, a Portaria n.º1101/GM (12 de junho de 2002), que define em 22,3% do total de consultas médicas programadas, o percentual aceitável para consultas médica especializadas no SUS. Esse valor representa o funil – ou o teto – do sistema e a partir dele se organizam as estruturas municipais de média complexidade, muito embora, na atenção básica, não haja essa correspondência.

Em outras palavras, acreditamos que, na atenção básica, o número de encaminhamentos a níveis de maior complexidade continua sendo muito elevado, gerando, assim, uma demanda reprimida incompatível com as diretrizes organizativas do sistema. Essa situação, muito além de expor a carência de consultas especializadas e de exames diagnóstico, é reveladora, muitas vezes, da falta de resolubilidade e da “política do encaminhamento” que aí impera, ou seja, o objetivo maior passa a ser “empurrar o problema para frente”. Só que o “problema”, nesse caso, é o usuário.

Há que se considerar, também, o fato de que o próprio serviço, quando não resolutivo, ou seja, quando não atende as necessidades ou expectativas do paciente em relação à qualidade da atenção, gera “padrões de utilização ineficientes”, conforme sustentam Ortega, Infante e Palácios (2004, p.338). Partindo da premissa de que o paciente insatisfeito retorna ao serviço explorando diferentes alternativas para a solução de suas necessidades não satisfeitas, tem-se aí a duplicação da demanda.

Necessidades essas nem sempre conhecidas pelo serviço. Em um estudo realizado em São Paulo – SP, junto a 13 unidades de saúde, nenhuma dispunha de instrumentos específicos – ou sistematizados – para identificar as necessidades de saúde da população usuária (EGRY *et al.*, 2009).

Para romper com esse ciclo vicioso, de modo a se atingir a efetiva superação desse modelo, Costa *et al.* (2009) propõem, para o trabalho em saúde, a substituição do foco na produção de procedimentos, para o foco na produção de cuidados. Isso significaria a substituição do trabalho voltado para consultas, exames, triagens, curativos, suturas, para o trabalho voltado ao acolhimento, à escuta qualificada, ao diálogo.

**Quadro 4** – Detalhamento da cobertura das consultas médicas ambulatoriais, contidas no grupo 2 e 7 da tabela de procedimentos do SIA/SUS. Portaria n.º 1101/GM, de 12/junho/2002

CONSULTAS ESPECIALIZADAS	22,3% do total de consultas médicas programadas
Alergologia	0,2% ( inclui Imunologia) do total de consultas
Cardiologia	2,0% do total de consultas
Cirurgia Geral	2,3% do total de consultas
Dermatologia	1,1% (inclui hansenologia) do total de consultas
Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)	0,2% do total de consultas
Endocrinologia	0,4% ( inclui Metabologia) do total de consultas
Gastroenterologia	0,7% do total de consultas
Hematologia	0,1% do total de consultas
Medicina Física	1,2% do total de consultas
Nefrologia	0,1% do total de consultas
Neurocirurgia	0,1% do total de consultas
Neurologia	1,2% do total de consultas
Oftalmologia	2,8% do total de consultas
Oncologia	0,3% do total de consultas
Otorrinolaringologia	1,5% do total de consultas
Proctologia	0,2% do total de consultas
Psiquiatria	2,2% do total de consultas
Reumatologia	0,4% do total de consultas
Tisiopneumologia	1,0% ( inclui Broncoesofagologia) do total de consultas
Traumatologia – ortopedia	2,9% ( não inclui consulta de urgência), do total de consultas
Urologia	0,9% do total de consultas
Outros	0,5% do total de consultas

Situação semelhante se aplica aos exames de apoio diagnóstico, pois, na atualidade, tomando por base consultas tendo 15 minutos de duração, dificilmente se consegue realizar a anamnese e o exame físico de forma adequada, quanto mais se estabelecer um diálogo.

Arruda (2009, p.79) defende a dialogicidade na consulta como algo imprescindível, quando se pensa em atendimento humanizado, pois, segundo o autor, “nesse momento o paciente necessita ser ouvido, necessita de uma resposta compreensível, e o médico se dispõe ou não em dar essa resposta de forma que o paciente sinta-se bem ao sair do consultório”.

Nas circunstâncias relatadas, os chamados exames de *apoio diagnóstico* vão se tornando, progressivamente, o próprio diagnóstico, uma vez que as práticas referidas vão sendo substituídas pela interpretação de exames diagnósticos. De nossa parte, sem qualquer traço de dúvida, trata-se de uma influência ainda muito viva da prática apreendida pelo modelo biomédico, em que houve uma expressiva incorporação tecnológica, de maneira a efetivar a aproximação entre a medicina e as tecnologias; e afastando-a, cada vez mais, das Humanidades.

Não obstante, os avanços tecnológicos nas áreas de diagnóstico – e de tratamento – que se processaram a partir desse modelo de atenção, contribuíram sobremaneira para a profícua capitalização da saúde, constituindo-a num importante setor da economia – complexo médico-industrial – e fomentando, na sociedade, a idéia de saúde como mais um bem de consumo (FRANCO; MERHY, 2007).

### **A.3 Expectativas de um novo tempo**

Um aspecto, apontado como necessário, é a ampliação do quadro de categorias profissionais que integram as equipes, o que pode sinalizar o entendimento da necessidade de uma atenção integral, mas também pode decorrer da já mencionada longa fila de espera para atendimento nos níveis de maior complexidade do sistema.

Precisa ter mais profissionais, até porque um assistente social, um psicólogo poderia ter, porque às vezes tem pessoas que tem problemas mentais aqui no bairro, uma fisioterapia porque existem muitos acamados também, idosos que não podem ir até um local mais distante porque não têm condições e não têm transporte (ACS3).

[...] aumentar a oferta de serviço é fundamental, É desumano achar que uma pessoa possa dirigir dois carros ao mesmo tempo, coisa que acontece ainda no Brasil agora e até em Fortaleza. Nós só estamos com 40%, 50% de cobertura. Humanizar dessa

forma é muito complicado. Humanizar é muita batalha, é muito método e vai ter que existir vários métodos pra você diminuir o desumanizado (GL2b)

Essa situação tende a se transformar, Com a criação dos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008 (Portaria GM n°. 154, de 24 de janeiro de 2008) e o atual estágio de implantação (Figura 9), a tendência é a incorporação de profissionais antes excluídos do trabalho na atenção básica e, dessa forma, superar o predomínio da composição mínima em grande parte das equipes de saúde da família, a exemplo do que encontrou Camargo Jr. *et al.* (2008), em municípios de Minas Gerais e Espírito Santo.

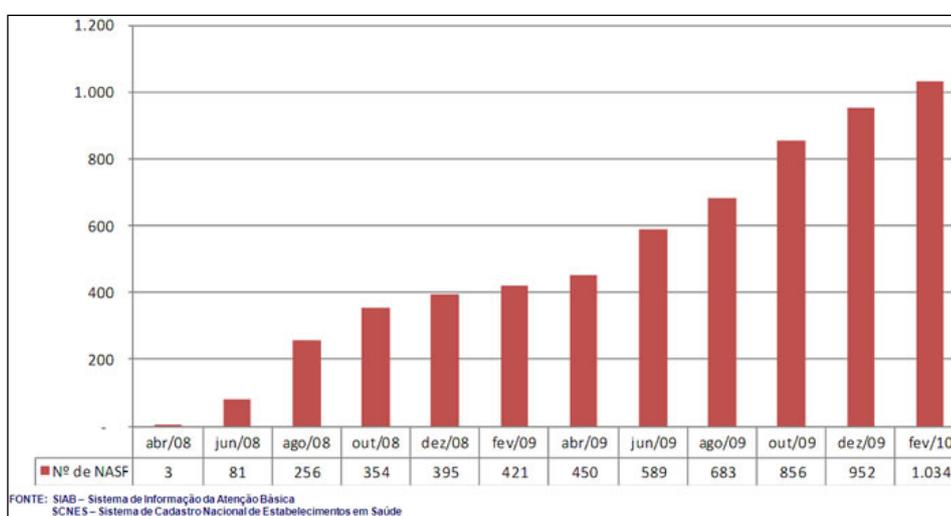


Figura 9 – Evolução do Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Implantados BRASIL - 2008 - FEVEREIRO/2010

As expectativas incluem a continuidade da valorização profissional e da educação permanente:

Espero que continue com essa política e sempre valorizando concursos, incentivos e o salário, porque é importante pra que a gente possa trabalhar, porque ainda existe o preconceito do médico de PSF, dentista de PSF e aí a gente tem que vencer essa barreira de preconceito. Mas tem que ter o incentivo. Agora, valorizando, partindo das instituições, dos órgãos governamentais. (M2b)

Eu acho que elas (o treinamento e a capacitação) são fundamentais na tentativa. Eu acho que é necessário. Eu acho que se consegue com algumas pessoas mudar, pequena a mudança, mas você consegue dar métodos que às vezes amenizam e se você não consegue ter a mudança, adquirindo metodologias você acaba sabendo que você tem que ser responsável [...] (GL2b)

Essa expectativa dos trabalhadores foi identificada no estudo de Camargo Jr. *et al.* (2008) e concordamos que as mesmas apareçam como imagem-objetivo, especialmente em um país que vivenciou tantas iniciativas sem a necessária condição para sua sustentabilidade.

Souza e Hamann (2009) defendem que, se houver interesse em contar com profissionais preparados e comprometidos com o exercício de um cuidado integral, familiar e comunitário, há que se enfrentar o desafio de ofertar estratégias de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família. Os autores atribuem ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela indução desse processo junto aos níveis estaduais e municipais.

Ideais de sucesso estão presentes entre os gestores:

As pessoas estão acostumadas com essa outra forma de se trabalhar, de correr pro hospital e se esquece que tem um posto de saúde às vezes em frente de casa. E elas começaram a ver que a gente tem, sim, uma grande importância na saúde deles, antes que eles precisem chegar no segundo ou no terceiro nível de atendimento (GL2)

Eu acho que agora em diante é só essas equipes assumindo de verdade, porque muitas unidades de saúde ainda não estão com o quadro completo, mas quando estiverem vai ser maravilhoso (GL5).

A superação das dificuldades é considerada mais dependente de mudanças de postura dos profissionais do que de decisões institucionais. E elementos de humanização são visíveis nesse discurso:

Acredito no PSF, acredito que o usuário, se ele está satisfeito de alguma forma é porque tem dado certo e se ele está insatisfeito eu acho também que a gente tem que melhorar [...]. A gente sempre tem que procurar, tentar identificar que tipo de insatisfação tem causado nele e a gente procura também escutar prá ver o que ele tem pra dizer, prá mudar. E a gente tá aberto pra mudança (ACS2).

Nas falas dos usuários, o papel do serviço não aparece preso a uma missão e especificidade que se traduz em ações curativas. Nelas, afirmam-se expectativas de resolução de questões que remetem a um entendimento ampliado da saúde e sua irredutível intersetorialidade; e explicitam sua ausência.

Qualquer coisa que servisse a gente. Aqui é muito bom ter esse posto que a gente consulta e precisa do remédio, **mas não precisa só de remédio** [...]. Sempre eles vinham dar um sopão aqui e era tão bom, mas o pessoal não sabia se comportar e aí acabou-se e pronto. Aqui não aparece nada por causa disso (U1)

No começo ele (o posto) tinha assistente social, tinha um advogado, uma psicóloga e não tem mais nada disso, então eu queria que voltasse tudo que era antes (U3)

E falando também de uma questão do lado social, que eu percebo muito quando eu venho aqui [...], vem muitas pessoas carentes, muitas mulheres carentes e crianças, então eu daria assim uma dica pra melhoria também do funcionamento aqui do posto: uma arrecadação de alimentos. Porque eu percebo assim: o que leva uma pessoa a vir ao posto de saúde e ter esse grande fluxo, eu sempre associo ao desemprego e à não boa alimentação (U3b).

As expectativas do grupo gestor são compatíveis com aquelas manifestadas pelos usuários, com implicações no olhar diferenciado:

Então, diante de todo esse processo que a gente está vivenciando (e) vivenciou em Fortaleza, ela ainda está na fase de implementação. Precisa andar muito e trabalhar nessa questão desse cuidado dessas ações. A gente precisa ver até a própria forma de como vê, por exemplo, o saúde da família ainda muito no modelo biologicista, ainda muito voltado pra questão do atendimento [...], porque as ações desse cuidado ainda estão muito voltadas à questão assistencial, só na doença, centrado muito na doença. Acho que muito centrado na figura do médico e precisa estar trabalhando outra dimensão [...] (GM)

## **B) TEMA: ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CUIDADO EM SAÚDE**

O presente tema traz imbricadas duas dimensões. A primeira versa sobre competências e habilidades no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF, identificando os papéis ou *lugares* ocupados pelas diferentes categorias profissionais no interior dessa proposta de atenção primária em saúde. Já na segunda dimensão, partindo do referencial Lévinasiano, propomo-nos a discutir alguns aspectos da relação que se processa entre trabalhadores e usuários, atores sociais diversamente implicados na produção de ações em saúde.

### **B.1 Trabalho interdisciplinar e consolidação da atenção básica**

Conforme assinalado, a Estratégia Saúde da Família surge no Brasil em 1994, como PSF – Programa Saúde da Família, na tentativa de contribuir para a consolidação do Sistema único de Saúde por meio do fortalecimento da atenção primária em saúde. A sua apropriação como *estratégia*, no intuito de transcender a noção restrita e eleitoreira atribuída à categoria *programa*, tem início em 1997, quando o Ministério da Saúde assinala seu destacado papel na reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1997; FRAIZ, 2007).

Com efeito, a partir desse marco se atribui, à Estratégia Saúde da Família, a responsabilidade pelo desenvolvimento e aplicação de propostas referentes à organização do processo de trabalho e à atenção à saúde que, alinhadas aos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 1990), pudessem efetivamente superar aquelas práticas de cuidado eminentemente curativas alavancadas pelo Modelo Médico-Assistencial Privatista, já que a alteração que se esperava no paradigma assistencial, a partir

da Reforma Sanitária brasileira e implantação de um modelo assistencial plural (PAIM, 2003), não ocorrera como se esperava.

Compete, pois, à Estratégia Saúde da Família, a responsabilidade de viabilizar o SUS como um modelo assistencial plural, cuja ênfase estaria na promoção da saúde e que se prestaria a alterar a atual e volumosa demanda espontânea por ações e serviços de saúde pela organização e controle dessa mesma demanda, estabelecendo, de forma integrada, nos vários níveis de hierarquização do sistema, uma estrutura verdadeiramente voltada à saúde da população.

Para levar a cabo tamanha tarefa, é imprescindível operar, na produção do cuidado em saúde, inúmeras transformações. Dentre estas, assinala-se a abordagem da ação em saúde voltada à família e seu contexto, passando a demandar um olhar e um fazer interdisciplinares (FRAIZ, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b), “esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, **sob a forma de trabalho em equipes**, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade ...”. (Grifo nosso).

É importante destacar que a produção cotidiana no cuidado em saúde depende, em grande parte, das competências dos trabalhadores da saúde, bem como do grau de interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família (SILVA; FÉLIX, 2007). Esse conjunto de atributos desejáveis aos trabalhadores da saúde consta como *competências e habilidades* nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da área de Saúde (BRASIL, 2001):

*“aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.”*

As competências que se esperam dos profissionais de saúde estão circunscritas a três domínios (SAUPE *et al.*, 2007; SILVA; FÉLIX, 2007): o conhecimento (*saber*); as habilidades (*saber fazer*); e as atitudes (*saber ser e conviver e/ou querer fazer*). É possível identificar, nesses domínios, competências clínicas e não clínicas (SILVA; TANAKA, 1999).

O verbete *competência* é definido por Ferreira (2009) como “qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade”. Para Perrenoud (1999, p. 7), significa “uma capacidade de agir

eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. E continua, afirmando que, “para enfrentar uma situação da melhor maneira possível, deve-se, via de regra, pôr em ação e em sinergia vários *recursos cognitivos* complementares, entre os quais estão os conhecimentos”.

No campo da formação e do trabalho em saúde, as competências aparecem como recursos demandados aos trabalhadores, materializados via conhecimentos, habilidades e atitudes imprescindíveis para consolidação do Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família (SAUPE *et al.*, 2007).

Entendemos que, as várias identidades profissionais que interagem na Estratégia Saúde da Família, se horizontalmente organizadas e articuladas, podem, sinergicamente, atuar no campo da promoção, da proteção específica, do tratamento e da reabilitação, enxergar o contexto social e psicoafetivo de histórias de saúde de indivíduos e de famílias (SILVA; FÉLIX, 2007), ampliando o potencial resolutivo da atenção básica a níveis mais próximos do que de apregoa (FRAIZ, 2007).

Essa expectativa, em relação aos processos humanos que se estabelecem no trabalho em saúde e que muito se reitera nos documentos oficiais, remete-nos invariavelmente à discussão acerca das reais condições acerca da hierarquia de saberes e de poderes no cotidiano das práticas e do cuidado. No entanto, ainda é escassa a produção científica acerca dessa temática, sinalizando uma lacuna que carece ser preenchida, a fim de se identificar a intensidade do avanço ou da permanência que se registram nessas relações e, por conseguinte, produzir respostas que contribuam para a superação de hiatos que ainda se observam na *práxis* em saúde.

Entre os *médicos* entrevistados, destacamos a **fluência** com que os princípios norteadores da estratégia se mostram presentes em suas falas, quando solicitados a se pronunciar sobre a mesma.

[...] é uma visão diferente, é uma visão que a gente trabalha dentro da equidade, diversidade, integralidade, acesso longitudinal (M1).

A importância é grande porque a gente é o primeiro contato que tem com a população, com os problemas. Então eu vejo que a importância do programa é exatamente essa, porque é o primeiro contato e aí, a partir da gente, direcionar melhor dentro do fluxograma do SUS pra diversos níveis de atenção. Então a gente é o ponto chave pra que funcione corretamente (M2a)

Olha, o Programa Saúde da Família consiste basicamente num acompanhamento pelo sistema da longitudinalidade e também pelo princípio da universalidade e equidade. O cuidado de favorecer aos que são mais desfavorecidos... (M3)

Olha, na minha concepção o Programa de Saúde da Família ele tem a humanização. São os pilares da humanização e também a promoção da saúde, prevenção de doenças, são os pilares do programa. (M6)

Já nas narrativas dos *enfermeiros*, os aspectos organizativos ou operacionais decorrentes da implantação da estratégia no Município emergem com maior fluidez, em comparação à dimensão teórica ou conceitual atinente ao SUS e à ESF. No tocante a esses temas, observa-se que a menção aos princípios aparece destituída da preocupação em aparentar conhecimento ou compreensão. Em contrapartida, é inequívoca sua maior familiaridade com a descrição da operacionalização das ações.

É ótimo, é muito bom essa parte também coletiva, mesmo assim dos grupos é muito bom porque aquele negócio (de ficar) só receitando no consultório, atendendo, também cansa; e o bom do PSF é isso: porque tem muita coisa diferente e não é sempre a mesma coisa e a gente pode fazer isso [...] (E1)

Aqui a gente trabalha com idosos basicamente, que a maior incidência é de hipertensão e diabetes. A gente trabalha com puericultura e pediatria até cinco anos de idade; a gente trabalha com mulheres em idade fértil no planejamento familiar, na prevenção do câncer ginecológico. A gente faz também grupos, pré-natal. Eu acho que basicamente é isso, os programas codificados pelo PSF e grupos educativos [...] (E1b)

A consulta é um pouco diferente da outra e por você ter que conhecer a família e acabar conhecendo a família. É pra existir o exame físico e a conversa, porque muitos pacientes vêm porque precisam de conversa. (e2)

Eu particularmente eu vejo, por exemplo, se você atende uma criança, você tem que atender a criança e procurar também adentrar na mãe da criança, no acompanhante da criança pra ver como é que tá, pra saber se aquela mulher tá fazendo o acompanhamento também, orientar os cuidados em casa, os cuidados com a higiene, até porque assim a família não se restringe muitas vezes só à mãe e à criança (E3)

No domicílio, por exemplo, a gente encontra um idoso que tá com seqüela de AVC, hipertenso. Aí você cuida daquela seqüela, orienta a família como é que deve cuidar do idoso no domicílio, se ele tem a medicação você dá o seguimento, você continua prescrevendo porque ele já vem com a medicação prescrita e você continua pra não deixar o idoso sem a medicação e orienta a família como ela deve se conduzir e a gente também faz a nossa parte (E5).

É notória a compreensão da proposta da Estratégia Saúde da Família nas duas categorias profissionais entrevistadas. No entanto, o predomínio de um dos recursos das competências – *o saber*, representado pela preocupação em dar visibilidade ao *domínio teórico* da proposta, por meio do emprego dos termos técnico-científicos que integram os textos oficiais, prevalece no discurso dos médicos. Esse domínio, o do *saber*, é definido por Saube *et al.* (2006 apud SAUPE *et al.*, 2007, p.656) como o “conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e re-elaboração crítica, que possibilitam ao

profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação”.

[...] os médicos, eles têm um conhecimento bom, mas eles chegam com dificuldade na aplicação dessas outras coisas... (M1)

Por outro lado, entre enfermeiros, fica claro o entendimento da proposta a partir das implicações desse novo referencial nas práticas em saúde, ou seja, no campo das habilidades – do *saber fazer*, já que os princípios norteadores da proposta e os termos técnicos mais empregados para sua caracterização não são colocados em relevo. As habilidades “representam o saber fazer do domínio psicomotor e são indicadas pelo ‘conjunto de práticas adquiridas, sobretudo por demonstração, repetição e re-elaboração crítica, que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no seu campo de atuação” (SAUPE *et al.*, 2007, p.656).

Os depoimentos dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS demandam uma leitura particular, por se tratar de uma categoria que, conforme já afirmamos, prescinde de formação profissionalizante. Nesse sentido, fomos surpreendidos pelo fato desta ter sido a única categoria a referir a necessidade de um novo olhar sobre a saúde e de um novo modo do fazer em saúde, sugerindo, assim, não apenas o conhecimento de pressupostos teóricos que sustentam a proposta, como também o *compromisso* com aspectos como a promoção da saúde e os princípios filosóficos do SUS, revelando, assim, uma compreensão ampliada de saúde.

O PSF acho que é um programa muito importante porque nele você cuida daquela comunidade **já com outros olhos** [...](ACS1)

[...] eu não entendia muito bem como (era) o Programa Saúde da Família, mas com o passar do tempo você vai vendo como acontece, você vai vendo que **é um outro jeito de fazer saúde**. Eu vejo isso, então as pessoas estão acostumadas ter a saúde curativa: quando ela vem, chega, é atendida e ela volta e o médico não sabe o nome do paciente, o paciente não sabe o nome do médico e vai embora e por isso fica [...](ACS5)

Nessas falas, o que se explicita é uma mudança do olhar e uma mudança de atitude frente ao usuário e suas necessidades de saúde. As *atitudes* “representam o saber ser e conviver do domínio afetivo e compreendem o ‘conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introjeção e re-elaboração crítica que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver, além da capacidade de tomar decisões e de solucionar problemas na sua área de atuação” (SAUPE *et al.*, 2007, p.656).

Em síntese, enquanto o discurso médico revela sua correspondência com o domínio cognitivo – o saber, temos, entre os enfermeiros, a compreensão da proposta a partir

das habilidades – o fazer e, entre os ACS, categoria destituída de um saber específico que lhe confere uma identidade própria, valoriza-se a dimensão atitudinal – o ser e conviver.

O fato de as competências não se mostrarem presentes com a mesma intensidade no discurso das categorias profissionais que integram este estudo não significa, necessariamente, sua completa ausência; no entanto é reveladora a existência de uma hierarquia de valores internamente semelhante – já que compartilhada entre seus membros – e externamente diferenciada – ao se reconhecer a especificidade e a interdependência entre os códigos de valoração e a construção social de cada uma delas.

Partindo dessa premissa, julgamos pertinente evocar a reflexão sobre como tais domínios – o saber, o fazer e o ser/conviver – têm sido trabalhadas no processo de formação, já que as mesmas, conforme defendem Saube *et al.* (2007), “promovem a integração entre as políticas públicas em saúde e em educação e rompem com a histórica dicotomia entre estes setores”.

Recuperamos a discussão anteriormente iniciada, acerca dos valores presentes na formação em saúde, pois, ainda que os conhecimentos/saberes sejam contemplados, que dizer acerca das habilidades e atitudes, tão importantes quanto o domínio cognitivo para a consolidação do modelo assistencial plural? Por esse motivo, reiteramos, agora de forma contextualizada, a questão anteriormente formulada, a qual remete, inequivocamente, ao questionamento da formação em saúde: como transformar o sistema buscando torná-lo o que ainda não somos?

São ilustrativas dessa situação as narrativas assinalando a frágil influência do processo de formação médica na escolha pela área de atuação:

Era outro currículo, que a gente não passou, depois que a gente saiu da faculdade – e fazem dois anos e na época que a gente já tava se formando – é que tavam mudando o currículo pra ir mais pra atenção básica. É, tanto que agora aumentou mais seis meses, (mas) da nossa parte não. Da minha parte foi mais o interesse, vim de uma família mais humilde que teve problema com atendimento e que tá mais ligado nessa área é que fez optar por essa área e não a faculdade em si (M2a)

A formação tampouco ofereceu o preparo técnico adequado para a atuação na atenção básica:

Aí passa cinco anos sem ver nada. Sem ver nada, sem ir pro posto. Aí no último ano, é que (em) um mês a gente passou no posto de saúde. É muito pouco diante da necessidade; e sem falar que a maioria dessas pessoas que se formam, querendo ou não, acabam indo pra um PSF, acabam indo pra atenção primária pelo menos inicial. E vai muitas vezes despreparados, porque a formação não era pra atenção primária e sim pra atenção secundária e terciária. Agora que isso está mudando e isso é bom. (M2b)

Porque quando a gente termina o curso de medicina – e que não é diferente de hoje – a gente não tá preparado pra entrar aqui. Eu digo assim: os médicos do sexto ano que receberam o seu diploma pra você atuar em qualquer lugar que seja, porque a

parte prática mesmo a gente só aprende com o dia-a-dia. Então uma residência, seja ela no saúde da família, seja ela em qualquer área que você quiser fazer, eu acho que é importante pra que você tenha segurança no que você realmente vai fazer (M4).

Essa informação é corroborada pelo gestor local, que também reconhece a mesma dificuldade:

[...] eu acho que as universidades contribuem pouquíssimo, apesar da tentativa. Dentro da universidade, eu tive duas ou três mestres que levavam isso, levavam essa história de humanizar, de atender bem, de trabalhar a moral, de trabalhar a ética, de trabalhar a técnica também (GL2b).

Infelizmente, essa situação tem sido compartilhada em outras localidades e não é exclusividade de médicos. No Rio de Janeiro, trabalhadores da ESF com formação universitária manifestaram insatisfação com sua formação, no que tange a adequação para a natureza do trabalho (RONZANI; SILVA, 2008).

Para efetivação da mudança do modelo assistencial, a importância da formação assume, evidentemente, posição de destaque. E, sobre a formação médica, Feuerwerker (2002, p.1) afirma:

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. Médicos com formação geral, **capazes de prestar uma atenção integral e humanizadas às pessoas, que trabalhem em equipe**, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes (grifo nosso).

Freidson (1998) defende que a análise da consolidação de competências, a serviço da profissionalização de uma dada categoria profissional, exige reconhecer as relações entre as competências específicas e suas expressões na história dessa mesma categoria, como condição imprescindível para a definição da sua identidade social. Partindo dessa premissa, recuperamos alguns elementos da história de formação dessas duas categorias profissionais atuantes na saúde.

Na história da formação médica, observa-se o predomínio do ensino na modalidade tradicional, baseado na transmissão de saberes, na experiência do professor e na valorização do conteúdo em detrimento da formação de valores (BORDENAVE; PEREIRA, 1998 apud FEUERWERKER, 2002, p.23). Não por acaso, já que tal formação tem sido fortemente condicionada pelas macroestruturas econômicas e políticas, pelo entendimento que se tem de saúde-doença e de necessidades de saúde, pela organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, pela prática médica, embora as escolas formadoras tenham relativa liberdade no que tange seu funcionamento (FEUERWERKER, 2002).

Em documento recentemente publicado, a Organização Panamericana de Saúde assinala os principais problemas da formação médica nos países americanos, dentre os quais destacamos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008): os **escassos conhecimentos e habilidades** por parte dos egressos **para o manejo da atenção primária** em saúde; a ênfase no modelo biologicista; a **centralização das práticas** de aprendizagem **nos hospitais**; a **ausência** de um enfoque **de promoção da saúde** e prevenção de doenças em níveis individual, familiar e comunitário desde os primeiros anos da formação; e a **carência de uma formação integral** sob as perspectivas técnica e humanista.

No que se refere ao percurso adotado pela Enfermagem no sentido de sua profissionalização, o avanço da prática ocupacional para essa categoria profissional foi alicerçado no esforço de melhoria da imagem, a fim de se conquistar reconhecimento, por meio do investimento na formação acadêmica ou dimensão cognitiva (DE DOMENICO; IDE, 2006).

Com efeito, a história da formação em Enfermagem – e de outras ocupações de saúde no Brasil – revela contornos semelhantes àqueles apresentados pela formação médica, pois, em sua origem, o ensino da Enfermagem fora influenciado pelo Modelo Biomédico (LUZ, 2003), orientado pelas demandas de mercado que se faziam presentes àquela época. Até 1972, todas as mudanças empreendidas no currículo mínimo de enfermagem privilegiaram o modelo médico/hospitalar (ITO *et al.*, 2006).

Em um estudo acerca das competências do enfermeiro a partir das percepções de técnicos e docentes, De Domenico e Ide (2006) encontraram resultado semelhante, pois, conforme afirmam, “competências referidas como de exercício diário não traduziram todas as dimensões do exercício profissional que são almejadas pelas diretrizes para a formação do graduado [...]”. Nesse contexto, adquire destaque o fato de que as competências técnico-científicas apareceram com maior destaque nas ações de natureza curativa, de forma associada ao **fazer** prescritivo.

Transpondo a reflexão para outro domínio além da formação, a divisão do trabalho entre as categorias no interior das equipes também exerce sua influência nessa polarização de visões sobre a Estratégia Saúde da Família que se verifica entre médicos e enfermeiros.

Nesse aspecto, também observamos diferentes olhares entre as diversas categorias, mas é clara a valorização do ambiente harmônico na inter-relação profissional.

Entre os médicos, houve menção de que a integração e o sentimento de pertencimento à equipe são resultados de iniciativas de acolhimento de uma categoria por outra(s). Nessas falas, a afirmação acerca da aceitação *do outro e pelo outro* assume especial relevância na constituição do trabalho em equipe:

E do grupo aqui a gente trouxe a auxiliar de enfermagem que estava só dentro da unidade e ela tá participando e foi excelente, ela tá satisfeita, **ela tá sentindo que faz parte da equipe**. E as agentes comunitárias, **mostrei pra elas que elas são importantes**, que elas precisam, que elas que convivem, elas é que fazem o início, explicam a idade, fazem os convites da volta. Então, a equipe toda tá trabalhando – o médico, a enfermeira, o auxiliar e o agente comunitário (M1).

Olha, o sistema de equipe aqui é bem diferente do sistema assim normal, sistema assim vigente, que é um profissional e cada profissional na sua área e não tem aquela conexão. Aqui, **há uma interdependência** (M3).

O saúde da família pela rede é o trabalho em equipe, se não houver esse trabalho em equipe fica difícil, então **tem que haver uma boa interação** entre o médico e o enfermeiro, principalmente entre o médico e o enfermeiro [...]. Principalmente médico e enfermeiro, eles têm que estar muito unidos, ter o mesmo ideal, trabalhar conjuntamente com a visão global do paciente e decidindo tudo em equipe mesmo, as estratégias, como atuar preventivamente na comunidade vendo quais são os riscos que aquela comunidade, aquele área ta enfrentando (M6).

A fala abaixo confirma a importância da aceitação e do respeito mútuo, para que o trabalho em equipe possa ser considerado bom ou produtivo:

[...] eu acho que no momento eu trabalho com uma boa equipe, eu acho que a gente fala a mesma língua, então fica fácil. Particularmente eu não tenho o que dizer, a gente tem o apoio da equipe, a gente tem o apoio do médico, tem apoio do enfermeiro. Eles também têm o nosso apoio. Então, assim, eu acho que cada um trabalha como cada um tivesse uma função, mas uma função dependente da outra. Acho que a gente tem que dar um respaldo e eles têm que dar respaldo pra gente e aí a gente vai levando e as coisas vão acontecendo da melhor forma possível (ACS2)

Por outro lado, aquelas mesmas falas – de médicos – nos autorizam a supor que exista o reconhecimento de uma suposta superioridade técnica ou simplesmente de uma distinta relevância, que privilegiaria algumas categorias que integram as equipes em detrimento de outras. Essa (oficiosa) hierarquia técnica entre os membros da equipe é apontada como obstáculo para enfermeiros; mas, em contraposição, a *autonomia técnica* que se viabiliza e o maior reconhecimento da sua importância, em saúde coletiva, são motivos de comemoração:

É meio difícil. [...] Hoje os próprios profissionais já estão entendendo que trabalho de equipe tem que ser em grupo, não pode ser eu mandando e eu obedecendo, mais ética nesse ato. Você tem um campo muito mais amplo pra desenvolver o seu trabalho (E1b).

Eu acho que não me encaixaria em outro trabalho. É o melhor. É muito bom ser reconhecida e no hospital acho que você não é tão reconhecida (E1)

Na obra de Bosi (1996, p.51), “a *autonomia* [...] representa a capacidade de avaliar e controlar o desenvolvimento do trabalho. É nisso que reside a essência do profissionalismo.” E complementa, a partir da leitura de Freidson (1970), que “o conceito de *autonomia*, em Freidson, liga-se intrinsecamente à dimensão do conhecimento, **ao saber**, já que expressa uma competência técnica legitimada” (grifo nosso).

Bem, a enfermagem é uma coisa que realmente se avançou muito atualmente. A gente sabe que vem engatinhando aos poucos e com o PSF graças a Deus **a nossa autonomia aumentou bastante**, até porque em relação, assim: antigamente, não tinha aquela questão de você, vamos dizer assim, ter aquela prioridade do paciente de ser atendido pela enfermeira, de ser orientado pela enfermeira. (E3)

O enfermeiro tem ocupado a cada (dia) mais espaços e fazendo valer a sua capacidade profissional, mas no PSF ele tem um direcionamento realmente diferenciado porque você trabalha com consulta de enfermagem, você trabalha com programa onde você pode ampliar mais e **tem uma autonomia maior**. No hospital você tem uma dependência maior do profissional médico [...] (E1b)

[...] a gente se sente mais à vontade. A gente **tem oportunidade de atuar com mais autonomia**, atende a criança na puericultura. Eu me sinto muito bem trabalhando no programa de saúde da família porque eu acho que é um programa que satisfaz a enfermeira porque ela pode atuar com mais autonomia. É um trabalho multidisciplinar, é um trabalho de equipe, mas a gente se sente mais à vontade prá trabalhar (E5).

Essa noção de superioridade técnica de uma categoria em relação às demais, no campo da saúde, tem suas raízes no Modelo Médico-Assistencial desenvolvido por Abrahan Flexner em 1910. Esse modelo norte-americano de formação e atuação médica, que tem em seu cerne o entendimento de saúde como ausência de doença e como características o biologismo, o curativismo, o individualismo, o mecanicismo, a centralidade do profissional médico e a valorização da especialização, determinou o formato da assistência em saúde no Brasil desde a década de 1940 e é esse modo de fazer saúde que se pretende superar pelo SUS e pela Estratégia Saúde da Família (BERTOLLI FILHO, 2003; POLIGNANO, 2008; BRASIL, 1997).

Naquela perspectiva – curativista, todo e qualquer ato técnico em saúde – à exceção das imunizações – somente teria início a partir do adoecimento, o que colocava, evidentemente, o médico em posição central, já que toda ação terapêutica derivava e ainda deriva, necessariamente, de um diagnóstico clínico – prerrogativa médica. No entanto, a finalidade da Estratégia Saúde da Família consiste em contribuir para a alteração do modelo assistencial, priorizando, juntamente com as ações curativas, as ações de promoção da saúde. E não ao acaso, pois a Organização Panamericana de Saúde reconhece que a Atenção Primária em Saúde “*sigue sendo la principal y más efectiva estratégia para promover la*

*salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona* (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008, p.8). Invariavelmente, essa mudança de foco – a saúde em lugar da doença – provoca alterações nas relações profissionais anteriormente instituídas.

Ainda assim, a perspectiva curativista e a centralidade do médico no processo de trabalho em saúde dão claros sinais de sua permanência por meio das narrativas de enfermeiros sobre a composição de suas equipes e que, a despeito da autonomia mencionada, coloca em relevo a expressiva dependência que se tem do médico na atenção básica – fato até compreensível se considerarmos o expressivo volume da demanda reprimida para consultas médicas em todos os níveis de complexidade do sistema:

Trabalhar em equipe é maravilhoso, **só que eu estou sem médico ainda**, tem um dentista porque o médico passou no concurso e foi lotado aqui, mas ainda não veio (E1)

Minha equipe só é eu e ele. Não, eu tenho a dentista [...]. **No momento eu tô sem médico**, mas assim, **graças a Deus conto com a colaboração dos outros médicos** [...] (E3)

Assim, concordamos ser urgente o estabelecimento de novas relações entre os profissionais da saúde, baseadas agora na interdisciplinaridade e não apenas na multidisciplinaridade, a fim de se construir novas formas de produção do cuidado, que questionem as “certezas profissionais” instituídas pelo modelo biomédico (SAUPE *et al.*, 2005).

Com efeito, a interdisciplinaridade – discutida em Vilela e Mendes (2003) como a necessidade de se superar a fragmentação do conhecimento, com vistas à unidade – leva à necessidade de transformação das formas de relação anteriormente instituídas, o que se nos apresenta como um desafio de grande magnitude a ser transposto, pois, como sustenta Assunção (2005), ao afirmar a indissociabilidade entre a interdisciplinaridade e a intersubjetividade, não há como escapar desse encontro, dessa interação entre diferentes identidades profissionais historicamente construídas.

Não obstante, reconhecendo que todos os trabalhadores em saúde “fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias” que constituem um núcleo comum a ser matriciado pelas especificidades de cada formação, esse movimento de mudança dessa relação, da verticalidade para a horizontalidade, poderia, também, aproximar o fazer técnico do universo e lógica dos usuários (MERHY, 2007).

Em que pese eventuais dificuldades, as narrativas convergem para uma avaliação positiva do trabalho em equipe.

[...] ultimamente a nossa equipe tá um pouco quebrada, mas **quando a equipe tá completa, todo mundo trabalhando em harmonia** é muito importante. (E5)

[...] **trabalhar em equipe pra mim é maravilhoso**, porque eu vejo que, por exemplo, hoje quando eu cheguei e estava a colega auxiliar muito assoberbada e vi que ela estava precisando de ajuda, então dei uma forcinha e ela (disse): “obrigada doutora”. Ela sabe que a tarefa minha não é está lá verificando, então isso aí não arranca pedaço, então esse contato, essa troca, essa partilha, então pra mim é muito importante, então a gente vive em equipe, o mundo é essa troca. (E6)

**Eu valorizo muito o trabalho em equipe**, cada (um) precisa do outro, eu tanto preciso me relacionar bem com o médico como com o agente de saúde, pra que a gente possa trabalhar com qualidade e eu acho muito importante o trabalho em equipe. (E5)

**É ótimo porque você consegue atender o paciente realmente como um todo**, eu não posso resolver tudo, mas eu tenho um médico do meu lado e um dentista que a gente acaba resolvendo todas as necessidades daquele paciente [...] (E1)

A boa qualidade da relação e do entrosamento, no entanto, parecem não constituir regra, na visão dos ACS. Ainda assim, o registro sobre sua aceitação pelo outro – mesmo que não seja por outros técnicos – tem seu peso na emissão de juízo sobre o tema:

Na minha comunidade eu tenho assim uma liberdade muito grande, apesar de ter algumas dificuldades no posto de saúde, mas assim, em relação à comunidade eu sou bem aceita na minha comunidade. (acs.1)

Muito boa, chegaram os médicos novos e as enfermeiras e eu tive pouco contato com eles até agora, mas com o restante dos funcionários ótimos. [...] (ac3)

[...] até agora **a gente tá se dando bem**, principalmente os agentes de saúde, que existe uma elo de ligação muito forte com os quatro que estão. [...] Então são os quatro unidos e todos os quatro fazem o serviço um do outro e até de outro agente de saúde se for necessário (acs4)

É possível identificar a existência de diferentes graus de familiaridade, entre os trabalhadores de saúde, acerca das competências e habilidades profissionais. Nessa perspectiva, os domínios cognitivo (do *saber*), procedimental (do *saber fazer*) e do atitudinal (*querer fazer*) se destacam com maior ou menor expressividade em cada uma das categorias profissionais consideradas no âmbito deste recorte, denotando o *lugar* ocupado por cada uma delas e as relações verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais.

Faz-se importante pontuar que tais *lugares* ou espaços foram historicamente instituídos, em decorrência dos processos de organização e profissionalização de cada uma dessas categorias, inerentes à divisão social e técnica do trabalho e à evolução das políticas da saúde em nossa sociedade e, por conseguinte, à evolução do processo de formação em saúde no mundo ocidental.

A interdisciplinaridade, para se efetivar nas práticas de saúde, demanda outras formas de relação, que se distanciem da hierarquia de poder instituída por modelos assistenciais curativistas; e novos *lugares* para as diversas categorias atuantes no campo da saúde, atualmente muito mais diversificadas e numerosas que aquelas consideradas no âmbito deste estudo.

Sustentamos, pois, a necessidade de oportunizarmos, no processo de formação, experiências integradoras e interdisciplinares, a fim de que *saberes* e *fazeres* diferenciados estejam presentes no processo de vinculação do estudante com uma determinada identidade profissional, de maneira que esta não resulte associada a apenas uma *categoria* ou corporação profissional, mas a um *campo* de conhecimento e práticas, voltado a atender necessidades e demandas sociais, em especial aquelas que se apresentam no âmbito da saúde.

## **B.2 Alteridade e Identidade na Atenção Básica**

Habita, na atenção em saúde – espaço em que são produzidas ações, serviços e práticas clínicas – um “processo relacional” envolvendo trabalhador e usuário. Essa intersubjetividade que se processa por meio do “encontro interindividual” coloca em relevo, dentre as modalidades de processos tecnológicos, exatamente a tecnologia leve, ou seja, aquela das relações (FRANCO; MERHY, 2007).

Nessa perspectiva, toda ação clínica em saúde compreenderia, necessariamente, um encontro ou processo intercessor, com o estabelecimento de relações envolvendo escutas e responsabilizações e poderia conduzir, influenciada pela qualidade dessas relações, ao descrédito ou – ao contrário – à formação de vínculos e compromissos entre trabalhadores e usuários.

Esse encontro, acreditamos, exerce indubitável influência na definição de identidades, já que a consciência de si se consolidaria a partir da relação do *mesmo* com o *outro* (LÉVINAS, 2005).

Na alteridade,

a explicação do sentido que um outro eu, que não eu, tem *para mim* – eu primordial – descreve o modo pelo qual Outrem me arranca da minha hipóstase, do aqui, do coração do ser ou do centro do mundo onde, privilegiado e, neste sentido, primordial, eu me coloco. Mas, neste arrancamento, revela-se o sentido último de minha ‘minheidade’ (LÉVINAS, 2005, p.123).

Tais pressupostos nos remetem, de imediato, a uma ruptura com a forma tradicional de apreensão da imagem do *outro* na saúde, geralmente limitado a um objeto do

fazer técnico (CARVALHO, FREIRE, BOSI, 2009). Assim, muito mais do que destinatário de ações – quando usuário – ou colega de trabalho – quando trabalhador da saúde – o *outro* é aquele sobre o qual o olhar do *mesmo* se distingue e se reconhece, ou, ainda, se identifica como sujeito social.

Esse caráter dialógico e, ao mesmo tempo, identitário da alteridade é encontrado também em Sadala (1999), reconhecendo que “as relações interpessoais preenchem vazios do ser-no-mundo”. Nestes termos, dado o caráter inalienavelmente relacional da existência, o homem somente poderia constituir o que reconhecemos como *pessoa* a partir da abertura e da aproximação com o *outro*.

Entre os médicos entrevistados, identificamos falas de adesão e identificação com o trabalho em saúde da família.

[...] eu acho que me amplia, me dá mais perspectivas a respeito das dificuldades e atuar numa comunidade cadastrada e também influenciar numa área ou bairro, eu acho muito interessante isso, muito proveitoso e muito frutífero.(M3)

Pra mim é muito gratificante, [...] eu posso me doar aos pacientes e termino aprendendo muito com eles. Quer dizer: isso termina sendo uma troca, as diferenças de vida que a gente sempre adquire [...] (M6)

É a primeira vez que estou em saúde pública e achei até um desafio, porque eu tenho clínica e eu deixei tudo, quando eu percebi e, olha:-eu quero ir pra aquele povão e eu vou ver como eu vou ser útil pra atender aquele pessoa;l e eu estou me realizando, não financeiramente, porque às vezes a gente tem até prejuízo financeiro, mas como pessoa, como gente eu estou me sentindo assim muito feliz (GL5)

As falas insinuam uma possível mudança de perfil entre os profissionais, em contraposição à falta de adesão profissional tão comum entre médicos atuantes na atenção básica, já que, tradicionalmente, esse nível de atenção em saúde tem sido considerado um patamar ou degrau para a ascensão profissional, de caráter provisório, em comparação à atuação em outras frentes.

[...] as pessoas sempre pensavam no PSF como uma passagem, um trampolim pra outros objetivos e essa visão está começando a mudar [...] (M2b)

Tal mudança, ainda que visível, não significa a superação da situação anteriormente comentada, mas um processo de transição em andamento.

[...] a maioria dos médicos vem pra cá por motivo simples: foi mais bem pago, vai ser mais bem pago vindo pra regional. Área de risco como a nossa ainda paga melhor. Então, provavelmente a grande motivação dos médicos escolherem esse posto (é): ou por habitação próxima, que alguns moram bem próximo daqui; ou por dinheiro [...] (M5)

Entre os enfermeiros entrevistados, as falas de realização com o trabalho em saúde da família são recorrentes. É interessante observar como a possibilidade de *ajudar o outro* tem importante participação nesse processo.

Eu já sai da faculdade sabendo que eu queria isso, porque sempre foi uma paixão assim a saúde pública [...]. Eu adoro trabalhar com saúde pública, **adoro ajudar as pessoas**, pra mim é um trabalho gratificante. Eu tô mesmo porque eu gosto, fiz concurso, passei, estudei muito pra passar nesse concurso, eu adoro, eu gosto de trabalhar aqui, é diferente gostar da área hospitalar, eu gosto, mas não sou apaixonada, entendeu? (E1)

PSF é minha paixão e acho que pelo primeiro local que eu trabalhei aí que eu fiquei mais apaixonada mesmo porque realmente **você se interessa em ajudar as pessoas**, melhorar a situação, oferecer informações pra quem quer tem problemas maiores [...] (E3).

Profissionalmente eu me sinto realizada porque o que eu gosto de fazer é saúde pública, trabalhar com prevenção, com atenção primária de saúde porque são coisas básicas que você pode fazer e **pode ajudar muito** e não precisa de alta tecnologia. (E5)

A recorrência do termo *ajuda* denota a ambivalência do papel do enfermeiro, pois, em muitos casos, significa internalização da subordinação técnica e assunção de tarefas ‘manuais’. Sem desconsiderar essa via, julgamos oportuno assinalar a forte identificação com a *ajuda ao outro* (*outro* que se faz presente no plano discursivo ou aparente), no exercício da enfermagem.

E, dada a indissociabilidade desse termo com a noção de cuidado, cabe defini-lo como “[...] um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente ‘uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquire nas diversas situações em que se as reclama’” (AYRES, 2006, p.55).

Identidade e responsabilidade seriam, assim, elementos inerentes ao *cuidar* (LÉVINAS, 2005): “O encontro com Outrem é imediatamente minha responsabilidade por ele”.

A fala a seguir é ilustrativa dessa estreita imbricação entre responsabilidade e cuidado:

Cuidar do outro é você pensar o que você pode proporcionar de melhor dentro das suas limitações. Pronto, acho que é exatamente isso. O que você pode proporcionar de melhor, seja o atendimento, seja uma conversa, seja uma medicação dentro das suas limitações, dentro da sua realidade, é você dar aquela atenção ao outro dentro das suas limitações (E2).

Boff (1999), para quem o *cuidado* constitui elemento atribuidor de sentido à existência humana, corrobora esse raciocínio e atribui ao *cuidado* um significado ainda mais transcendente se comparada à noção de um simples ato ou virtude. Assim, cuidar do outro

consistiria em dar ou dedicar, *ao outro*, algo de si; e essa relação seria responsável por atribuir significado à existência humana.

Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a *essência humana* não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente *no cuidado*. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o ethos fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir [grifos nossos] (BOFF, 2009).

Em outros termos, o *cuidado*, assim como o *trabalho*, constitui “um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas” (BOFF, 1999, p.92).

Esse modo-de-ser cuidado, considerado a essência do ser humano, não se coloca em oposição ao modo-de-ser trabalho, embora dele se diferencie, visto que se sustenta pela relação de convivência sujeito-sujeito com a natureza e entre os seres humanos. Portanto, o cuidado, na visão de Boff (1999), é sistêmico (SCHOLZE, DUARTE JR., SILVA, 2009).

Avançando a discussão em direção à relação que se estabelece entre trabalhadores e usuários, reconhece-se, nestes últimos, o sentido da existência das práticas profissionais, ou, em outros termos, o elemento definidor de sua identidade:

Então, eu vejo o usuário como um ser humano que está ali pedindo uma ajuda e que necessita da gente como se fosse um ponto de apoio, um porto seguro e como parte integrante no cotidiano do meu trabalho, porque **sem ele eu não estaria aqui, não teria sentido a minha vida profissional**, eu sempre olho com essa visão (M2b).

[...] o usuário ele é a fonte de todo, é a base de todo trabalho da gente (E3)

[...] é a pessoa mais importante do posto porque sem ele eu não estava aqui, eu tinha que me formar pra cuidar de quem? Da pessoa mais importante do posto, da unidade: é o usuário! (E6)

Quando eu me vi fora desse trabalho eu fiquei perdida, eu disse assim: e agora? Pra (onde) é que eu vou e o que eu vou fazer? E você sente falta, eu senti falta deles e fiquei preocupada com eles: o que estava acontecendo? (ACS5)

Analisadas à luz da *alteridade* em Lévinas (2005), para quem o essencial da consciência humana é a responsabilidade que se tem para com o outro, as contribuições de Boff e Ayres nos levam a afirmar que a **relação com o outro** é o que confere ou atribui sentido à existência humana, no que concerne ao estabelecimento de uma identificação, ou seja, de uma identidade. Como defende Pelizzoli (2003, p.253), o *eu* se constitui somente a partir do *outro*: “a consciência do eu que se afirma, idêntico a si em meio ao diverso da alteridade”.

Corroborando esse raciocínio, Godoy e Bosi (2007, p.296) identificam a alteridade em Lévinas incondicionalmente associada à noção de responsabilização:

O Outro é exterioridade, uma alteridade sempre outra, que não pode ser absorvida, reduzida, totalizada, interiorizada, representada pelo “mesmo”. O Outro é o que excede e vai além do “mesmo”, que remete para o Infinito. O Outro incita o *mim-mesmo* à “responsabilidade”, que é o cerne da ética levinasiana. A “responsabilidade” pelo Outro é ilimitada, absoluta e ultrapassa a própria liberdade do *mim-mesmo*. Para essa responsabilidade absoluta não interessa a contrapartida do outro - nesse sentido, a relação é desinteressada.

Sena *et al.* (2008, p.23) analisaram as percepções acerca do cuidado entre enfermeiros e concluíram “que a compreensão do cuidado [...] deve ser construída com base na flexibilidade, intersubjetividade, reconhecimento dos valores do ser humano e **reconhecimento do outro como um ser diferente**” (grifo nosso), numa perspectiva muito semelhante à que ora postulamos.

O acolhimento constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, traduzindo-se, no âmbito das práticas, em escuta qualificada, em responsabilização e na emissão de respostas adequadas às demandas e expectativas da população usuária (SCHOLZE, DUARTE JR., SILVA, 2009).

Nesse domínio, observamos novamente a relação *mesmo-outro*, expressa na valoração do vínculo, por parte de enfermeiros e ACS, como critério e condição para o seu sucesso no trabalho, o que, em outros termos, significaria “ser aceito” pela população – *ou ser aceito pelo outro* – imagem-objeto da função.

Na minha comunidade, eu tenho assim uma liberdade muito grande, *apesar de ter algumas dificuldades no posto de saúde*, mas assim, em relação à comunidade, **eu sou bem aceita na minha comunidade**. (ACS1)

É ótima porque também eu moro aqui no bairro e a maioria das pessoas me conhecem. (Sou) **muito bem aceita**. (ACS3)

Fiz o concurso e continuei com a minha comunidade e **continuo aceita com minha comunidade**, eles já me conhecem, eu chego aqui e eles pegam na minha mão como se fosse uma pessoa da minha família [...] (E5)

De forma alinhada à necessidade de aceitação, a *proximidade que se estabelece junto à população*, bem como a consciência da importância assumida individualmente nesse processo parecem também exercer forte influência na constituição do sentimento de identificação e realização com o trabalho.

Ah eu me sinto realizada, porque é como eu disse: eu gosto desse meu trabalho, eu gosto de ser agente de saúde, **onde eu possa estar sempre também com a comunidade** aprendendo, então eu acho que é muito importante esse trabalho de agente de saúde (ACS1).

É trabalhar com comunidade, é ver as dificuldades, é ouvir as pessoas, **é estar perto**, é sentir o drama porque infelizmente a saúde é mais uma necessidade que elas precisam. Mas você tá perto ouvindo, tentando ajudar de alguma forma, tentando procurar, então eu acho que isso é gratificante (ACS2).

Você tem a **necessidade de estar ali com aquele pessoal**, de estar envolvida com eles no problema, ou na alegria, ou na tristeza (ACS5).

Ronzani e Silva (2008), em investigação empreendida junto a trabalhadores da ESF, identificaram a proximidade com a população entre os aspectos que exerceriam influência para que os mesmos quisessem continuar trabalhando na atenção básica. Percebe-se, assim, que a satisfação com a ocupação profissional aparece condicionada ao estabelecimento de um laço afetivo partilhado com a população assistida, que chega a ser descrito por esses atores como uma *necessidade de estar próximo*. Interrogamos, portanto, qual o motivo que conduz a tal sentimento, no exercício de uma função profissional. A narrativa abaixo nos sugere, como resposta, a valorização desses indivíduos pela população.

**Eu me sinto importante pra eles. Pra mim mesmo eu nem sinto muito grande valor [...].** Pra mim, como pessoa, pra mim, eu acho gratificante quando você gosta de ser agente de saúde. Pode perguntar pra todo mundo. É gratificante (ACS5).

Em outras palavras, nessa função social – e talvez isso não se repita em outras instâncias de sua vida – eles são considerados úteis e importantes. Por isso, sugerimos que, destituídos de um saber e de um fazer que possam lhe conferir uma identidade, já que o exercício da função prescinde de formação específica, os ACS vislumbram, no acolhimento manifesto pela população usuária, o seu lugar no mundo – ou sua identidade – e o grau de sucesso obtido em seu trabalho.

Não encontramos idêntica situação entre médicos, muito embora já tenhamos feito alusão à importância dada por esse grupo ao bom entrosamento com a população. Entender os motivos dessa diferença nos demanda uma análise criteriosa sobre determinadas premissas, a saber: as desigualdades econômicas resultantes da diferenciada inserção social desses segmentos; as relações de poder que então se estabelecem entre as corporações de trabalhadores (FREIDSON, 1970); e, não menos importantes, os símbolos culturais (BOURDIEU, 2000) – em sua maioria, prestigiosos – atrelados ao exercício profissional da Medicina.

Boff (1999, p.94) reconhece também no trabalho, juntamente com o cuidado, outro *modo de ser-no-mundo*. Por meio de inter-ação e intervenção, o homem se apropria da e transforma a natureza: “a lógica do ser-no-mundo no modo do trabalho configura o situar-se *sobre* as coisas para dominá-las e colocá-las a serviço dos interesses pessoais e coletivos”.

Unindo as contribuições teóricas mencionadas neste tópico, afirmamos que a relação do trabalhador da saúde, em especial enfermeiros e ACSs, com o usuário dos serviços consiste, duplamente – porque cuidado e porque trabalho – em uma *relação atribuidora de sentido à sua existência profissional e até mesmo pessoal*. E, embora essa constatação não se manifeste conscientemente – ou plenamente – em suas falas, sua presença é inegável, aclarando, por conseguinte, a importância atribuída ao usuário – esse outro – em seus depoimentos.

### C) TEMA: QUALIDADE DO CUIDADO

Partindo da acepção *qualitativa* já demarcada no capítulo teórico deste texto, o presente tema tratará de analisar as dimensões não mensuráveis da *qualidade*, compreendendo, no que concerne ao cuidado, registros da ordem do subjetivo. Assim, desdobraremos nossa discussão em três dimensões, a saber:

- *Humanização no fazer cotidiano*, debruçando-se sobre a incorporação desse pressuposto no cuidado em saúde;
- *Ressignificando a Saúde da Família*, em que se confere visibilidade a outros sentidos atribuídos à Estratégia Saúde da Família por seus atores implicados, de maneira a transcender a acepção tradicional da proposta;
- *Usuário: sujeito ou objeto do cuidado?*, momento em discutimos a apreensão da figura do usuário por trabalhadores, gestores e pelos próprios usuários.

#### C.1 Dimensão: Integralidade e humanização no fazer cotidiano

Iniciamos com a apresentação de depoimentos do gestor municipal, acerca das iniciativas institucionais referentes à humanização do cuidado na atenção básica, a fim de contextualizarmos a conjuntura política para sua efetivação:

A política do Humaniza-SUS [...] foi implantada na secretaria e nós estamos trabalhando inclusive em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade Estadual do Ceará. [...] estamos trabalhando os três eixos [...] do Humaniza-Sus: o acolhimento, a clínica ampliada e o trabalhador de saúde. (GM)

O Humaniza-SUS consiste na proposta do Ministério da Saúde para tornar efetivos os princípios do SUS na atenção em saúde, contemplando o que eles impõem de

mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde (BRASIL, 2003). Nesse documento, o Ministério da Saúde assume que a *humanização* compreende a valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, a partir de valores como a autonomia, o protagonismo dos sujeitos, vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão.

As ações propostas no Humaniza-SUS abrangem a ampliação do diálogo entre usuários e profissionais, o estímulo a práticas mais resolutivas e a diferentes propostas terapêuticas, a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, o fortalecimento da clínica ampliada, entre outras (BRASIL, 2003).

A Clínica Ampliada se refere à proposta desenvolvida por Campos (2003) e transformada em proposta institucional, pelo Ministério da Saúde, para o trabalho clínico no âmbito do SUS, tendo como premissas (BRASIL, 2004b):

- o compromisso com o sujeito doente, visto na sua singularidade;
- a assunção de responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
- a articulação intersetorial;
- o reconhecimento dos limites do conhecimento dos profissionais de saúde, bem como das tecnologias por eles empregadas;
- o compromisso ético do trabalhador da saúde.

Já o *acolhimento* é definido por Franco; Merhy (2007) como o encontro entre sujeitos, mediado pela tecnologia relacional, que visa à produção de escutas e de responsabilizações, permeado por estabelecimento de vínculos e por projetos terapêuticos, com objetivos voltados tanto a aplacar ou controlar o sofrimento decorrente da doença, como também voltados à produção da saúde, envolvendo, necessariamente, trabalhadores e usuários.

Uma iniciativa municipal de tal envergadura é, indubitavelmente, merecedora de créditos. O estudo empreendido por Camargo Jr. *et al.* (2008), envolvendo 31 municípios, mostrou que somente em 22,58% deles o acolhimento constava como política de governo.

Acerca do grau de envolvimento institucional, o Gestor Municipal acrescenta:

[...] agora em outubro nós vamos ter um seminário com todos os gestores na questão da co-gestão, com Gastão Wagner; e em novembro um curso de Clínica Ampliada com atenção básica. [...] no mês de outubro todas as unidades de saúde vão estar trabalhando a implementação do acolhimento, onde a gente vai envolver, além do coordenador da unidade, dois a três profissionais de cada unidade, para que a gente dê um grande avanço na questão da implementação do acolhimento. (GM)

[...] em torno de cinco mil trabalhadores da saúde participaram de um curso que aconteceu em parceria com a Universidade Federal do Ceará, para todos

trabalhadores da Secretaria de Saúde. Aí foram vinte horas, que foi realizado no (Ginásio) Paulo Sarasate. E as outras vinte horas, nós trabalhamos quarenta horas com os facilitadores. Cento e cinquenta facilitadores e esses cento e cinquenta facilitadores trabalharam em cada unidade de saúde. (GM)

Interrogado acerca dos desdobramentos dessas iniciativas nas práticas em saúde, o Gestor Municipal, num primeiro momento, apressa-se em vocalizar os pressupostos teóricos que norteiam o processo local de humanização:

Quando a gente discute a questão integralidade dessa assistência, tem o atendimento integral, inclusive disso dentro disso aí. Aí vem a questão da própria clínica ampliada, porque a partir do momento que você trabalha a integralidade e fala muito bem da questão dos princípios, da questão da integralidade. Aí vem, inclusive, puxando o princípio da equipe multidisciplinar, dessa importância da equipe multidisciplinar. Vem de novo a questão da população e tem também a questão dessa integralidade, onde você vai envolver toda uma rede. (GM)

Mas, em seguida, reconhece o caráter ainda incipiente da sua incorporação:

Então, diante de todo esse processo que a gente está vivenciando e vivenciou em Fortaleza, [...] precisa andar muito e trabalhar nessa questão desse cuidado dessas ações. [...] nós estamos discutindo inclusive os protocolos aqui. Por mais que você trabalhe em protocolo, que é importante, a gente tem que pensar no protocolo onde você trabalha a vulnerabilidade, a questão do risco social. E infelizmente não é trabalhado dessa forma. Ainda (é) um modelo muito frio; e também uma relação ainda muito distante do território. Então esse cuidado ainda está muito aquém daquilo que a gente quer [...] (GM)

Em momento anterior, defendemos a acepção de humanização na assistência de maneira muito colada à noção de integralidade do cuidado, a qual, por seu turno, ressoaria no reconhecimento da multidimensionalidade do sujeito. Outro ponto intimamente relacionado à humanização e que cabe recuperar nessa discussão é o caráter intersubjetivo da relação que se estabelece entre trabalhador e usuário.

O reconhecimento da multidimensionalidade do sujeito e a predisposição para uma compreensão ampliada de suas necessidades e demandas estão presentes nas falas de médicos e enfermeiros.

O usuário não classificaria esse nome nem como paciente, mas um cliente, é uma pessoa que não tem só suas demandas orgânicas [...], vendo o paciente como um todo e não só o problema de doença, mas também o lado mental, psicológico, ou seja, conjuntural: o paciente como um todo. (M3)

[...] o que eles vêm mais aqui, realmente, é o sofrimento. Não é a doença, o sofrimento é talvez 70%. O pessoal vem prá sentar, prá conversar [...]. Então, tem o sofrimento e tem também a doença. Eu acho que tem mais sofrimento do que doença. Nossa população aqui é carente demais [...]. (M5)

[...] o que a gente tem presenciado mais, eu acho que eles querem mais é conversar mesmo, serem ouvidos. E às vezes nem estão doentes. Na realidade eles estão querendo desabafar algum problema, porque 70% das doenças são realmente psicossomáticas. Então eles querem ser ouvidos, coisas que às vezes em casa não conseguem. Às vezes a mulher não se dá bem com o marido, ou às vezes o marido

não pára em casa, ou vice e versa; e termina descarregando nos filhos. Então eles vêm na unidade de saúde esse amparo também. (M6)

É diferente do hospital que é só um paciente e que a gente vai ver nele só a doença. Aqui no PSF a gente tem que trabalhar todo ele, tudo: a gente vê a casa, se está na escola, o estado nutricional, tudo [...]. Eles querem ser acolhidos acho que é o mais importante, é a gente resolver o problema deles, ser bem recebido. (E1)

[...] o usuário é uma pessoa carente que precisa de cuidado. Esse cuidado pode ser o medicamento, a conversa, a consulta e o acompanhamento ou todas juntas. Às vezes só a conversa, às vezes duas delas e às vezes tudo e a gente fecha nosso círculo. Então, o usuário é essa pessoa carente que necessita desse cuidado que eu te falei e que pela saúde da família a gente tem que resgatar, tem que formar um vínculo com essa pessoa de profissional, usuário e de... não quero dizer amizade, de respeito e confiança (E2)

Tomando como referência tais assertivas, é possível observar que formas diferenciadas de atendimento, ao incluírem diálogo, escuta, compreensão e vínculo, podem redefinir o cuidado na prática médica, aproximando-o da perspectiva humanizadora.

[...] na própria consulta eu já procuro analisar as questões sociais, as questões socioeconômicas daquele paciente e procuro entender [...] o paciente quando chega em casa, aquela dificuldade que ele tem numa consulta, as questões de revolta dos problemas familiares. Então, quando um paciente chega numa consulta e que às vezes chega até agressivo, e a gente consegue contornar aquela situação porque a gente sabe que existem muitos fatores e que talvez o médico não tem essa visão e ficava irritado e o tratasse mal e a reciprocidade seria do mesmo nível de irritabilidade, atendendo mal. E aí não tinha nenhum vínculo e já a gente tendo esse compromisso, a gente procura ...e tenta conquistar aquela pessoa, para que tenha uma relação com o paciente boa, produtiva. E aí você conquista, e os que chegam irritado já saem satisfeitos sentindo o vínculo e da próxima vez já não chega irritado e já não te trata (mal) porque encontrou aqui um elo, um porto seguro que possa também conversar os seus problemas por causa da doença. (M2a)

Com certeza absoluta o vínculo é uma coisa muito importante, e outra coisa que a gente quer aprimorar é a sistemática do acolhimento, porque ele é muito desvalorizado, a gente já viu em muitos postos de Fortaleza que o paciente não é tratado nem como ser humano muitas vezes. Eles chegam e ‘ah não tem ficha’. E aqui não. (M3)

A humanização da atenção à saúde é definida por Ayres (2005, p.550) “como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”. Pretende-se, assim, transcender os limites morfofuncionais atribuídos ao processo saúde e doença, os quais lhe confinam a uma natureza demasiado – se não exclusivamente – tecnicista (AYRES, 2006).

Um aspecto que se destaca pela sua recorrência nas falas é o acolhimento. No entanto, para os entrevistados, a noção de acolhimento se refere, principalmente, à organização da triagem, limitada, em geral, no momento de sua chegada ao serviço.

E, para esse atendimento, a gente tem a proposta de acolhimento, que é pra quando o usuário procura, ter como dar uma resposta a ele, mesmo que ele não seja atendido naquele dia, mas que ele seja acolhido, ele volte com uma resposta (M2b).

O que é acolhimento? É uma triagem feita pelos profissionais e que um vai lá e tira um tempinho pra falar o que é o saúde da família, pra falar a essência do saúde da família e pra conhecer todo mundo que está ali. (E2)

Bem, o acolhimento que a gente faz aqui é do tipo: a gente orientar as pessoas sobre os tipos de atendimentos que vão ter. No caso, o acolhimento acontece todos os dias, então a gente orienta as pessoas (sobre) qual atendimento está tendo, qual a sala para onde você vai [...] e, além do que, você faz as orientações sobre higiene, sobre hipertensão, sobre atendimento do pré-natal... (E3)

Fracolli e Zoboli (2004), ao estudar o acolhimento em unidades de saúde da família no Município de São Paulo, encontraram resultados semelhantes, pois, em geral, o termo é destituído de seu sentido maior e reduzido a uma tecnologia ou atividade do tipo *atendimento*, comumente delegadas a enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários de saúde. A simplicidade de tal atividade é tamanha que – concordamos com as autoras – poderia ser denominada *triagem* ou *recepção*. Em verdade, o termo *acolhimento* admite, como uma de suas significações, a *recepção*. E é exatamente esse o sentido incorporado nas práticas, em detrimento do sentido que se deveria buscar na assistência em saúde: *atenção, consideração* (FERREIRA, 2009), retratado nas falas abaixo:

[...] é a maneira de como ela é recebida desde quando ela coloca o pé no posto até a saída dela e por cada profissional que ela vai ter que passar ,que ela seja bem recebida. Então o acolhimento é isso, é como ela é recebida durante todo o trajeto dela no posto, como ela é acolhida. (E5)

O acolhimento é um processo onde, aqui no posto de saúde, está sendo feito para que as pessoas que não estão no programa do dia, que ele chegue no posto, ele seja respeitado...(ACS1)

O *acolhimento* deve ultrapassar a dimensão discursiva e se traduzir em intencionalidade de ações, desencadeando um processo de trabalho que ofereça respostas às necessidades apresentadas pela população usuária (MATUMOTO, 1998).

A intensificação do acolhimento consta como uma das recomendações da Pesquisa de Avaliação da Implementação da Estratégia Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos (BRASIL, 2005c).

Para que as práticas em saúde possam ser permeadas por essa intencionalidade de transformação, em direção a uma centralidade do usuário no processo assistencial, novamente corroboramos as reflexões apresentadas por Fracolli e Zoboli (2004), desta vez no que tange à necessidade de se repensar o que vem se constituindo como *acolhimento* – e outras práticas.

As noções dos trabalhadores acerca dos elementos atinentes a essa temática aparecem, portanto, confusas e contraditórias. Assim, o que se observa, com frequência, é a orientação para a obediência às normas, sem o entendimento de seus pressupostos e alicerces filosóficos, tampouco da sua relevância no que concerne à integralidade do cuidado e seus desfechos no processo saúde-doença. Nesse sentido, o esvaziamento da noção de acolhimento entre trabalhadores denota sua transformação, no campo das práticas, em simples normativa burocrática, ação instituída despida de uma intencionalidade simbólica.

Encontramos um relato de Gestor Local representativo dessa outra noção de acolhimento:

Com essa equipe que chegou, está sendo fantástico, porque cada dia tem uma equipe que assume o acolhimento. Até mesmo eu tenho muito cuidado de falar nisso [...] porque, acolhimento, para mim, não é um dado fixo. Ele tem que ser em toda hora que nós estamos aqui no posto, em qualquer local do posto. (GL1)

Entendemos que toda essa complexidade não se processa ao acaso. Os referenciais simbólicos e seus sentidos – no interior dos serviços – não estão claros. Vivencia-se, no cotidiano, o dilema de gerenciar e/ou fazer frente a uma demanda espontânea tão numerosa, em condições geralmente tão precárias, que coloca – inadvertidamente – trabalhadores e usuários em campos adversários. E essa relação – usualmente considerada como de embate – é também vitrine desse sistema de saúde que se pretende diferenciado, ampliado, enfim, humanizado. Urge, portanto, refletir acerca da pressão a que se submetem os trabalhadores encarregados de fazer acontecer a proposta de assistência à saúde no Brasil, pois a responsabilização acerca da efetiva incorporação da humanização nos serviços se dirigem, primeiramente, a esse segmento, que faz a linha de frente da saúde no atendimento ao usuário; e que, na condição de técnicos, raramente são incluídos nas preocupações atinentes à humanização dos serviços, sempre dirigida a usuários. Embora tenham sido contemplados na fala inicial do gestor acerca da temática em questão, a inclusão dos trabalhadores no processo tem se restringido à aquisição de habilidades e competências para humanizar o trabalho junto ao usuário. E, de todo esse conflito, o setor institucional costuma sair ileso.

É um projeto de terapia comunitária e massoterapia. A gente escolhe um agente comunitário de saúde, um profissional de nível superior e até mesmo a liderança comunitária pra fazer esses cursos. Nós estamos na segunda turma. Aqui a gente não começou o grupo de terapia, mas nós estamos nos preparando pra começar com a dentista que veio por conta do concurso de um outro posto e ela já fez a terapia comunitária. (GL1)

Não pretendemos, com a presente reflexão, eximir os trabalhadores das responsabilidades que lhes competem na reorientação das práticas, conforme se propõe no

interior da ESF. Mas, por outro lado, parece-nos injusta a distribuição organizacional das responsabilidades e dos ônus que as acompanham. É, pois, preciso redefini-las.

O relato a seguir, impregnado de tentativas, é revelador desse embate pessoal, profissional e cotidiano, enfrentado pelo trabalhador da saúde:

[...] a gente tem sempre tentado e eu acho que quando a gente tenta a gente consegue bem mais, tenta agradar as pessoas. A gente tenta fazer aquilo que está no nosso alcance e às vezes até o que não está um pouquinho também, para ver se as pessoas entendem quando não dá pra fazer, mas sempre a gente tem acontecido de tentar resolver logo aquilo que elas estão com a necessidade na hora e, se não, a gente tem explicado por que não dá e o que dá. (ACS2)

Ainda que os relatos apresentados tendam a mapear dificuldades no campo da humanização, identificamos uma experiência humanizadora do trabalho, que merece destaque. Trata-se da Roda de Conversa, que consiste em reunião de equipe com abertura também para a manifestação das dificuldades e angústias dos trabalhadores, em busca de soluções compartilhadas.

A roda em si é trabalhar com todos os profissionais na discussão dos problemas da unidade, das soluções da unidade, como é que foi a semana, a rotina da unidade, administrativamente como é que funciona. (GL2b).

Nós sempre nos reunimos fazendo rodas pra conversar, pra interagir desde o porteiro até o médico [...] para poder interagir melhor. (GL5)

Para o usuário, a relação de proximidade com a equipe e a noção de pertencimento representa muito, por vezes mais até do que o fato de ser atendido ou do que o êxito técnico das ações de saúde. Nesse sentido, importa ser acolhido, receber tratamento cordial, ser conhecido por seu nome e ser reconhecido como amigo.

Eu particularmente eu sempre procuro ter uma relação de amizade, porque eu sei que o dia-a-dia do profissional de saúde – e como aqui se trata de um posto de bairro – eu sei que às vezes vem pacientes de todos os temperamentos. Então, eu acho que, a partir do momento que cada pessoa, cada cidadão cria um laço de amizade, fica melhor esse atendimento [...] (U3b)

Conhecer é importante, porque a gente fica em contato com eles, se torna até amigo. E aqui, como você vê, é uma comunidade. Então a gente tem que ser amigo um dos outros. Eu acho muito importante isso aí: a amizade entre todos e eles aqui são muito legais com a gente. De primeiro não, era mais chato com a gente, mas agora tá muito bom, à vista do que já foi no começo, agora tá muito bom (U6a)

Graças a Deus nós somos bem atendidas aqui. Gosto de todo mundo, todo mundo gosta de mim, todo mundo me respeita e também respeito todo mundo, pois é. (U2b)

A expectativa por um atendimento atencioso, acolhedor, é manifesta no discurso dos usuários.

[...] eu acho que a função do médico é chegar e olhar (o que) a criança tem, escutar, ver, fazer um diagnóstico. E tem médico que não faz isso, ele só olha e pergunta a

você - a mãe - o que a criança tem [...].Tem alguns, nem todos, mas tem alguns que nem ligam. (U2)

A relação que se processa no atendimento aparece, portanto, como critério recorrente para a avaliação do serviço pelo usuário, em especial, a cordialidade e a atenção destinada ao cliente. Esse aspecto se revela decisivo na aferição da *qualidade* do serviço pelo usuário, ou seja, esse (o serviço) é considerado *bom* ou *ruim* em função da forma como se processa a relação no atendimento. Os discursos apontam para uma avaliação positiva do serviço, mesmo quando apontadas dificuldades decorrentes da organização do serviço, tais como: falta de profissionais, longa espera para o atendimento e falta de medicamentos.

É bem atendido, atendem a gente direito. A gente consulta e tudo. Toda hora que chega aqui tira ficha e vai (ser) atendido, recebe os remédios e, quando não tem aqui, eles passam pra receber no posto e a gente recebe, é assim. [...] Bem, nunca me receberam mal não. Toda vez que eu chego aqui eu sou atendida. (U1)

Eu gostei muito, atendimento muito bom. Tava faltando remédio, né? [...] Um atendimento muito bom. Tanto as enfermeiras, como as doutoras; e tem um doutor também, mas o doutor tá doente... (U2b)

Então há um certo tumulto na fila porque não houve ainda essa organização enquanto fila, mas quanto ao atendimento, eu tenho ouvido falar aqui, através de colegas, vizinhos aqui do bairro, que tem sido bom, até agora tem sido bom. (U3b)

O atendimento é bom. Sempre quando eu procuro, eu sou atendida. Às vezes nem sempre. [...] Da minha área não está tendo (consulta) pra adulto, mas pra criança tá tendo. Fora isso aí, que às vezes que nem passou o negócio desse concurso dos médicos e a gente passou quase dois meses sem médico, mas mesmo assim é bom o atendimento aqui. (U6a)

Agora, aqui é bom, não resta dúvida. Os médicos são bons, atendem bem, só que de vez em quando eles mudam. Esse mês até junho era a doutora X e hoje é o doutor... esqueci o nome do doutor. Ele é novato e eu esqueço. Então a gente nunca tem o tratamento certo com a pessoa certa ano a ano, né? (U6b)

Cabe um destaque a esse quesito dos serviços, já que encontramos semelhante sentimento de satisfação em relação ao atendimento em Arruda (2009), ao investigar percepções de usuários da atenção básica no Município de Fortaleza, como também em Bosi e Affonso (2004), Ronzani e Silva (2008).

A cordialidade no atendimento é, na maioria das vezes, o principal aspecto a definir a *boa qualidade* de um serviço pelo usuário, refletindo em sua satisfação com o mesmo. Segundo Arruda (2009, p.76), inscrevem-se no rol de boas práticas de atendimento “[...] desde aspectos da relação usuário/profissional da saúde, disponibilidade de ajudar, bem como aqueles relativos à resolutividade dos serviços e número de profissionais da saúde (médicos) suficientes para a realização dos atendimentos”.

Segundo os depoimentos obtidos, a visita domiciliar, atividade que constitui um marca da Estratégia Saúde da Família, nem sempre é realizada de maneira freqüente e sistemática, conforme sua concepção original.

Só foi uma vez, mas foi quando foram fazer o novo cadastramento, os papezinhos do posto. (U1)

O que eu me lembro [...] foi só no cadastramento, mas um acompanhamento no dia-a-dia em relação a mim não. No cotidiano não, só mesmo pra cadastrar em relação ao posto (U3b).

A incorporação sistemática dessa prática nos serviços parece depender do grau de voluntariedade de cada equipe.

O trabalho deles eu acho muito importante porque [...] os médicos, (se) tem uma pessoa precisando, ele vai na casa, passa a medicação. Se tiver uma pessoa que não pode vir aqui, eles vão lá. E se for uma pessoa que estiver operada, vai fazer o curativo. Sempre eles estão lá ao lado deles. (U3)

No que concerne às interfaces dessa prática com a humanização, as autoras (ALBUQUERQUE, BOSI, 2009, p.1104) argumentam que:

a relevância da visita nesse processo evidencia-se pelo fato de essa dispor de condições propícias a mudanças, confrontando o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários.

A Pesquisa de Avaliação da Implementação da Saúde da Família em Dez Centros Urbanos, realizada em 2001/2002 (BRASIL, 2005c), afirma que a quase totalidade dos profissionais de nível superior dos grandes centros urbanos estudados realiza visita domiciliar. E, na semana anterior à coleta de dados, esses mesmos profissionais afirmaram ter realizado visita domiciliar em proporções elevadas. De forma semelhante, constatou-se, entre Auxiliares de Enfermagem e ACS, a realização de visitas domiciliares em elevadas proporções, na semana anterior à pesquisa (BRASIL, 2005c).

Contudo, corroborando nossos achados, relatos de demora na freqüência das visitas foram assinalados no estudo de Albuquerque e Bosi (2009), junto a usuários da atenção básica de Fortaleza – CE.

Muito embora tais informações nos induzam a vislumbrar uma discrepância entre os dados da pesquisa e os relatos dos usuários da atenção básica de Fortaleza, entendemos que as mesmas não se configuram excludentes ou incompatíveis. Em outras palavras, acreditamos que as visitas sejam efetivamente realizadas, com periodicidade compatível com a programação previamente pactuada pelos serviços. No entanto, tendo muitas vezes as equipes,

que se responsabilizar por uma população em tamanho superior ao preconizado, dificilmente se consegue manter uma frequência sistemática de visitas às mesmas famílias.

## C.2 Dimensão: Ressignificando a Saúde da Família

Os relatos que seguem, concernentes a percepções de ACS e enfermeiros, ao mesmo tempo em que reforçam a expectativa em relação ao acolhimento do e pelo outro, desvelam outro sentido da Estratégia *Saúde da Família*:

Em termos de responsabilidade eu me sinto assim, **é como se aquela família fosse também a minha família...** (E5)

Às vezes a comunidade está passando por problema, a mãezinha, o pai, a família e a gente chega a gente dá uma palavra, a gente conversa com ele, então **eles têm eu como assim uma pessoa da família...**(ACS1)

[...] e a gente acaba participando e **é como se fosse mais um membro da família** (ACS2)

[...] porque **a gente se apega tanto que já faz parte da vida da gente**. Quando morre a gente sofre muito, eu sei que eu choro porque **pra mim já é a minha família**, já faz parte de mim, então o meu convívio é isso com as famílias (ACS4).

No início é muito formal, mas como já ta com seis anos **eles me tratam até mesmo como uma pessoa da família** (ACS5).

Essa situação também foi encontrada na investigação realizada por Albuquerque, Bosi (2009) e descrita como expressão do cuidado na minimização da solidão, onde o trabalhador assume a posição de um *membro da família*.

Cabe, por conseguinte, discutir os sentidos de *família*. Em suas raízes, a configuração familiar brasileira, em sua estrutura chamada de *extensa*, abrigava não apenas indivíduos com laços consangüíneos. Os chamados laços de parentesco, no início do século XIX, acolhiam em um mesmo núcleo familiar indivíduos com relações religiosas e sentimentais, como afilhados e agregados (ARCHANJO, 2007).

Conforme nos aponta a autora supracitada, desde a década de 1960, a sociedade vem incorporando o modelo de “família contemporânea ou pós-moderna”, em que o convívio familiar perde espaço para a privacidade e o individualismo de cada um de seus membros. Essa separação pela busca de autonomia extrapola a divisão do espaço físico do domicílio – lugar em que se materializa por meio de quartos individuais – e se legitima fora de casa, junto a grupos que compartilham de uma identidade comum.

O verbete *família* admite inúmeras definições, dentre as quais atribuímos destaque: “grupo de indivíduos que professam o mesmo credo, têm os mesmos interesses, a mesma profissão, são do mesmo lugar de origem etc”. E o vocábulo *familiar*, por seu turno, é definido como o “que se conhece por haver visto, praticado, estudado, etc., muitas vezes”; ou “íntimo” (FERREIRA, 2009).

Não obstante, destacamos a aceção de Miotto (2001 apud RIBEIRO, 2004, p.661) acerca de família como “[...] lugar de busca de condições materiais de vida, de **pertencimento na sociedade** e de **construção da identidade**” (grifo nosso), a partir da qual desvelamos a complexa teia de relações que envolve a ESF: a aceitação pelo *outro* significa o pertencimento a um grupo estabelecido em torno da semelhança, em que os integrantes se reconhecem como iguais ou familiares – daí, a noção de família.

À diferença de qualquer outro ente, minha existência, segundo o pensamento heideggeriano, é algo peculiar, tem a liberdade de assumir a responsabilidade de ser si mesmo, e portanto o “ser aí da família” tem a possibilidade de decidir a adoção de um modo próprio/autêntico, ou impróprio/inautêntico de relacionar-se. Isso significaria que a família, por seus membros, tem a possibilidade de decidir como ser de acordo com as circunstâncias que tem de viver a cada dia; resolvendo-se segundo seu próprio mundo de significados, a possibilidade de ser ela mesma, embora em outras pareça ser, vale dizer, mostra-se como o que não é em si mesma. Ou porque ela busca essa possibilidade, ou porque está nela, ou porque chega a ela (DELGADO, 2005, p.86).

Dessa reflexão constatamos que, no interior da Estratégia Saúde da Família, a família assume um significado muito maior do que aquele atribuído pelos textos oficiais, em que aparece circunscrita ao papel nucleador da abordagem técnica na assistência à saúde. A ESF, espaço que preside uma maior proximidade interpessoal com criação de vínculos entre técnicos e usuários suscita, nos trabalhadores da saúde, a busca pela afirmação de identidades pessoais e profissionais.

Nesse contexto, a família não se restringiria ao domínio da organização parental ou domiciliar dos usuários e nem tampouco à organização das práticas como foco da assistência. Ressignificada, essa estratégia de atenção vem se constituindo em um espaço que, pela aproximação, torna trabalhadores e usuários uma grande família, integrantes de uma nucleação onde o estranhamento produzido pela presença do *outro* vai se diluindo, à medida que os atores implicados no cuidado – trabalhadores e usuários – desenvolvem seus próprios códigos e, assim, vão se transformando em familiares, em semelhantes.

As narrativas abaixo expõem uma curiosa situação no interior do Programa Saúde da Família, que leva esse nome pelo trabalho dirigido à família como núcleo da abordagem

em saúde, já que indivíduos pertencentes a diferentes grupos, como usuários e trabalhadores, podem se considerar partes de uma mesma família.

Você tem mais motivação de fazer sempre o melhor, sabendo que você está sendo aceita, reconhecida. É muito bom (E1).

Novamente recuperamos a discussão acerca do acolhimento para colocar em relevo as expectativas, também por parte dos profissionais, em serem acolhidos (ou aceitos) pela população, o que expõe uma reveladora e paradoxal situação no interior do Programa Saúde da Família, já que o acolhimento tem sido tratado como um movimento invariavelmente unidirecional, ou seja, sempre é a população que merece/precisa/deve ser acolhida pela equipe. No entanto, evidencia-se, entre trabalhadores, o desejo e expectativa pelo acolhimento da população.

Como procuramos demonstrar em nossa análise, os trabalhadores entrevistados não apenas reconhecem o outro – usuário – como atribuidor de sentido à sua existência profissional, como também se reconhecem a partir desse outro, por meio da aceitação, da aproximação, a ponto de o diferente – esse outro – se tornar semelhante, familiar – o mesmo.

Cuidado e trabalho se fundem e se potencializam na constituição de sentidos profissionais e existenciais. O usuário, na condição de sujeito-alvo do cuidado em saúde, é reconhecido como razão da existência profissional desses trabalhadores, o que, por seu turno, determina a atribuição de sentido existencial de cada um. Esse pressuposto reforçaria também o caráter determinante da aceitação pelo *outro* na afirmação identitária – o *eu* – influenciando diretamente a motivação para o trabalho em saúde e apontando uma nova possibilidade de significado para o acolhimento, não mais unilateral, mas uma via de duplo sentido.

Os depoimentos apresentados reforçam nossa tese acerca da abrangência do significado de *família* no interior da ESF, que em muito transcende a função de núcleo de abordagem na assistência. Ou seja, as pessoas podem se tornar, nesse processo intersubjetivo que envolve o cuidado, familiares, próximas, semelhantes.

Identificamos, neste estudo, a ressignificação da Estratégia Saúde da Família como campo de práticas que confere visibilidade à necessidade de trabalhadores e usuários se sentirem acolhidos, como em um grande agrupamento familiar, onde se busca a superação do que é estranho – o *outro* – pelo que é semelhante, familiar – o *mesmo*.

### C.3 Dimensão: Usuário: sujeito ou objeto do cuidado?

Para abordarmos a presente dimensão, partimos do já aludido pressuposto que a integralidade no cuidado encerra, implícita e inerentemente, a noção de multidimensionalidade do sujeito. Nesse sentido, reconhece-se no usuário sua totalidade, seu caráter indivisível, *holístico* (BOSI, 1994).

O contrário, ou seja, sua separação em diferentes partes ou até mesmo em diferentes sujeitos em função das posições sociais, reproduziria o mecanicismo tão colado às premissas do Modelo Médico-Assistencial Privatista, alicerçado na racionalidade da biomedicina. Atualmente, os esforços convergem para a superação desse referencial no âmbito do cuidado na atenção básica, mediante a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Tendo feito tais considerações, postulamos a necessidade, sem qualquer sorte de concessão, de apreensão do ente usuário de forma consoante à Estratégia Saúde da Família, ou seja, nas suas múltiplas dimensões. Nessa perspectiva, o usuário é tomado como sujeito na sua vida em sociedade e nas suas escolhas, sendo efetivamente co-responsável pela reprodução do processo saúde-doença.

Não obstante, uma apreensão parcial, ou que se estabeleça a partir da relação Eu-Isso (BUBER, 1979), “coisifica” esse sujeito, a ponto de transformá-lo em mero objeto na arena de interesses políticos, econômicos e corporativos que se processam na sociedade e, por conseguinte, no campo da saúde.

No depoimento do Gestor Municipal, o usuário aparece, num primeiro momento, na centralidade do serviço, de maneira que a missão institucional a ele se vincula, diretamente:

A gente acredita, com certeza, que ele é o principal desse processo todo. Então, se a gente não trabalhar nesse processo todo visando o bem estar desse usuário, nós não estamos cumprindo com a nossa missão. (GM).

Na seqüência, porém, essa centralidade concedida ao usuário cede espaço para certa demonstração de propriedade do serviço sobre o usuário:

[...] onde ele esteja, mesmo que ele não procure a unidade de saúde, ele é usuário de algum serviço nosso e **da perspectiva do saúde da família, ele é nosso.** (GM)

A verbalização atenta para a responsabilização que o serviço assume em relação à saúde do usuário. Entretanto, as entrelinhas desvelam a “coisificação” do usuário nesse cenário, tratando-o como objeto, uma vez que sua propriedade é reclamada pelo mesmo

serviço, à medida que ele mantém laços, na condição de cidadão, junto a outras estruturas da administração municipal.

Ainda que seja visível o esforço no sentido de oferecer condições institucionais para a reorientação da atenção em saúde, permanecem no campo resíduos da tecnoburocracia dos serviços públicos no Brasil e que se interpõem, silenciosa e vigorosamente, ao avanço dos projetos de transformação. Nada mais do que a já conhecida disputa por espaço e poder.

Para enfermeiros e médicos, a multidimensionalidade do sujeito e a capacidade de uma compreensão ampliada acerca de suas necessidades e demandas é recorrente:

É a família toda, não é só a doença [...]. Eles querem ser acolhidos acho que é o mais importante, é a gente resolver o problema deles, ser bem recebido. (E1)

Eu consultei uma cliente só com palavras, sem precisar de nada. Só assim a orientação, a atenção. O saber ouvir do profissional tem que estar atento nessa coisa do saber ouvir... (E6)

O usuário, (eu) não classificaria esse nome nem como paciente, mas um cliente. É uma pessoa que não tem só suas demandas orgânicas, mas tem seu lado também mental, psicológico [...], o paciente como um todo. Então, está sendo visto não só o paciente, mas o cliente nas suas demandas, não só individuais como gerais, com a sua família ou como comunidade também. (M3)

Mas as visões reducionistas também estão presentes:

Eu vejo muito o usuário como o habitante daquela área, só que não podemos restringir só aquela área, porque aqui chega a urgência no posto que a gente atende, chega as áreas periféricas... (M5)

As percepções dos ACS acerca do usuário são construídas com base naquilo que ele demanda dos serviços e do seu papel político.

Ele é muito importante pra gente e a gente trabalha pra ele. Eu acho que, de uma certa forma, ele é participativo. Eu acho que ele precisa da nossa atenção, acho que precisa reivindicar também algumas coisas, acho que ele precisa também entender o funcionamento do posto de saúde. (ACS2)

A leitura do ACS sobre a situação de vida do usuário revela detalhes da vulnerabilidade social em que se encontra a população e sua preocupação em função da falta de autonomia para transformar essa realidade.

[...] hoje o nosso problema é esse: não é doença, é a prostituição. (ACS5)

A extrema vulnerabilidade social é manifesta nas falas dos usuários e foi, também, descrita nos achados de Albuquerque, Bosi (2009) e Arruda (2009).

[...] dez (filhos) com o que vai nascer. Aí vou levando a vida com problema e só vivo adoentada, agitada, mas é isso mesmo. O tempo passa, isso é da vida. A gente não pode fazer nada e tem que lutar até o final. Sou só, não tenho marido, não sou aposentada, minha mãe já morreu, meu pai já morreu, meu irmão que eu tinha já

morreu. Só tem os filhos, mas é o mesmo que não ter, porque não servem, né? Só me dão apanhamento, desgosto, e nisso eu vou levando a vida dentro de casa. (U1)

A reconhecida fragilidade de suas condições de vida e a necessidade de aceitação das regras, socialmente impostas àqueles que vivem em situação de pobreza, impacta nos sentimentos dos usuários.

A despeito de toda a discussão anteriormente desenvolvida, iluminada pelas percepções dos trabalhadores, observa-se, do outro lado do espelho, um desdobramento que ignora as falas anteriores e que não se reconhece com o valor atribuído na fala alheia: aqui, a necessidade de aceitação do que o estado oferece traz à luz sentimentos associados ao desamparo, decepção e resignação.

Se sente decepcionada porque você sai de casa e chega aqui cinco e meia, seis horas da manhã pra pegar ficha, porque é por ordem de chegada. Tem numeração de ficha, é um tanto de ficha e às vezes você não consegue. Pra prevenção, eu cheguei pra fazer prevenção e nunca tem ficha. É cinco, seis fichas pra seis mulheres e tem gente que sai cedo de casa e ainda não consegue. Aí fica ruim. Eu acho que, não sei. (U2)

Eu me sinto assim um tanto desamparada por aquele sistema, porque o sistema é pra ser bem mais diferente. Aí fica assim e é ruim, porque é a Fortaleza Bela e não sei o que é, ao invés de melhorar ela tá piorando mais ainda o atendimento. Mas como a gente se acostuma com tudo, né? (U6a)

Acho que por ruim ou por mal a gente pelo menos tem; o ruim é se não tivesse, como muitos que estão fechados porque não tem funcionário, não tem médico, não tem nada e aqui a gente ainda tem a sorte que pelo menos tem. Bom ou ruim, mas tem, serve. (U2)

Eu não me sinto muito bem porque eu não tenho acesso a essas coisas, porque quando eu preciso na hora não tem e também **eu não sou tão merecedora assim** de assim que precisar ter, porque eu não pago plano nenhum e dou graças a Deus (que) o governo ainda dá. Mas a gente vai levando, até enquanto a gente tem esse pouco de saúde dá pra levar... (U6b)

Observa-se que a resignação é de tal forma incorporada que o fato de dispor do serviço, ainda que isso represente inúmeras imposições, contribui para uma certa sensação de conforto.

A gente agradece muito a Deus e aos postos de saúde, porque a gente não tem como pagar um plano. A gente é muito abençoada. O benefício é lá embaixo e o que é um salário mínimo, não é isso? (U6b)

Apesar de não estar trabalhando atualmente, eu me sinto bastante agradável, confortável, porque se eu fosse arcar com as minhas despesas nesses exames eu não teria no momento. Eu teria que recorrer a consultórios particulares e as consultas são relativamente caras em relação a minha condição social, mas eu tenho percebido que aqui eu me sinto bastante confortável e quando tem uma necessidade eu venho e tenho sido atendido na maneira do possível. (U3b)

A gente se sente assim: tem que se sentir bem porque você está jogando, tipo assim, você tem que escutar os que eles dizem, o diagnóstico deles, você tem que acreditar. Quem sabe é eles, né? Tem que acreditar no que eles dizem. Eu tô dando confiança

ao médico. Se você não der a eles, você vai dar a quem? Você tá levando o seu problema a eles. Eu acho que eu me sinto bem, dependendo do diagnóstico, acho que me sinto bem. (U2)

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de uma investigação científica configura, na maioria das vezes, uma empreitada que mobiliza recursos de ordem técnica, acadêmica, criativa, física, emocional e espiritual. Em nosso caso, não foi diferente. A integralidade do sujeito, premissa que alavancou nosso interesse pelo objeto, atuando posteriormente como principal marcador para o trabalho de análise e interpretação, não poderia ser – e definitivamente não o foi – negligenciado nesse percurso, no que concerne ao papel de pesquisadora por nós desempenhado. Nestes termos, as diversas faces da multidimensionalidade, inerentes ao humano que nos assiste, reclamaram sua presença ao longo de todo o processo, ora nos estimulando, ora nos subtraindo as chances de um avanço contínuo e ininterrupto.

Assim, nesse percurso impregnado das virtudes e imperfeições inerentes à condição humana, atingimos o final do que assumimos como versão agregando respostas às indagações iniciais, mas, em consonância com o caráter dinâmico da produção do conhecimento, elaborando também novas questões a serem elucidadas.

Inaugurando a síntese das discussões apresentadas neste texto, colocamos em relevo as incongruências entre os aspectos organizativos/normativos do Sistema Único de Saúde e seus princípios doutrinários, interpondo-se à efetiva alteração do modelo assistencial e a consecução de práticas de cuidado humanizadoras. Com efeito, enquanto os parâmetros basilares da qualidade dos serviços se limitarem à capacidade de produção, na perspectiva de quantidades, aspectos não mensuráveis não terão espaço dentro das instâncias executoras das ações, premidas pela orientação gerencial de otimização e potencialização de repasses financeiros.

Destacamos, também, o predomínio de práticas não resolutivas na atenção básica, incapazes de atender as necessidades ou expectativas de usuários em relação à qualidade, atuando na geração de padrões ineficientes de utilização que, por seu turno, sobrecarregam o sistema em outros níveis de complexidade. Configura-se, assim, um modelo autodestrutivo que, ao invés de controlar a demanda mediante a promoção da saúde e a oferta organizada de serviços, confere ainda mais visibilidade aos pontos de estrangulamento do sistema, todos no âmbito curativo, contribuindo para cristalizar ainda mais, junto à sociedade, a imagem da saúde como bem de consumo.

No que tange às competências profissionais no interior da Estratégia Saúde da Família, observamos uma perfeita confluência entre o discurso médico e o domínio cognitivo

– aquele do saber; ao passo que, entre os enfermeiros, visualizamos sua compatibilidade com a proposta a partir das habilidades – o fazer; e, entre os ACS, categoria destituída de um saber específico que lhe confere uma identidade própria, foi perceptível a valorização da dimensão atitudinal – o ser e conviver. Tais constatações, compatíveis com processo de constituição de cada categoria profissional – possibilitam-nos compreender as motivações originais que conduzem as mesmas categorias na busca por seu espaço nos cenários das práticas em saúde. Outrossim, essa análise aponta para a existência de uma hierarquia de valores internamente semelhante – já que compartilhada entre seus membros – e externamente diferenciada – ao se reconhecer a especificidade e a interdependência entre os códigos de valoração e a construção social de cada uma delas. Outro ponto que merece destaque é a necessidade de democratização do saber e, conseqüentemente, de redistribuição do poder entre as diversas categorias, hoje concentrado no profissional médico.

Quanto à integralidade do cuidado e à humanização, fizeram-se presentes, nas falas de médicos e enfermeiros, o reconhecimento da multidimensionalidade do sujeito e a predisposição para uma compreensão ampliada acerca de suas necessidades. Por outro lado, foram apontados elementos normativos que cerceiam a prática e produzem o afastamento de trabalhadores e de usuários, colocando-os em posições adversárias, ainda que sem qualquer intencionalidade desses sujeitos implicados. Aos trabalhadores, atribui-se o ônus, ou seja, a responsabilidade pela “conta” da falta/ausência de humanização nos serviços, quando, em verdade, estes são vitimizados pelas normativas que regem o processo de trabalho na atenção básica.

No entanto, achados surpreendentes deste estudo dizem respeito à relação que se estabelece entre trabalhadores da saúde, em especial enfermeiros e ACSs, e usuários, pelo fato de essa relação consistir – porque cuidado e porque trabalho – em uma relação atribuidora de sentido à sua existência profissional e pessoal, afirmando a *alteridade* no interior da Estratégia Saúde da Família, a partir da perspectiva *Levinasiana*, em que o *eu* se afirma e constitui a partir do *outro*.

Dessa reflexão constatamos que a família, no interior da ESF, se descola do sentido inicial para se ressignificar, já que constitui um espaço que, pela aproximação, torna trabalhadores e usuários uma grande família, integrantes de uma nucleação onde o estranhamento produzido pela presença do *outro* vai se diluindo, à medida que os atores implicados no cuidado – trabalhadores e usuários – desenvolvem seus próprios códigos e, assim, vão se transformando em familiares, em semelhantes – em *mesmos*.

Esta investigação foi-nos reveladora de inusitadas situações – e de seus significados – atinentes aos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segmento de atores sociais que faz a linha de frente no cuidado à saúde e a quem, recorrentemente, se atribui o ônus da (des)humanização das práticas. Nesse percurso, mais do que constatações, elaboramos indagações, inquietações pontuadas ao longo do texto, acerca de questões que demandam, ainda, respostas.

As contribuições ao serviço que arriscamos apontar a partir dos resultados encontrados aplicam-se à necessidade de esforços de sensibilização de gestores para a mudança das práticas em saúde, pois seria ilusório alimentar a expectativa por melhores práticas sem que haja o efetivo entendimento dos valores que norteiam a ESF nos âmbitos técnico, gerencial e institucional. Não obstante, é preciso criar condições institucionais para que tais mudanças tenham um solo que lhes assegure viabilidade.

Ao final, para nós fica ainda mais clara a condição de processo do Sistema Único de Saúde e, que, por esse motivo, se torna eternamente inacabado, em permanente construção; sempre a demandar, portanto, aportes e ajustes, já que a sociedade é também dinâmica.

Faz-se importante registrar os inúmeros ganhos e avanços percebidos ao longo desta investigação. A grande transformação da atenção básica vivenciada no Município de Fortaleza representa, por si, uma iniciativa valorosa, corajosa e a pedra fundamental de um percurso que poderá aproximar muitas distâncias. Acreditamos que experiências que oportunizam as mudanças nas relações, como essas relatadas neste estudo, em que trabalhadores se preocupam com dimensões não biológicas dos sujeitos, usuários identificam mudanças no atendimento, técnicos se queixam de ferramentas que obstaculizam o diálogo e gestores estimulam rodas de conversa caracterizam, certamente, um bom começo.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v.33, p. 50-53, 1991.
- AKERMAN M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Rev Saúde Pública**. v. 36, n. 5, p. 638-646, 2002.
- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2004/2005.
- ARCHANJO, D. R. Família e saúde: uma abordagem histórica. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L (orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2007. p. 23-47.
- ARRUDA, C. A. M. **Qualidade dos serviços e satisfação dos usuários (as): explorando experiências no espaço da atenção básica no Município de Fortaleza/Ceará**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2009.
- ASSUNÇÃO, I.C.A. Interdisciplinaridade: uma tentativa de compreensão do fenômeno. In: FAZENDA, I. (org.). **Práticas interdisciplinares na escola**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2005, p. 23-35.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.583-592, 2004a.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Ciência Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, 2004b.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.549-554, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas em saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados de saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-83.
- BALDANI, M. H. et al . A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Aug. 2005 . Disponível em:<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Sept. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-394, 2005.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

BOFF, L. **O tamagochi e o cuidado**. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boff/boff\\_cuidar1.html](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boff/boff_cuidar1.html)>. Acesso em: 29/03/2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOSI, M. L. M. **A face oculta da nutrição: ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: UFRJ/Espaço e Tempo, 1988.

BOSI, M. L. M. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **Rev. Nutr. PUCCAMP**, v.7, n.1, p.32-47, jan./jun., 1994.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BOSI, M. L. M.; MERCADO MARTINEZ, F. J. Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO MARTINEZ, F. J. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.23-71.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. A. Direito à saúde e participação popular – confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO MARTINEZ, F. J. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 451-479.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. U. **Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa da atenção?**: Elementos para uma demarcação conceitual. Fortaleza: Núcleo de Política/Gestão e Avaliação em Saúde. DSC/Universidade Federal do Ceará, 2006. [Texto de Apoio].

BOSI, M. L. M.; MERCADO MARTINEZ, F. J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.3, p.566-570, 2010.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.2, p. 318-324, 2010.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

BORDIEU, P. **O poder simbólico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa da União**, Brasília, seção 1, p.37, 09 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS Política nacional de humanização: documento para discussão**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica: diretrizes e orientações**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza-SUS: A clínica ampliada**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento técnico: avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos - síntese dos principais resultados**. 2 ed. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários do SUS: resumo projeto**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Manual de estruturas físicas de unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Números da saúde da família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 23.11.2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 23.11.2008b.

BUBER, M. **Eu e tu**. 2.ed. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

CAMARGO JR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.24, Sup. 1, p.S58-S68, 2008.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.398-400, 2005.

CARVALHO, L. B.; FREIRE, J. C.; BOSI, M. L. M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis**, v.19, n.3, p. 849-865, 2009.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Programa saúde da família**. Disponível em: <[http://www.saude.ce.gov.br/internet/programa\\_saude\\_da\\_familia.htm](http://www.saude.ce.gov.br/internet/programa_saude_da_familia.htm)>. Acesso em: 13.10.2004.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 11.ed. São Paulo: Ática, 1999.

CLARK, A. M.; BARBOUR, R. S.; MCINTYRE, P. D. Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. **Journal of Advanced Nursing**, v.39, n.6, p.589–598, 2002.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup. 1, p. S7-S27, 2008.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.1, p.113-118, 2009.

COYNE, I. T. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? **Journal of Advanced Nursing**, v.26, p.623–630, 1997.

CRESWELL, J. W. **Research design: qualitative & quantitative approaches**. London: SAGE, 1994.

DE DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. **As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes**. Acta paul. enferm. v.19, n.4, p. 394-401, 2006.

DELGADO, J. A. Que é o “ser da família”? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n. esp., p.86-94, 2005.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. Campinas: Editora Papirus, 2000.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006.

DESCARTES, R. **Meditações metafísicas**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DESLANDES S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

EGRY, E.Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.2, p.1181-1186, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio – versão 6.1**. Curitiba: Positivo Informática, 2009.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunc, Saúde, Educ**, v.11, n.23, p.515-529, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Rede Unida/Hucitec, 2002.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <[http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/redes\\_atencaoBasica\\_PSF.asp](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencaoBasica_PSF.asp)>. Acesso em: 15.08.2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.38, n.2, p.143-51, 2004.

FRAIZ I.C. Saúde e sociedade. In: In: ARCHANJO, D.R.; ARCHANJO, L.R.; SILVA, L.L. (Orgs.) **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2007, p. 49-74.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.55-124.

FREIDSON, E. **The profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Dodd, Mead and Company, 1970.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. Traduzido por Pacionirk, C. M. São Paulo: Edusp; 1998.

FREIRE, J. C. **O lugar do outro na modernidade tardia**. São Paulo: Annablume /Fortaleza: Secult, 2002.

GADAMER, H. G. **Hermenêutica em retrospectiva: Heidegger em retrospectiva**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007a. v.1

GADAMER, H. G. **Hermenêutica em retrospectiva: a virada hermenêutica**. Petrópolis: Vozes, 2007b. v.2

GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 4, p. 617-625, 2007.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas. **Physis**, v.17, n.2, p.289-299, 2007.

GOFFMAN, E. **La vita quotidiana come rappresentazione**. Bolonha: Il Mulino, 1969.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Evaluation Generation**. Sage Publications, Thousand Oaks, 1989.

HAGUETTE, T. M. F. A entrevista. In: \_\_\_\_\_. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987. p.75-80.

HEIDEGGER, M. **Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo**. Madrid: Alianza Editorial, 2006.

HUSSERL, E. **La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendentale**. Paris: Gallimard, 1976.

HYCNER, R. **Relação e cura em gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.4, p.570-575, 2006.

JAPIASSU, H. Apresentação. In: RICOEUR, P. **Hermenêutica e ideologias**. Petrópolis: Vozes, 2008.

KERR, L. et al. Uma reflexão sobre o processo de avaliação das pós-graduações brasileiras com ênfase na saúde coletiva. **Physis**, v.15, n.1, p.83-94, 2005.

LEVINÁS, E. **Autrement quêtre au delà de l'essence**. Paris: Le livre de Poche, 1978.

LEVINÁS, E. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

LOW, J.; PERRY, R.; WILKINSON, M. C. A qualitative evaluation of the impact of palliative care day services: the experiences of patients, informal carers, day unit managers and volunteer staff. **Palliative Medicine**, v.19, p.65-70, 2005.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

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

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde de Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1998.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface Comun Saúde Educ**, v.9, p.9-24, 2005.

MEISS, L. et al. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. **Braz J Med Biol Res**, v.36, n.9, p.1135-1141, 2003.

MERCADO MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Notas para um debate. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p.23-71.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.15-35.

MERLEAU PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Coas da Região Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.355-367, 1999.

MOURA, C. A. R. **Racionalidade e crise**. São Paulo: Discurso Editorial/Editora UFPR, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud**. Washington D.C.: OPS, 2008. 71p. (Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n.2).

ORTEGA, J.L.; INFANTE, C.; PALACIOS, E. T. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes. In: BOSI M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ F. J. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 337-362.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.567-571.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.489-503.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. 2.ed. Newbury Park: Sage, 1987.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.617-626, mês 2004.

PELLIZZOLI, M. L. Sujeito: paixão e pathos. In: TIMM, R. S. et al. (orgs.). **Éticas em diálogo**. 1.ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2003. v.1, p.251-268.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2001. p.65-112.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2004. p.21-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2003. p.7-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Cuidado e integralidade: vida, conhecimento, saúde e educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco, 2004. p.5-7.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Brasil. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 11/08/2008.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. (orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.492-501, 2004.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.4, p.658-664, ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt.)>. Acesso em: 20.04.2009.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais da saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SADALA, M. L. A. A alteridade: o outro como critério. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 33, n. 4, p. 355-357, 1999.

SANTOS, S. M.; UCHIMURA, K. Y.; LANG, R. M. F. Percepção dos usuários do programa saúde da família: uma experiência local. **Cad Saúde Coletiva**, v.13, n.3, p.687-704, 2005.

SAUPE, R. et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema único de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.4, p.654-661, out./dez. 2007.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.521-536, 2005.

SCHOLZE, A.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

SCHWANDT, T. A. **The sage dictionary of qualitative inquiry**. Califórnia, E.U.A., 2007.

SENA, R. R. et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.12, n.24, p.23-34, jan./mar. 2008.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, V. 18(Suplemento), P. 203-211, 2002.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. **Saúde em Debate**, v.23, n.53, p.81-92, 1999.

SILVA, F. L. **Dercartes: a metafísica da modernidade**. 2.ed. São Paulo: Moderna, 2005.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SILVA, L. L.; FELIX, S. B. C. M. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ed. Ibplex, 2007. p.75-98.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 3, p. 207-216, 1999.

SILVEIRA FILHO, A. D. O uso das ferramentas saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (orgs.) **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ed. Ibplex, 2007. p.101-123.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

SPOSATI A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad Saúde Públ.**, v. 8, n. 4, p. 366-378, out/dez, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TANAKA, O. Y. Health promotion challenge conceptions and na alternative evaluation approach. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.530-543, 2004.

TESCH, R. **Qualitative research: analysis, type & software tools**. New York: The Falmer Press, 1995.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, sup.1, p.S193-S201, 2008.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública**, v.14, n.2, p.429-435, mês 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade: resgatando a subjetividade. In: MERCADO MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004a. p.75-98.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. O mercado dos pobres: um enfoque qualitativo da utilização de programas sociais de alimentação. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.482-491, 2004b.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1561-1569, 2002.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, sup 1, p.S148-S158, 2008.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p.525-531, 2003.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1999.

YOO, S. et al. A Qualitative Evaluation of the students of Service (SOS) Program for Sexual Abstinence in Louisiana. **Journal of School Health**, v.74, n.8, 2004.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **Consentimento - Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996, segundo o Conselho Nacional de Saúde**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito livremente participar do projeto intitulado “**Integralidade e Humanização na estratégia Saúde da Família: Análise Comparativa Inter-regional**”, sob responsabilidade dos pesquisadores Kátia Yumi Uchimura e Maria Lúcia Magalhães Bosi, da Universidade Federal do Ceará - UFC.

**Propósito do estudo:** Avaliar a operacionalização do Programa Saúde da Família, sob a ótica da integralidade e da humanização.

**Participação :** Os responsáveis pelo estudo prestarão esclarecimentos sobre todos os procedimentos a serem realizados, após recrutamento voluntário. Concordando, deverei apresentar-me no local da coleta de dados (se aplicável) da pesquisa a fim de ser entrevistado. As entrevistas serão gravadas em meio digital.

**Riscos:** Estou ciente de que o presente estudo não trará nenhum risco para minha integridade física ou moral.

**Benefícios:** as informações coletadas através de entrevista serão úteis cientificamente, para possibilitar o desenvolvimento do estudo.

**Privacidade:** as informações obtidas neste estudo poderão ser divulgadas em publicações e congressos, sem a identificação dos participantes. Minha participação é, portanto, voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem quaisquer conseqüências.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

Contatos: Kátia Yumi Uchimura. Rua Padre Anchieta, 2770. Curitiba-PR.  
Fone: (41)3240-5544 ou (41)9953-1022.  
Maria Lúcia Magalhães Bosi (85) 3366-8045.

## APÊNDICE B – Caracterização dos Agentes Comunitários, Enfermeiros, Médicos, Gestores Locais e Usuários

Quadro 1 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa, segundo sexo, idade e tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família.

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Tempo na ESF</b>
1	F	31	6 anos
2	M	24	6 anos e 2 meses
3	F	31	2 anos
4	F	46	7 anos
5	F	29	6 anos e 2 meses

Quadro 2 – Caracterização dos Enfermeiros entrevistados, segundo sexo, idade, formação complementar e tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família.

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Formação complementar</b>	<b>Tempo na ESF</b>
1	F	25	CRUTAC	1 ano e 1 mês
1b	F	47	-	5 anos 6 meses
2	F	ND	-	ND
3	F	27	Especialização em Saúde Família	4 anos
5	F	47	-	9 anos
6	F	36	Especialização em Saúde pública Especialização em Saúde da Família Especialização em Enfermagem Obstétrica Especialização em Educação em Enfermagem	10 anos

Quadro 3 – Caracterização dos Médicos entrevistados, segundo sexo, idade, formação complementar e tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família.

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Formação complementar/Residência</b>	<b>Tempo na ESF</b>
1	F	32	Medicina geral e comunitária	8 anos
2a	M	27	-	1 ano e 9 meses
2b	F	28	-	1 ano e 10 meses
3	M	41	Angiologia/PITS	4 anos
4	F	42	Pediatria	12 anos
5	M	41	-	1 ano
6	M	43	-	5 anos e 5 meses

Quadro 4 – Caracterização dos gestores locais entrevistados, segundo sexo, idade e tempo de tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família.

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo na ESF</b>
1	F	34	Serviço social	1a 8m
2	F	32	Terapia ocupacional	1 m
2B	M	36	Enfermeiro	9a
3	F	59	ND	2a
5	F	48	Enfermagem/fisioterapia	1a 7m

Quadro 5 – Caracterização dos usuários entrevistados, segundo sexo, idade e tempo de utilização do serviço.

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Tempo utilização</b>
1	F	51	> 1 ano
2	F	28	3 anos
2b	F	70	> 15 anos
3	F	41	5 anos
3b	M	30	6 anos
6ª	F	27	8 anos
6b	F	73	3 anos

**APÊNDICE C – Artigo publicado na Revista de Saúde Pública**

**APÊNDICE D – Capítulo de livro publicado**

**APÊNDICE E – Capítulo de livro publicado**

**APÊNDICE F – Artigo submetido à Revista Interface****Submissão**

Autores Katia Yumi Uchimura, Maria Lucia Magalhães Bosi  
 Título Trabalho interdisciplinar e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil  
 Documento [ICSE-2029-41023-208150-1-SM.doc](#) 2010-09-23  
 Original  
 Doc. Sup. Nenhum [Incluir Documento Suplementar](#)  
 Submetido por Katia Yumi Uchimura   
 Data de setembro 23, 2010 - 03:38  
 submissão  
 Seção Artigos  
 Editor Marcia Couto   
 Comentários do Prezado Editor,  
 Autor Enviamos, para a apreciação do corpo editorial desse renomado periódico, o presente texto, que trata do trabalho interdisciplinar no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Acreditamos em seu alinhamento aos escopos da Revista e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Cordialmente,  
 As autoras

**Status**

Status Em Avaliação  
 Iniciado 2010-09-30  
 Última alteração 2010-09-30

**TÍTULO:** Trabalho interdisciplinar e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil<sup>3</sup>

**TÍTULO:** Trabajo interdisciplinario y consolidación del Sistema de Salud en Brasil

**TITLE:** Interdisciplinary work and consolidation of Public Health System in Brazil

**Autoras:**

**Kátia Yumi Uchimura** – Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES (Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará). Rua Padre Anchieta, 2770. Bairro Bigorriho. Curitiba-PR. CEP 80730-000. E-mail: [uchimurakatia@terra.com.br](mailto:uchimurakatia@terra.com.br).

**Maria Lúcia Magalhães Bosi** – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. E-mail: malubosi@ufc.br

---

<sup>3</sup> Texto inédito, financiado pelo CNPq – Processo no. 403351/2004-9, consistindo em resultado parcial de Tese de Doutorado, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, sob no. 2771/2004. Não há conflitos de interesse.

## Resumo

Este artigo versa sobre o trabalho interdisciplinar desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF, no Município de Fortaleza, Brasil, tendo como objetivo compreender as percepções dos trabalhadores de saúde acerca das posições ocupadas pelas diferentes categorias profissionais no interior dessa proposta de atenção primária em saúde. O estudo se fundamenta na abordagem qualitativa, utilizando como técnica entrevistas em profundidade. Foram realizadas 18 entrevistas junto a médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A análise do material empírico seguiu os procedimentos da *análise temática*. Os resultados permitiram identificar a existência de diferentes graus de familiaridade entre os trabalhadores, acerca de competências e habilidades profissionais. Os domínios cognitivo, procedimental e atitudinal se destacam com maior ou menor expressividade, denotando o *lugar* ocupado por cada uma das categorias e as relações verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais.

Palavras-chave: atenção primária; competência profissional; formação de recursos humanos; pesquisa qualitativa; saúde pública.

## Resumen

Este artículo se centra en el trabajo interdisciplinario desarrollado bajo la Estrategia de Salud Familiar, en la ciudad de Fortaleza, Brasil, con el objetivo de comprender las percepciones de los trabajadores de salud acerca de las posiciones mantenidas por los diferentes grupos profesionales dentro de esta propuesta de atención primaria de salud. El estudio se basa en un enfoque cualitativo, utilizando la técnica de entrevistas en profundidad. Se realizaron 18 entrevistas con médicos, enfermeras y trabajadores comunitarios de salud. Los resultados mostraron la existencia de diferentes grados de familiaridad entre los empleados acerca de las habilidades de trabajo y competencias. Las dimensiones cognitivas, procedimentales y actitudinales están más o menos expresivas, mostrando el lugar ocupado por cada una de las categorías y las relaciones establecidas verticalmente, en función del control de los conocimientos y la práctica profesional.

Palabras clave: atención primaria de salud; competencia profesional; formación de recursos humanos; investigación cualitativa, salud pública.

## Abstract

This article focuses on interdisciplinary work developed under the Family Health Strategy - ESF, in Fortaleza, Brazil, aiming to understand the perceptions of health workers about the positions held by different professional groups within this proposal for primary care health. The study is based on a qualitative approach, using interviews. Eighteen interviews were conducted with doctors, nurses and community health workers. The empirical analysis followed the procedures of thematic analysis. The results showed the existence of different degrees of familiarity between employees about job skills and competencies. The cognitive, procedural and attitudinal dimensions stand more or less expressive, showing the place occupied by

each of the categories and the relationships established vertically depending on the control of professional knowledge and practice.

Key-words: primary health care; professional skills, human resource training; qualitative research; public health.

## **Introdução**

O presente artigo versa sobre o trabalho interdisciplinar desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF, no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, tendo como objetivo compreender as percepções dos trabalhadores envolvidos no cotidiano das práticas, acerca dos lugares ocupados pelas diferentes categorias profissionais nessa proposta de atenção primária em saúde.

A Estratégia Saúde da Família surge no Brasil em 1994, como PSF – Programa Saúde da Família, na tentativa de contribuir para a consolidação do Sistema único de Saúde – SUS, mediante o fortalecimento da atenção primária em saúde. A sua apropriação como estratégia, no intuito de transcender a noção restrita e eleitoreira atribuída à categoria programa, tem início em 1997, quando o Ministério da Saúde assinala seu destacado papel na reorientação do modelo assistencial (Brasil, 1997; Fraiz, 2007).

Com efeito, a partir desse marco se atribui, à Estratégia Saúde da Família, a responsabilidade pelo desenvolvimento e aplicação de propostas referentes à organização do processo de trabalho e à atenção à saúde que, alinhadas aos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990), pudessem efetivamente superar aquelas práticas de cuidado eminentemente curativas alavancadas pelo Modelo Médico-Assistencial Privatista, já que a alteração que se esperava no paradigma assistencial, a partir da Reforma Sanitária brasileira

e implantação de um modelo assistencial plural (Paim, 2003), não ocorrera como se esperava.

Em suma, competiria, à Estratégia Saúde da Família, a responsabilidade de viabilizar o SUS como um modelo assistencial plural, cuja ênfase estaria na promoção da saúde, com o objetivo de alterar a volumosa demanda espontânea por ações e serviços de saúde por meio da organização e do controle dessa mesma demanda, estabelecendo, de forma integrada, nos vários níveis de hierarquização do sistema, uma estrutura efetivamente voltada à saúde da população.

Para levar a cabo uma tarefa dessa envergadura, seria imprescindível operar, na produção do cuidado em saúde, inúmeras transformações. Dentre estas, assinala-se a abordagem da ação em saúde voltada à família e seu contexto, passando a demandar um olhar e um fazer interdisciplinares (Fraiz, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), “esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, **sob a forma de trabalho em equipes**, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade...”. [Grifo nosso].

É importante destacar que a produção cotidiana do cuidado em saúde depende, em grande parte, das competências dos trabalhadores da saúde, bem como do grau de interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família (Silva, Félix, 2007). Esse conjunto de atributos desejáveis aos trabalhadores da saúde consta como *competências e habilidades* nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da área de Saúde (Brasil, 2001):

“*aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.”

As competências que se esperam dos profissionais de saúde podem ser circunscritas a três domínios (Saupe et al., 2007; Silva, Felix, 2007): o conhecimento (saber); as habilidades (saber fazer); e as atitudes (saber ser e conviver/querer fazer). Pode-se ainda identificar, nesses domínios, competências clínicas e não clínicas (Silva, Tanaka, 1999).

O verbete *competência* é definido por Ferreira (2009) como “qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade”. Para Perrenoud (1999, p. 7), significa “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. E continua, afirmando que, “para enfrentar um situação da melhor maneira possível, deve-se, via de regra, pôr em ação e em sinergia vários *recursos cognitivos* complementares, entre os quais estão os conhecimentos”.

No campo da formação e do trabalho em saúde, as competências aparecem como recursos demandados aos trabalhadores, materializados via conhecimentos, habilidades e atitudes imprescindíveis para consolidação do Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família (Saupe et al., 2007), entendido como um conjunto de processos técnicos e sociais.

Entendemos que, as várias identidades profissionais que interagem na Estratégia Saúde da Família, se horizontalmente organizadas e articuladas, podem, sinergicamente, atuar no campo da promoção, da proteção específica, do tratamento

e da reabilitação, enxergar o contexto social e psicoafetivo de histórias de saúde de indivíduos e de famílias (Silva, Félix, 2007), ampliando o potencial resolutivo da atenção básica a níveis mais próximos do que de apregoa (Fraiz, 2007).

Essa expectativa, em relação aos processos humanos que se estabelecem no trabalho em saúde e que muito se reitera nos documentos oficiais, remete-nos invariavelmente à discussão acerca da hierarquia de saberes e de poderes no cotidiano das práticas e do cuidado. No entanto, a despeito da sua importância, ainda é escassa a produção científica concernente a essa temática, sinalizando uma lacuna que carece ser preenchida, a fim de se identificar a intensidade do avanço ou da permanência registrados nessas relações e, por conseguinte, produzir respostas que contribuam para a superação de hiatos que ainda se observam na *práxis* em saúde.

### **Percurso Metodológico**

Ante a diversidade de vertentes que caracterizam a tradição qualitativa (Tesch, 1995; Denzin, Lincoln, 2006), esta investigação se alinha com o enfoque crítico-interpretativo, uma vez que toma a subjetividade na interface com a materialidade a que se vincula, dialeticamente. Noutras palavras, essa conjunção possibilita construir uma reflexão crítica acerca do objeto com a pretensão de subsidiar ações de intervenção, entendendo a pesquisa como processo transformador no sentido da ampliação dos horizontes de compreensão dos atores envolvidos.

O espaço de observação deste estudo compreende o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Nordeste do Brasil, em função da expressiva ampliação das equipes de Saúde da Família e da cobertura da Estratégia Saúde da Família e

incorporação de um conjunto de ações voltadas à efetiva alteração do modelo assistencial, observada a partir de 2006.

Fortaleza é um município com população estimada em 2.458.545 habitantes. O município se subdivide político-administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), responsáveis pela operacionalização das políticas públicas governamentais, onde se inserem seis Distritos de Saúde que atendem a população residente em 84 bairros (Fortaleza, 2007). A Atenção Básica é constituída por 304 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 88 Centros de Saúde da Família (Fortaleza, 2010).

O estudo envolveu médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde integrantes das Equipes de Saúde da Família. A não inclusão da categoria de dentistas se justifica pelo fato de que, na ocasião da elaboração do projeto ao qual se vincula esta pesquisa, não havia, ainda, a instituição da equipe ampliada – que incluiu os trabalhadores da saúde bucal – junto às Equipes de Saúde da Família, no Município em questão.

Assim, as categorias profissionais incluídas neste estudo são aquelas pertencentes à equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família. Foram convidados a participar profissionais das categorias referidas atuantes nesse modelo por um período igual ou superior a seis meses, no momento da entrevista, de modo a possibilitar um acúmulo subjetivo capaz de possibilitar a compreensão do objeto demarcado para estudo.

Na tradição qualitativa, não se observa relevância da validação numérica da amostra no sentido de possibilitar a generalização dos achados (Triviños, 1987; Patton, 1987; Minayo, 1998). Nestes termos, sua seleção foi intencional, como usualmente se procede em pesquisas qualitativas (Coyne, 1997), alinhando-se à

proposta de *amostra teórica* ou theoretical sampling, definida por Strauss e Corbin (2008, p. 195) no sentido de “ tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões”.

Destituída de lógica probabilística, a amostra foi dimensionada de modo a permitir a “... *exaustão*, ou seja, a recorrência das categorias no material coletado” (Bosi, 1996, p. 30), ou ainda a *saturação teórica* (Strauss, Corbin, 2008; Fontanella, Ricas, Turato, 2008), que propõe a coleta de dados até que todas as categorias estejam *esgotadas*, e se alcance a subsequente compreensão em profundidade da produção subjetiva que emerge na relação com os grupos/atores investigados.

Para a apreensão das narrativas dos informantes, foram realizadas entrevistas individuais, com conteúdo gravado após seu consentimento. Em momento posterior, essas entrevistas foram transcritas. Consoante o princípio da não-diretividade (Thiollent, 2008), o instrumento utilizado para a obtenção do material foi um roteiro norteador flexível, contendo algumas questões abertas, oportunamente desdobradas em novas perguntas, a partir do conteúdo emergente nas falas dos entrevistados.

Os trabalhadores foram convidados a participar por livre adesão informada e, posteriormente entrevistados, no próprio local de trabalho. As entrevistas – 18 no total – tiveram, em média, a duração de 30 minutos. As transcrições foram realizadas sob supervisão das próprias pesquisadoras, logo após a obtenção do material empírico.

Após a transcrição, o material empírico foi submetido à leitura transversal e horizontal, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos *temas centrais* e *dimensões* presentes nas narrativas e que constituem os *eixos de significação* da análise empreendida,

conforme se propõe na abordagem de *análise temática* (Pope, Ziebland, Mays, 2009).

Esse processo tem início com a compilação das informações ou categorias por temas, tomando-se o cuidado para que todas as manifestações sobre os temas encontrados tenham sido incluídas. Desse estágio inicial, de caráter mais descritivo, passamos à análise de interconexões entre os temas e dimensões e, então, ao processo de interpretação dos sentidos dos discursos, ou seja, à construção da “rede de significados” (Bosi et al., 2010). Neste estudo, os temas emergiram do material discursivo obtido durante o trabalho de campo.

Ao final, analisamos de forma comparativa as correspondências e discrepâncias entre os discursos produzidos pelos atores sociais das diferentes categorias profissionais que compõem o universo pesquisado, relacionando-os com as singularidades e/ou condições históricas específicas..

## **Resultados e Discussão**

O recurso adotado para a exposição dos resultados consiste na apresentação das falas mais evocativas, as quais se reiteram na quase totalidade dos relatos. Os referidos discursos aparecem codificados conforme o grupo ao qual pertence seu autor. Nesse sentido, foram utilizados os seguintes códigos: E= enfermeiro; M=médico; ACS=agente comunitário de saúde.

Entre os *médicos* entrevistados, destacamos a **fluência** com que os princípios doutrinários norteadores da estratégia se mostram presentes em suas falas, quando solicitados a se pronunciar sobre a mesma.

“...é uma visão diferente, é uma visão que a gente trabalha dentro da equidade, diversidade, integralidade, acesso longitudinal”. (M1)

“O Programa Saúde da Família consiste basicamente num acompanhamento pelo sistema da longitudinalidade e também pelo princípio da universalidade e equidade. O cuidado de favorecer aos que são mais desfavorecidos...” (M3)

Já nas narrativas dos *enfermeiros*, os aspectos organizativos ou **operacionais** decorrentes da implantação da estratégia no Município emergem com maior nitidez quando comparados à dimensão teórica ou conceitual atinente ao SUS e à ESF. No tocante a esses temas, observa-se que a menção aos princípios aparece destituída da preocupação em aparentar conhecimento ou compreensão. Em contrapartida, é inequívoca sua maior familiaridade com a descrição da operacionalização das ações.

... é muito bom porque aquele negócio (de ficar) só receitando no consultório, atendendo, também cansa; e o bom do PSF é isso: porque tem muita coisa diferente e não é sempre a mesma coisa e a gente **pode fazer** isso... (E1)

Aqui a gente trabalha com idosos basicamente, que a maior incidência é de hipertensão e diabetes. A gente trabalha com puericultura e pediatria até cinco anos de idade, a gente trabalha com mulheres em idade fértil no planejamento familiar, na prevenção do câncer ginecológico. A gente faz também grupos, pré-natal. Eu acho que basicamente é isso, os programas codificados pelo PSF e grupos educativos... (E1b)

É notória a compreensão da proposta da Estratégia Saúde da Família nas duas categorias profissionais entrevistadas. No entanto, o predomínio de um dos recursos das competências – o *saber*, representado pela preocupação em dar visibilidade ao *domínio teórico* da proposta, por meio do emprego dos termos técnico-científicos que integram os textos oficiais, prevalece no discurso dos médicos. Esse domínio, o do *saber*, é definido por Saupe et al. (2007, p. 656) como o “conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e re-elaboração crítica, que possibilitam ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação”.

...os médicos, eles têm um conhecimento bom, mas eles chegam com dificuldade na aplicação dessas outras coisas... (M1)

Por outro lado, entre enfermeiros, fica claro o entendimento da proposta a partir das implicações desse novo referencial nas práticas em saúde, ou seja, no campo das habilidades – do *saber fazer*, já que os princípios norteadores da proposta e os termos técnicos mais empregados para sua caracterização não são colocados em relevo. As habilidades (Saupe et al., 2007, p. 656):

“representam o saber fazer do domínio psicomotor e são indicadas pelo ‘conjunto de práticas adquiridas, sobretudo por demonstração, repetição e re-elaboração crítica, que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no seu campo de atuação’” .

Os depoimentos dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS demandam uma leitura particular, por se tratar de uma categoria que prescinde de formação

profissionalizante. Nesse sentido, fomos surpreendidos pelo fato de esta ter sido a única categoria a referir a necessidade de um ‘novo olhar’ sobre a saúde e de um outro jeito de fazer saúde’, sugerindo, assim, não apenas o conhecimento de pressupostos teóricos que sustentam a proposta, como também o *compromisso* com aspectos como a promoção da saúde e os princípios filosóficos do SUS, revelando, assim, uma compreensão ampliada de saúde.

O PSF acho que é um programa muito importante porque nele você cuida daquela comunidade **já com outros olhos...** (ACS1)

...eu não entendia muito bem como (era) o Programa Saúde da Família, mas com o passar do tempo você vai vendo como acontece, você vai vendo que **é um outro jeito de fazer saúde**. Eu vejo isso, então as pessoas estão acostumadas ter a saúde curativa: quando ela vem, chega, é atendida e ela volta e o médico não sabe o nome do paciente, o paciente não sabe o nome do médico e vai embora e por isso fica... (ACS5)

Nessas falas, o que se explicita é uma mudança do olhar e uma mudança de atitude frente ao usuário e suas necessidades de saúde. *As atitudes:*

“representam o saber ser e conviver do domínio afetivo e compreendem o ‘conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introjeção e reelaboração crítica que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver, além da capacidade de tomar decisões e de solucionar problemas na sua área de atuação” (Saupe et al., 2007, p. 656).

Em síntese, enquanto o discurso médico revela sua correspondência com o domínio cognitivo – o saber temos, entre os enfermeiros, a compreensão da proposta a partir das habilidades – o fazer e, entre os ACS, categoria destituída de um saber específico que lhe confere uma identidade própria, valoriza-se a dimensão atitudinal – o ser e conviver.

O fato de os diferentes recursos que envolvem as competências não se mostrarem presentes com a mesma intensidade no discurso das categorias profissionais que integram este estudo não significa, necessariamente, sua completa ausência; no entanto é reveladora da existência de uma hierarquia de valores internamente semelhante – já que compartilhada entre seus membros – e externamente diferenciada – ao se reconhecer a especificidade e a interdependência entre os códigos de valoração e a construção social de cada uma delas.

Partindo dessa premissa, julgamos pertinente evocar a reflexão sobre como tais domínios – o saber, o fazer e o *querer fazer* – têm sido trabalhados no processo de formação, já que as mesmas, conforme defendem Saube et al. (2007), “promovem a integração entre as políticas públicas em saúde e em educação e rompem com a histórica dicotomia entre estes setores”.

Recuperamos uma discussão anteriormente iniciada (Bosi, Uchimura, 2007), acerca dos valores presentes na formação em saúde, pois, ainda que os conhecimentos/saberes sejam contemplados, que dizer acerca das habilidades e atitudes, tão importantes quanto o domínio cognitivo para a consolidação do modelo assistencial plural? Por esse motivo, reiteramos, agora de forma contextualizada, a seguinte questão (Bosi, Uchimura, 2007), a qual remete, inequivocamente, ao questionamento da formação em saúde: como transformar o sistema buscando torná-lo o que ainda não somos?

São ilustrativas dessa situação as narrativas assinalando a frágil influência do processo de formação médica na escolha pela área de atuação:

... depois que a gente saiu da faculdade [...] é que (es)tavam mudando o currículo pra ir mais pra atenção básica. É, tanto que agora aumentou mais seis meses [...]. Da minha parte foi mais o interesse, vim de uma família mais humilde que teve problema com atendimento e que tá mais ligada nessa área. É (o) que (me) fez optar por essa área e não a faculdade em si. (M2a)

A formação tampouco ofereceu o preparo técnico adequado para a atuação na atenção básica:

Aí passa cinco anos sem ver nada. Sem ver nada, sem ir pro posto. Aí no último ano, é que (em) um mês a gente passou no posto de saúde. É muito pouco diante da necessidade; e sem falar que a maioria dessas pessoas que se formam, querendo ou não, acabam indo pra um PSF, acabam indo pra atenção primária pelo menos inicial. E vão muitas vezes despreparados, porque a formação não era pra atenção primária e sim pra atenção secundária e terciária. Agora que isso está mudando e isso é bom. (M2b)

...porque quando a gente termina o curso de medicina – e que não é diferente de hoje – a gente não tá preparado pra entrar aqui. [...] porque a parte prática mesmo a gente só aprende com o dia-a-dia. Então uma residência, seja ela no saúde da família, seja ela em qualquer área que você quiser fazer, eu acho que é importante pra que você tenha segurança no que você realmente vai fazer. (M4)

Para efetivação da mudança do modelo assistencial, a formação assume, evidentemente, posição de destaque. E, sobre a formação médica, Feuerwerker (2002, p. 1) afirma:

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. Médicos com formação geral, **capazes de prestar uma atenção integral e humanizadas às pessoas**, que **trabalhem em equipe**, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes (grifo nosso).

Freidson (1998) defende que a análise da consolidação de competências, a serviço da profissionalização de uma dada categoria profissional, exige reconhecer as relações entre as competências específicas e suas expressões na história dessa mesma categoria, como condição imprescindível para a definição da sua identidade social. Partindo dessa premissa, recuperamos alguns elementos da história de formação dessas duas categorias profissionais atuantes na saúde.

Na história da formação médica, observa-se o predomínio do ensino na modalidade tradicional, baseado na transmissão de saberes, na experiência do professor e na valorização do conteúdo *em detrimento da formação de valores* (Feuerwerker, 2002). Não por acaso, já que tal formação tem sido fortemente condicionada pelas macroestruturas econômicas e políticas, pelo entendimento que se tem de saúde-doença e de necessidades de saúde, pela organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, pela prática médica, embora as

escolas formadoras tenham relativa liberdade no que tange seu funcionamento (Feuerwerker, 2002).

Em documento recentemente publicado, a Organização Panamericana de Saúde (2008) assinala os principais problemas da formação médica nos países americanos, dentre os quais destacamos: os **escassos conhecimentos e habilidades** por parte dos egressos **para o manejo da atenção primária** em saúde; a ênfase no modelo biologicista; a **centralização das práticas** de aprendizagem **nos hospitais**; a **ausência** de um enfoque **de promoção da saúde** e prevenção de doenças em níveis individual, familiar e comunitário desde os primeiros anos da formação; e a **carência de uma formação integral** sob as perspectivas técnica e humanista.

No que se refere ao percurso adotado pela Enfermagem no sentido de sua profissionalização, o avanço da prática ocupacional para essa categoria profissional foi alicerçado no esforço de melhoria da imagem, a fim de se conquistar reconhecimento, por meio do investimento na formação acadêmica ou dimensão cognitiva (De Domenico e Ide, 2006).

Com efeito, a história da formação em Enfermagem – e de outras ocupações de saúde – no Brasil revela contornos semelhantes àqueles apresentados pela formação médica, pois, em sua origem, o ensino da Enfermagem fora influenciado pelo Modelo Hospitalocêntrico, orientado pelas demandas de mercado que se faziam presentes àquela época. Até 1972, todas as mudanças empreendidas no currículo mínimo de enfermagem privilegiaram o modelo médico/hospitalar (Ito et al., 2006).

Em um estudo acerca das competências do enfermeiro a partir das percepções de técnicos e docentes, De Domenico e Ide (2006, p. 399) encontraram resultado

semelhante, pois, conforme afirmam, “competências referidas como de exercício diário não traduziram todas as dimensões do exercício profissional que são almejadas pelas diretrizes para a formação do graduado...” . Nesse contexto, adquire destaque o fato de que as competências técnico-científicas apareceram com maior destaque nas ações de natureza curativa, de forma associada ao **fazer** prescritivo.

Transpondo a reflexão para outro domínio além da formação, a divisão do trabalho entre as categorias no interior das equipes também exerce sua influência nessa diferenciação de posições ocupadas no interior da Estratégia Saúde da Família.

Entre os médicos, houve menção de que a integração e o sentimento de pertencimento à equipe são resultados de iniciativas de acolhimento de uma categoria por outra(s). Nessas falas, a afirmação acerca da aceitação *do outro* e *pelo outro* assume especial relevância na constituição do trabalho em equipe:

E, do grupo aqui, a gente trouxe a auxiliar de enfermagem que estava só dentro da unidade e ela tá participando e foi excelente, ela tá satisfeita, **ela tá sentindo que faz parte da equipe**. E, as agentes comunitárias, **mostrei pra elas que elas são importantes**, que elas precisam, que elas que convivem, elas é que fazem o início, explicam a idade, fazem os convites da volta. Então, a equipe toda tá trabalhando – o médico, a enfermeira, o auxiliar e o agente comunitário.(M1)

O saúde da família pela rede é o trabalho em equipe, se não houver esse trabalho em equipe fica difícil, então **tem que haver uma boa interação** entre o médico e o enfermeiro, principalmente entre o médico e o enfermeiro (...).

Principalmente médico e enfermeiro, eles têm que estar muito unidos, ter o mesmo ideal, trabalhar conjuntamente com a visão global do paciente e decidindo tudo em equipe mesmo, as estratégias, como atuar preventivamente na comunidade vendo quais são os riscos que aquela comunidade, aquela área ta enfrentando. (M6)

A fala abaixo confirma a importância da aceitação e do respeito mútuo, para que o trabalho em equipe possa ser considerado bom ou produtivo:

...eu acho que no momento eu trabalho com uma boa equipe, eu acho que a gente fala a mesma língua, então fica fácil. **Particularmente eu não tenho o que dizer, a gente tem o apoio da equipe, a gente tem o apoio do médico, tem apoio do enfermeiro. Eles também têm o nosso apoio.** Então, assim, eu acho que cada um trabalha como cada um tivesse uma função, mas uma função dependente da outra. (ACS.2)

Por outro lado, aquelas mesmas falas (de médicos) nos autorizam a supor que exista o reconhecimento de uma suposta superioridade técnica ou simplesmente de uma distinta relevância, que privilegiaria algumas categorias que integram as equipes em detrimento de outras. Essa (oficiosa) hierarquia técnica entre os membros da equipe é apontada como obstáculo para enfermeiros; mas, em contraposição, a **autonomia técnica** que se viabiliza e o maior reconhecimento da sua importância, em saúde coletiva, são motivos de comemoração:

Bem, a enfermagem é uma coisa que realmente se avançou muito atualmente. A gente sabe que vem engatinhando aos poucos e com o PSF graças a Deus a nossa autonomia aumentou bastante... (E3)

A gente tem oportunidade de atuar com mais autonomia, atende a criança na puericultura. Eu me sinto muito bem trabalhando no programa de saúde da família porque eu acho que é um programa que satisfaz a enfermeira porque ela pode atuar com mais autonomia, é um trabalho multidisciplinar, é um trabalho de equipe, mas a gente se sente mais à vontade prá trabalhar. (E5)

Na obra de Bosi (1996, p. 51), “a autonomia (...) representa a capacidade de avaliar e controlar o desenvolvimento do trabalho. É nisso que reside a essência do profissionalismo.” E complementa: “O conceito de *autonomia*, em Freidson, liga-se intrinsecamente à dimensão do conhecimento, **ao saber**, já que expressa uma competência técnica legitimada” (grifo nosso).

Essa noção de superioridade técnica de uma categoria em relação às demais, no campo da saúde, tem suas raízes no Modelo Médico-Assistencial, também conhecido como Hospitalocêntrico. Esse modelo norte-americano de formação e atuação médica, que tem em seu cerne o entendimento de saúde como ausência de doença e como características o biologismo, o curativismo, o individualismo, o mecanicismo, a centralidade do profissional médico e a valorização da especialização – determinou o formato da assistência em saúde no Brasil desde a década de 1940. É esse modo de *fazer saúde* que se pretende superar mediante a construção do SUS e a efetivação pela Estratégia Saúde da Família (Brasil, 1997; Bertolli-Filho, 2003; Polignano, s/d).

Naquela perspectiva – curativista, todo e qualquer ato técnico em saúde – à exceção das imunizações – somente teria início a partir do adoecimento, o que colocava, evidentemente, o médico em posição central, já que toda ação terapêutica derivava e ainda deriva, necessariamente, de um diagnóstico clínico – prerrogativa médica. No entanto, a finalidade da Estratégia Saúde da Família consiste em contribuir para a alteração do modelo assistencial, priorizando, juntamente com as ações curativas, as ações de promoção da saúde. E não ao acaso, pois a Organização Panamericana de Saúde (2008, p. 8) reconhece que a Atenção Primária em Saúde “ sigue sendo la principal y más efectiva estratégia para promover la salud y alcanzar el más alto nível de salud posible para cada persona”. Invariavelmente, essa mudança de foco – a saúde em lugar da doença – provoca alterações nas relações de poder anteriormente instituídas.

Ainda assim, a perspectiva curativista e a centralidade do médico no processo de trabalho em saúde dão claros sinais de sua permanência por meio das narrativas de enfermeiros sobre a composição de suas equipes e que, a despeito da autonomia mencionada, coloca em relevo a expressiva dependência que se tem do médico na atenção básica – fato até compreensível, dado o expressivo volume da demanda reprimida para consultas médicas em todos os níveis de complexidade do sistema:

Trabalhar em equipe é maravilhoso, **só que eu estou sem médico ainda**, tem um dentista porque o médico passou no concurso e foi lotado aqui, mas ainda não veio.  
(E1)

Minha equipe só é eu e ele. Não, eu tenho a dentista (...). **No momento eu tô sem médico**, mas assim, **graças a Deus conto com a colaboração dos outros médicos...** (E3)

Assim, concordamos ser urgente o estabelecimento de novas relações entre os profissionais da saúde, baseadas agora na interdisciplinaridade e não apenas na multidisciplinaridade, a fim de se construir novas formas de produção do cuidado, que questionem as “certezas profissionais” instituídas pelo modelo biomédico (Saupe et al., 2005).

Com efeito, a interdisciplinaridade – discutida em Vilela e Mendes (2003) como a necessidade de se superar a fragmentação do conhecimento, com vistas à unidade do saber – leva à necessidade de transformação das formas de relação anteriormente instituídas, o que se nos apresenta como um desafio de grande magnitude a ser transposto, pois, como sustenta Assunção (2005), ao afirmar a indissociabilidade entre a interdisciplinaridade e a intersubjetividade, não há como escapar desse encontro, dessa interação entre diferentes identidades profissionais historicamente construídas.

Não obstante, reconhecendo que todos os trabalhadores em saúde “fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias” que constituem um núcleo comum a ser matriciado pelas especificidades de cada formação, o movimento de mudança dessa relação, da verticalidade para a horizontalidade, poderá , também, aproximar o fazer técnico do universo e lógica dos usuários (Merhy, 2007).

### **Considerações Finais**

A realização deste estudo nos permitiu identificar a existência de diferentes graus de familiaridade, entre os trabalhadores de saúde, acerca das competências e habilidades profissionais. Nessa perspectiva, os domínios cognitivo (do saber),

procedimental (do saber fazer) e do atitudinal (querer fazer) se destacam com maior ou menor expressividade em cada uma das categorias profissionais consideradas no âmbito deste recorte, denotando o *lugar* ocupado por cada uma delas e as relações verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais.

Com efeito, a instituição de tais **lugares** ou espaços obedecem à dinâmica da história de organização e profissionalização de cada uma dessas categorias, inerentes à divisão social e técnica do trabalho e à evolução das políticas da saúde em nossa sociedade e, por conseguinte, à evolução do processo de formação em saúde no mundo ocidental.

A interdisciplinaridade, para se efetivar nas práticas de saúde, demanda outras formas de relação que se distanciem da hierarquia de poder instituída por modelos assistenciais curativistas; e novos **lugares** para as diversas categorias atuantes no campo da saúde, atualmente muito mais diversificadas e numerosas que aquelas consideradas no âmbito deste estudo.

Sustentamos, pois, a necessidade de oportunizarmos, no processo de formação, experiências integradoras e interdisciplinares, a fim de que **saberes** e **fazer**s diferenciados estejam presentes no processo de vinculação do estudante com uma determinada identidade profissional, de maneira que esta não resulte associada a apenas uma **categoria** ou corporação profissional, mas a um *campo* de conhecimento e práticas, voltado a atender necessidades e demandas sociais, em especial aquelas que se apresentam no âmbito da saúde.

Kátia Y. Uchimura e Maria Lucia M. Bosi trabalharam conjuntamente na concepção, delineamento do estudo, análise e interpretação do material empírico.

Kátia Y. Uchimura atuou na redação do artigo e Maria Lucia M. Bosi na sua revisão crítica, bem como na aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

ASSUNÇÃO, I.C.A. Interdisciplinaridade: uma tentativa de compreensão do fenômeno. In: FAZENDA, I. (org.). **Práticas interdisciplinares na escola**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2005, p. 23-35.

BERTOLLI-FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

BOSI, M.L.M. **Profissionalização e conhecimento**: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-53, 2007.

BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 318-324.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em 23.11.2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

COYNE, I.T. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, p. 623–630, 1997.

DE DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. **Acta Paul. Enferm.** v.19, n.4, p. 394-401, 2006.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. (orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006, p. 15-42.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio** – versão 6.1. Curitiba: Positivo Informática, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Rede Unida/Hucitec, 2002.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2006: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: SMS, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <[http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/redes\\_atencaoBasica\\_PSF.asp](http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencaoBasica_PSF.asp)>. Acesso em: 15.08.2010.

FRAIZ, I.C. Saúde e sociedade. In: ARCHANJO, D.R.; ARCHANJO, L.R.; SILVA, L.L. (org.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007, p. 48-74.

FREIDSON E. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. Traduzido por Pacionirk, C. M. São Paulo: Edusp; 1998.

GELUDA, K. et al. “*Quando um não quer, dois não brigam*”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 1671-80, 2006.

ITO, E.E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY E.E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 15-35.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo-Rio de Janeiro : HUCITEC-ABRASCO, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud** (Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas No. 2). Washington D.C.: OPS, 2008.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 567-571.

PATTON, M.Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. 2nd. ed. Newbury Park : SAGE, 1987.

PERRENOUD, P. Construir as competências desde a escola. Trad. Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed, 1999.

POLIGNANO, MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Brasil, s/d. Disponível em [http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf) Acesso em 11/08/08.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE C.; MAYS N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad.: Ananyr Porto Fajado. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 87-99.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536 , 2005.

SAUPE, R. et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema único de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 654-661 , 2007.

SILVA, L.L.; FELIX, S.B.C.M. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. In: ARCHANJO, D.R.; ARCHANJO, L.R.; SILVA, L.L. (Org.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2007, p. 75-98.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 3, p. 207-216, 1999.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. Trad.: Luciane Oliveira da Rocha. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TESCH, R. **Qualitative research: analysis, type & software tools**. New York: The Falmer Press, 1995.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

**APÊNDICE E – Artigo submetido à Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva**

**Submissões Ativas**

ID	MM-DD Enviar Sec	Autores	Título	Status
PHYSIS- 10-04 267	LIVR	Uchimura, Bosi	<a href="#"><u>A ALTERIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O MESMO E...</u></a>	Aguardando designação

1 a 1 de 1 Itens

**A ALTERIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O *MESMO* E O *OUTRO* NO ESPAÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**THE OTHERNESS WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: *SAME* AND *OTHER* IN THE FIELD OF PRIMARY HEALTH CARE**

Este estudo é resultado de Tese de Doutorado, integrando o Projeto “Integralidade e Humanização na Estratégia Saúde da Família: Análise comparativa inter-regional”, financiado pelo CNPq – Processo no. 403351/2004-9.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná, sob no. 2771/2004. Todos os informantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resumo

O presente artigo versa sobre a alteridade no âmbito da Estratégia Saúde da Família, no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, tendo como objetivo compreender as relações que se estabelecem entre os atores implicados na produção de ações de saúde, na perspectiva da construção de identidades pessoais e profissionais. A abordagem do estudo foi qualitativa, utilizando-se de entrevistas em profundidade como recurso para obtenção do material discursivo. Foram realizadas 18 entrevistas junto a médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A análise do material empírico seguiu conforme a *análise temática*. A realização deste estudo nos permitiu identificar três temas principais: alteridade e identidade profissional - o *Eu* se afirma a partir do *Outro*; O inverso do sentido - o acolhimento pela (e não para a) população; e resignificando a Saúde da Família. Os resultados nos permitiram identificar que cuidado e trabalho se fundem e se potencializam na constituição de sentidos profissionais e existenciais, levando à resignificação da Estratégia Saúde da Família como campo de práticas que confere visibilidade à necessidade de trabalhadores e usuários se sentirem acolhidos, como em um grande agrupamento familiar, onde se busca a superação do que é estranho – o *outro* – pelo que é semelhante, familiar – o *mesmo*.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; pesquisa qualitativa, alteridade.

## Abstract

This article deals with the otherness within the Family Health Strategy, in Fortaleza, northeast of Brazil, aiming to understand the relationships between stakeholders in producing health actions, in view of building personal and professional identities. The study approach was qualitative, using in-depth interviews as a resource for discursive material. 18 interviews were conducted with doctors, nurses and community health workers. The empirical analysis followed according to thematic analysis. This study and its results allowed us to identify three main themes and also that care and work are fused and leverage in building professional and existential senses, leading to a reinterpretation of the Family Health Strategy as a field of practice that gives visibility to the need for workers and users feel welcomed as a large family grouping, which attempts to overcome what is strange - the other - so it's similar, familiar - the same.

Keywords: primary health care, family health, qualitative research, otherness.

## Introdução

O presente artigo versa sobre a alteridade no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF, tendo como objetivo compreender as relações que se estabelecem entre os atores implicados na produção de ações de saúde, na perspectiva da construção de identidades pessoais e profissionais.

A Estratégia Saúde da Família surge no Brasil em 1994, para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1997; FRAIZ, 2007). Desde então, por meio dessa proposta, a atenção básica vem se estruturando com vistas à efetiva superação das práticas de cuidado eminentemente curativas, características do Modelo Médico-Assistencial Privatista (PAIM, 2003), ainda que seja necessário reconhecer a heterogeneidade desse processo nos mais de 5.000 municípios brasileiros que já aderiram à proposta. Considerando tal contexto, marcado pelo compromisso para com a efetivação de um modelo assistencial plural, baseado na promoção da saúde, a ESF assume, pois, especial relevância.

Habita, na atenção em saúde – espaço em que são produzidas ações, serviços e práticas clínicas – um “processo relacional” envolvendo trabalhador e usuário. Essa intersubjetividade que se processa por meio do “encontro interindividual” coloca em relevo, dentre as modalidades de processos tecnológicos, exatamente a tecnologia leve, ou seja, aquela das relações (FRANCO et al., 2007).

Nessa perspectiva, toda ação clínica em saúde compreenderia, necessariamente, um encontro ou processo intercessor, com o estabelecimento de relações envolvendo escutas e responsabilizações e poderia conduzir, influenciada pela qualidade dessas relações, ao descrédito ou – ao contrário – à formação de vínculos e compromissos entre trabalhadores e usuários.

Partindo do referencial levinasiano, propomo-nos a discutir alguns aspectos da relação que se processa entre trabalhadores e usuários, atores sociais diversamente implicados na produção de ações em saúde. Esse encontro, acreditamos, exerce indubitável influência na definição de identidades, já que a consciência de si se consolidaria a partir da relação do *mesmo* com o *outro* (LEVINÁS, 2005).

Na alteridade,

“a explicação do sentido que um outro eu, que não eu, tem *para mim* – eu primordial – descreve o modo pelo qual Outrem me arranca da minha hipóstase, do aqui, do coração do ser ou do centro do mundo onde, privilegiado e, neste sentido, primordial, eu me coloco. Mas, neste arrancamento, revela-se o sentido último de minha ‘minheidade’” (LÉVINAS, 2005, p. 123).

Tais pressupostos nos conduzem, de imediato, a uma ruptura com a forma tradicional de apreensão da imagem do *outro* na saúde, geralmente limitado a um objeto do fazer técnico (CARVALHO et al., 2009). Assim, muito mais do que destinatário de ações – quando usuário – ou colega de trabalho – quando trabalhador da saúde – o *outro* é aquele sobre o qual o olhar do *mesmo* se distingue e se reconhece, ou, ainda, se identifica como sujeito social.

Esse caráter dialógico e, ao mesmo tempo, identitário da alteridade é encontrado também em Sadala (1999, P. 356), reconhecendo que “as relações interpessoais preenchem vazios do ser-no-mundo”. Nestes termos, dado o caráter inalienavelmente relacional da existência, o homem somente poderia constituir o que reconhecemos como *peessoa* a partir da abertura e da aproximação com o *outro*.

### **Percurso Metodológico**

Esta investigação se alinha com o enfoque crítico-interpretativo (TESCH, 1995; DENZIN, LINCOLN, 2006), uma vez que toma a subjetividade na interface com a materialidade a que se vincula, dialeticamente. Noutras palavras, essa conjunção possibilita construir uma reflexão crítica acerca do objeto com a pretensão de subsidiar ações de intervenção, entendendo a pesquisa como processo transformador no sentido da ampliação dos horizontes de compreensão dos atores envolvidos.

O espaço de observação deste estudo compreende o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, em função da expressiva ampliação das equipes de Saúde da Família e da cobertura da Estratégia Saúde da Família e incorporação de um conjunto de ações voltadas à efetiva alteração do modelo assistencial, observados a partir de 2006.

Fortaleza é um município com população estimada em 2.458.545 habitantes. O município é subdividido político-administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), responsáveis pela operacionalização das políticas públicas governamentais, onde se inserem seis Distritos de Saúde, que atendem à população residente em 84 bairros (FORTALEZA, 2007). A Atenção Básica é constituída por 304 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 88 Centros de Saúde da Família.

O estudo envolveu médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, integrantes das Equipes de Saúde da Família. Assim, as categorias profissionais incluídas no âmbito deste estudo foram aquelas pertencentes à equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família. Nesse caso, foram convidados a participar profissionais das categorias referidas atuantes nesse modelo por um período igual ou superior a seis meses, no momento da entrevista.

Na tradição qualitativa, não se observa relevância da validação numérica da amostra no sentido de possibilitar a generalização dos achados (TRIVIÑOS, 1987; PATTON, 1987; MINAYO, 1998). Nestes termos, sua seleção foi intencional, como usualmente se procede em pesquisas qualitativas, alinhando-se à proposta de *amostra teórica* ou *theoretical sampling*, definida por Swbrandt (2007).

Destituída de lógica probabilística, a amostra foi dimensionada de modo a

permitir a “... *exaustão*, ou seja, a recorrência das categorias no material coletado” (BOSI, 1996, p.30), ou ainda a *saturação teórica* (SCHAWNDT, 2007) (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), que propõe a coleta de dados até que todas as categorias estejam esgotadas, e a subsequente compreensão em profundidade da produção subjetiva que emerge na relação com os grupos/atores investigados.

Para a apreensão das narrativas dos informantes, foram realizadas entrevistas em profundidade, individuais, com conteúdo gravado após seu consentimento. O instrumento utilizado para a obtenção do material foi um roteiro norteador flexível, contendo algumas questões abertas, oportunamente desdobradas em novas perguntas, a partir do conteúdo emergente nas falas dos entrevistados. Os trabalhadores foram convidados a participar e, posteriormente entrevistados, no próprio local de trabalho. As entrevistas com trabalhadores – 18 no total – tiveram, em média, a duração de 30 min. As transcrições foram realizadas sob supervisão das próprias pesquisadoras, logo após a obtenção do material empírico.

Após a transcrição, o material empírico foi submetido à leitura transversal e horizontal, de maneira a permitir a impregnação pelo significado do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos *temas centrais* e *dimensões* presentes nas narrativas e que constituem os *eixos de significação* da análise empreendida, conforme se propõe na abordagem de *análise temática* (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009).

Esse processo tem início com a compilação das informações ou categorias por temas, tomando-se o cuidado para que todas as manifestações sobre os temas encontrados tenham sido incluídas. Desse estágio inicial, de caráter mais descritivo, passamos à análise de interconexões entre os temas e dimensões e, então, ao processo de interpretação dos sentidos dos discursos, ou seja, à etapa

hermenêutica, com vistas à construção da rede de significados. Neste estudo, os temas emergiram do material discursivo obtido durante o trabalho de campo.

## **Resultados e Discussão**

O recurso de exposição adotado para a exposição dos resultados consiste na apresentação das falas mais evocativas, as quais se reiteram na quase totalidade dos relatos. Os referidos discursos aparecem codificados conforme o grupo ao qual pertence seu autor. Nesse sentido, foram utilizados os seguintes códigos: E=enfermeiro; M=médico; ACS=agente comunitário de saúde.

Entre os médicos entrevistados, identificamos falas de adesão e identificação com o trabalho em saúde da família.

...eu acho que me amplia, me dá mais perspectivas a respeito das dificuldades e atuar numa comunidade cadastrada e também influenciar numa área ou bairro, eu acho muito interessante isso, muito proveitoso e muito frutífero.(M3)

Pra mim é muito gratificante, [...] eu posso me doar aos pacientes e termino aprendendo muito com eles. Quer dizer: isso termina sendo uma troca, as diferenças de vida que a gente sempre adquire... (M6)

As falas insinuam uma possível mudança na percepção entre os profissionais, em contraposição à falta de adesão profissional tão comum entre médicos atuantes na atenção básica, já que, tradicionalmente, esse nível de atenção em saúde tem sido considerado um patamar ou degrau para a ascensão profissional, de caráter provisório, em comparação à atuação em outras frentes.

...as pessoas sempre pensavam no PSF como uma passagem, um trampolim pra outros objetivos e essa visão está começando a mudar... (M2b)

Tal mudança, ainda que visível, não significa a superação da situação anteriormente comentada, mas um processo de transição em andamento.

...a maioria dos médicos vem pra cá por motivo simples: foi mais bem pago, vai ser mais bem pago vindo pra regional. Área de risco como a nossa ainda paga melhor. Então, provavelmente a grande motivação dos médicos escolherem esse posto (é): ou por habitação próxima, que alguns moram bem próximo daqui; ou por dinheiro... (M5)

Entre os enfermeiros entrevistados, as falas de realização com o trabalho em saúde da família são recorrentes. É interessante observar como a possibilidade de *ajudar o outro* tem importante participação nesse processo.

Eu já sai da faculdade sabendo que eu queria isso, porque sempre foi uma paixão, assim, a saúde pública [...]. Eu adoro trabalhar com saúde pública, **adoro ajudar as pessoas**, pra mim é um trabalho gratificante. (E1)

PSF é minha paixão e acho que, pelo primeiro local que eu trabalhei, aí que eu fiquei mais apaixonada mesmo, porque realmente **você se interessa em ajudar as pessoas**, melhorar a situação, oferecer informações pra quem quer tem problemas maiores... (E3)

A recorrência do termo *ajuda* denota a ambivalência do papel do enfermeiro, pois, em muitos casos, significa aceitação da subordinação técnica e assunção de tarefas 'manuais'. Sem desconsiderar essa via, julgamos oportuno assinalar a forte identificação com a *ajuda ao outro* (*outro* que se faz presente no plano discursivo ou aparente), no exercício da enfermagem.

E, dada a indissociabilidade desse termo com a noção de cuidado, cabe defini-lo como "...um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente 'uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquire nas diversas situações em que se as reclama'" (AYRES, 2006: 55).

Identidade e responsabilidade seriam, assim, elementos inerentes ao *cuidar* (LÉVINAS, 2005): “O encontro com Outrem é imediatamente minha responsabilidade por ele”.

A fala a seguir é ilustrativa dessa estreita imbricação entre responsabilidade e cuidado:

Cuidar do outro é você pensar o que você pode proporcionar de melhor dentro das suas limitações. Pronto, acho que é exatamente isso. O que você pode proporcionar de melhor, seja o atendimento, seja uma conversa, seja uma medicação dentro das suas limitações, dentro da sua realidade, é você dar aquela atenção ao outro dentro das suas limitações (E2).

Boff (1999), para quem o *cuidado* constitui elemento atribuidor de sentido à existência humana, corrobora esse raciocínio e atribui ao *cuidado* um significado ainda mais transcendente se comparada à noção de um simples ato ou virtude. Assim, cuidar do outro consistiria em dar ou dedicar, *ao outro*, algo de si; e essa relação seria responsável por atribuir significado à existência humana.

“Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a *essência humana* não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente *no cuidado*. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado se encontra o *ethos* fundamental do humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir” [Grifos nossos] (Boff, 2009).

Em outros termos, o *cuidado*, assim como o *trabalho*, constitui “um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas” (Boff, 1999: 92).

Esse modo-de-ser cuidado, considerado a essência do ser humano, não se coloca em oposição ao modo-de-ser trabalho, embora dele se diferencie, visto que se sustenta pela relação de convivência sujeito-sujeito com a natureza e entre os

seres humanos. Portanto, o cuidado, na visão de Boff (1999), é sistêmico (Scholze et al., 2009).

Avançando a discussão em direção à relação que se estabelece entre trabalhadores e usuários, reconhece-se, nestes últimos, o sentido da existência das práticas profissionais, ou, em outros termos, o elemento definidor de sua identidade:

Então, eu vejo o usuário como um ser humano que está ali pedindo uma ajuda e que necessita da gente como se fosse um ponto de apoio, um porto seguro e como parte integrante no cotidiano do meu trabalho, porque **sem ele eu não estaria aqui, não teria sentido a minha vida profissional**, eu sempre olho com essa visão (M2b).

...o usuário ele é a fonte de todo, é a base de todo trabalho da gente (E3)

.... é a pessoa mais importante do posto porque **sem ele eu não estava aqui**, eu tinha que me formar pra cuidar de quem? Da pessoa mais importante do posto, da unidade: é o usuário! (E6)

Quando eu me vi fora desse trabalho eu fiquei perdida, eu disse assim: e agora? Pra (onde) é que eu vou e o que eu vou fazer? E você sente falta, eu senti falta deles e fiquei preocupada com eles: o que estava acontecendo? (ACS5)

Analisadas à luz da *alteridade* em Lévinas (2005), para quem o essencial da consciência humana é a responsabilidade que se tem para com o outro, as contribuições de Boff e Ayres nos levam a afirmar que a **relação com o outro** é o que confere ou atribui sentido à existência humana, no que concerne ao estabelecimento de uma identificação, ou seja, de uma identidade. Como defende Pelisolli (2003: 253), o *eu* se constitui somente a partir do *outro*: “a consciência do eu que se afirma, idêntico a si em meio ao diverso da alteridade”.

Corroborando esse raciocínio, Godoy e Bosi (2007, p. 296) identificam a alteridade em Lévinas incondicionalmente associada à noção de responsabilização:

O Outro é exterioridade, uma alteridade sempre outra, que não pode ser absorvida, reduzida, totalizada, interiorizada, representada pelo “mesmo”. O Outro é o que excede e vai além do “mesmo”, que remete para o Infinito. O

Outro incita o *mim-mesmo* à “responsabilidade”, que é o cerne da ética levinasiana. A “responsabilidade” pelo Outro é ilimitada, absoluta e ultrapassa a própria liberdade do *mim-mesmo*. Para essa responsabilidade absoluta não interessa a contrapartida do outro - nesse sentido, a relação é desinteressada.

Sena et al (2008: 23) analisaram as percepções acerca do cuidado entre enfermeiros e concluíram “que a compreensão do cuidado (...) deve ser construída com base na flexibilidade, intersubjetividade, reconhecimento dos valores do ser humano e **reconhecimento do outro como um ser diferente**” [grifo nosso], em uma perspectiva muito semelhante à que ora postulamos.

### **O inverso do sentido: o acolhimento pela (e não para a) população**

O acolhimento constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, traduzindo-se, no âmbito das práticas, em escuta qualificada, em responsabilização e na emissão de respostas adequadas às demandas e expectativas da população usuária (Scholze et al., 2009).

Nesse domínio, observamos novamente a relação *mesmo-outro*, expressa na valoração do vínculo, por parte de enfermeiros e ACS, como critério e condição para o seu sucesso no trabalho, o que, em outros termos, significaria “ser aceito” pela população – *ou ser aceito pelo outro* – imagem-objeto da função.

Na minha comunidade, eu tenho assim uma liberdade muito grande, *apesar de ter algumas dificuldades no posto de saúde*, mas assim, em relação à comunidade, **eu sou bem aceita na minha comunidade**. (ACS1)

É ótima porque também eu moro aqui no bairro e a maioria das pessoas me conhecem. (Sou) **muito bem aceita**. (ACS3)

Fiz o concurso e continuei com a minha comunidade e **continuo aceita com minha comunidade**, eles já me conhecem, eu chego aqui e eles pegam na minha mão como se fosse uma pessoa da minha família... (E5)

De forma alinhada à necessidade de aceitação, a *proximidade que se estabelece junto à população*, bem como a consciência da importância assumida individualmente nesse processo parecem também exercer forte influência na constituição do sentimento de identificação e realização com o trabalho.

Ah eu me sinto realizada, porque é como eu disse: eu gosto desse meu trabalho, eu gosto de ser agente de saúde, **onde eu possa estar sempre também com a comunidade** aprendendo, então eu acho que é muito importante esse trabalho de agente de saúde (ACS1).

É trabalhar com comunidade, é ver as dificuldades, é ouvir as pessoas, **é estar perto**, é sentir o drama porque infelizmente a saúde é mais uma necessidade que elas precisam. Mas você tá perto ouvindo, tentando ajudar de alguma forma, tentando procurar, então eu acho que isso é gratificante (ACS2).

Você tem a **necessidade de estar ali com aquele pessoal**, de estar envolvida com eles no problema, ou na alegria, ou na tristeza (ACS5).

Ronzani, Silva (2008), em investigação empreendida junto a trabalhadores da ESF, identificaram a proximidade com a população entre os aspectos que exerceriam influência para que os mesmos quisessem continuar trabalhando na atenção básica. Percebe-se, assim, que a satisfação com a ocupação profissional aparece condicionada ao estabelecimento de um laço afetivo partilhado com a população assistida, que chega a ser descrito por esses atores como uma *necessidade de estar próximo*. Interrogamos, portanto, qual o motivo que conduziria a tal sentimento, no exercício de uma função profissional. O excerto abaixo nos sugere, como resposta, a valorização desses indivíduos pela população.

**Eu me sinto importante pra eles. Pra mim mesmo eu nem sinto muito grande valor [...].** Pra mim, como pessoa, pra mim, eu acho gratificante quando você gosta de ser agente de saúde. Pode perguntar pra todo mundo. É gratificante (ACS5).

Em outras palavras, nessa função social – e talvez isso não se repita em outras instâncias de sua vida – eles são considerados úteis e importantes. Por isso, sugerimos que, destituídos de um saber e de um fazer que possam lhe conferir uma identidade, já que o exercício da função prescinde de formação específica, os ACS vislumbram, no acolhimento manifesto pela população usuária, o seu lugar no mundo – ou sua identidade – e o grau de sucesso obtido em seu trabalho.

Não encontramos idêntica situação entre médicos, muito embora já tenhamos feito alusão à importância dada por esse grupo ao bom entrosamento com a população. Entender os motivos dessa diferença nos demanda uma análise criteriosa sobre determinadas premissas, a saber: as desigualdades econômicas resultantes da diferenciada inserção social desses segmentos; as relações de poder que então se estabelecem entre as corporações de trabalhadores (Freidson, 1970); e, não menos importantes, os símbolos culturais (Bourdieu, 2000) – em sua maioria, prestigiosos – atrelados ao exercício profissional da Medicina.

Boff (1999, p. 94) reconhece também no trabalho, juntamente com o cuidado, outro *modo de ser-no-mundo*. Por meio de inter-ação e intervenção, o homem se apropria da e transforma a natureza: “a lógica do ser-no-mundo no modo do trabalho configura o situar-se *sobre* as coisas para dominá-las e colocá-las a serviço dos interesses pessoais e coletivos”.

Unindo as contribuições teóricas mencionadas neste tópico, afirmamos que a relação do trabalhador da saúde, em especial enfermeiros e ACSs, com o usuário dos serviços consiste, duplamente – porque cuidado e porque trabalho – em uma *relação atribuidora de sentido à sua existência profissional e até mesmo pessoal*. E, embora essa constatação não se manifeste conscientemente – ou plenamente – em

suas falas, sua presença é inegável, aclarando, por conseguinte, a importância atribuída ao usuário – esse outro – em seus depoimentos.

### **Ressignificando a Saúde da Família**

As narrativas que seguem, de ACS e enfermeiros, ao mesmo tempo em que reforçam a expectativa em relação ao acolhimento do e pelo outro, desvelam outro sentido da Estratégia *Saúde da Família*:

Em termos de responsabilidade eu me sinto assim, **é como se aquela família fosse também a minha família...** (E5)

Às vezes a comunidade está passando por problema, a mãezinha, o pai, a família e a gente chega a gente dá uma palavra, a gente conversa com ele, então **eles têm eu como assim uma pessoa da família...**(ACS1)

... e a gente acaba participando e **é como se fosse mais um membro da família** (ACS2)

... porque **a gente se apega tanto que já faz parte da vida da gente**. Quando morre a gente sofre muito, eu sei que eu choro porque **pra mim já é a minha família**, já faz parte de mim, então o meu convívio é isso com as famílias (ACS4).

No início é muito formal, mas como já ta com seis anos **eles me tratam até mesmo como uma pessoa da família** (ACS5).

Essa situação também foi encontrada na investigação realizada por Albuquerque e Bosi (2009) e descrita como expressão do cuidado na minimização da solidão, onde o trabalhador assume a posição de um *membro da família*.

Cabe, por conseguinte, discutir os sentidos de *família*. Em suas raízes, a configuração familiar brasileira, em sua estrutura chamada de *extensa*, abrigava não apenas indivíduos com laços consangüíneos. Os chamados laços de parentesco, no início do século XIX, acolhiam em um mesmo núcleo familiar, indivíduos com relações religiosas e sentimentais, como afilhados e agregados (Archanjo, 2007).

Conforme nos aponta a autora supracitada, desde a década de 1960 a sociedade vem incorporando o modelo de “família contemporânea ou pós-moderna”, em que o convívio familiar perde espaço para a privacidade e o individualismo de cada um de seus membros. Essa separação pela busca de autonomia extrapola a divisão do espaço físico do domicílio – lugar em que se materializa por meio de quartos individuais – e se legitima fora de casa, junto a grupos que compartilham de uma identidade comum.

O verbete *família* admite inúmeras definições, dentre as quais atribuímos destaque: “grupo de indivíduos que professam o mesmo credo, têm os mesmos interesses, a mesma profissão, são do mesmo lugar de origem, etc”. E o vocábulo *familiar*, por seu turno, é definido como o “que se conhece por haver visto, praticado, estudado, etc., muitas vezes”; ou “íntimo” (Novo Dicionário Aurélio. Disponível em <http://universitario.educacional.com.br/dicionarioaurelio/>. Acesso em 20.04.2009).

Não obstante, destacamos a acepção de Miotto (2001 apud Ribeiro, 2004: 661) acerca de família como “[...] lugar de busca de condições materiais de vida, de **pertencimento na sociedade** e de **construção da identidade**” (grifo nosso), a partir da qual desvelamos a complexa teia de relações que envolve a ESF: a aceitação pelo *outro* significa o pertencimento a um grupo estabelecido em torno da semelhança, em que os integrantes se reconhecem como iguais ou familiares – daí, a noção de família.

À diferença de qualquer outro ente, minha existência, segundo o pensamento heideggeriano, é algo peculiar, tem a liberdade de assumir a responsabilidade de ser si mesmo, e portanto o “ser aí da família” tem a possibilidade de decidir a adoção de um modo próprio/autêntico, ou impróprio/inautêntico de relacionar-se. Isso significaria que a família, por seus membros, tem a possibilidade de decidir como ser de acordo com as circunstâncias que tem de viver a cada dia; resolvendo-se segundo seu próprio mundo de significados, a possibilidade de ser ela mesma, embora em outras pareça ser, vale dizer, mostra-se como o que não é em si mesma. Ou porque ela busca

essa possibilidade, ou porque está nela, ou porque chega a ela (Delgado, 2005, p. 86).

Dessa reflexão constatamos que, no âmbito da ESF, a família assume um significado muito maior do que aquele atribuído pelos textos oficiais, em que aparece circunscrita ao papel nucleador da abordagem técnica na assistência à saúde. A ESF, espaço que preside uma maior proximidade interpessoal com criação de vínculos entre técnicos e usuários suscita, nos trabalhadores da saúde, a busca pela afirmação de identidades pessoais e profissionais.

Nesse contexto, *família* não se restringiria ao domínio da organização parental ou domiciliar dos usuários e nem tampouco à organização das práticas como foco da assistência. Ressignificada, essa estratégia de atenção vem se constituindo em um espaço que, pela aproximação, torna trabalhadores e usuários membros de uma mesma família, integrantes de uma nucleação onde o estranhamento produzido pela presença do *outro* vai se diluindo, à medida que os atores implicados no cuidado – trabalhadores e usuários – desenvolvem seus próprios códigos e, assim, vão se transformando em familiares, em semelhantes.

Os trechos abaixo expõem uma curiosa situação no interior do Programa Saúde da Família, que leva esse nome pelo trabalho dirigido à família como núcleo da abordagem em saúde, já que indivíduos pertencentes a diferentes grupos, como usuários e trabalhadores, podem se considerar partes de uma mesma família.

Você tem mais motivação de fazer sempre o melhor, sabendo que você está sendo aceita, reconhecida. É muito bom (E1).

Novamente recuperamos a discussão acerca do acolhimento para colocar em relevo a as expectativas, também por parte dos profissionais, em serem acolhidos

(ou aceitos) pela população, o que expõe uma reveladora e paradoxal situação ao nos aproximarmos da ESF, já que o acolhimento tem sido tratado como um movimento invariavelmente unidirecional, ou seja, sempre é a população que merece/precisa/deve ser acolhida pela equipe. No entanto, evidencia-se, entre trabalhadores, o desejo e expectativa pelo acolhimento da população.

### **Considerações Finais**

Conforme procuramos demonstrar em nossa análise acerca da ESF, os trabalhadores entrevistados não apenas *reconhecem o outro* – usuário – como atribuidor de sentido à sua existência profissional, como também *se reconhecem* nesse outro, mediante a aceitação e a aproximação, a ponto de o diferente – esse outro – se tornar semelhante, familiar – o mesmo.

Cuidado e trabalho se fundem e, portanto, se potencializam na constituição de sentidos profissionais e existenciais. O usuário, na condição de sujeito-alvo do cuidado em saúde, é reconhecido como razão da existência profissional desses trabalhadores, o que, por seu turno, determina a atribuição de sentido existencial de cada um. Esse pressuposto reforçaria também o caráter determinante da aceitação pelo *outro* na afirmação identitária – o *eu* – influenciando diretamente a motivação para o trabalho em saúde e apontando uma nova possibilidade de significado para o acolhimento, não mais unilateral, mas uma via de duplo sentido.

Os depoimentos apresentados reforçam nossa tese acerca da abrangência do significado de *família* no interior da ESF, que em muito transcende a função de núcleo de abordagem na assistência. Ou seja, as pessoas podem se tornar, nesse

processo intersubjetivo que envolve o cuidado, familiares, próximas e, até mesmo, semelhantes.

Identificamos, nesse estudo, a re-significação da Estratégia Saúde da Família como campo de práticas que confere visibilidade à necessidade de trabalhadores e usuários se sentirem acolhidos, como em um grande agrupamento familiar, onde se busca a superação do que é estranho – o *outro* – pelo que é semelhante, familiar – o *mesmo*.

## Referências

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.

ARCHANJO, D. R. Família e saúde: uma abordagem histórica. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L (orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2007. p. 23-47.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas em saúde. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados de saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-83.

BOFF, L. **O tamagochi e o cuidado**. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boff/boff\\_cuidar1.html](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boff/boff_cuidar1.html)>. Acesso em: 29/03/2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CARVALHO, L. B.; FREIRE, J. C.; BOSI, M. L. M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.3 [citado 2010-08-18], pp. 849-865. Disponível em: <

73312009000300017&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-7331. doi: 10.1590/S0103-73312009000300017.

COYNE, I.T. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, p. 623–630, 1997.

DELGADO, J. A. Que é o “ser da família”? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n. esp., p.86-94, 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006, p. 15-42.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007.

FRAIZ I.C. Saúde e sociedade. In: In: ARCHANJO, D.R.; ARCHANJO, L.R.; SILVA, L.L. (Orgs.) **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ed. IBPEX, 2007, p. 49-74.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E, et al. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 37-54.

FREIDSON E. *The profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead and Company, 1970.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A Alteridade no Discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira face à Ética Radical de Lévinas. **Physis**, v.17, n.2, p.289-299, 2007.

LEVINÁS, E. **Entre nós**: ensaios sobre a alteridade. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1998.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.567-571.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. 2.ed. Newbury Park: Sage, 1987.

PELIZZOLI, M. L. Sujeito: paixão e pathos. In: TIMM, R. S. et al. (orgs.). **Éticas em diálogo**. 1.ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2003. v.1, p.251-268.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais da saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. (orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad.: Ananyr Porto Fajado. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 87-99.

SADALA, M. L. A. A alteridade: o outro como critério. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 1999 Dez [citado 2010 Ago 18]; 33(4): 355-357. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341999000400005&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000400005&lng=pt). doi: 10.1590/S0080-62341999000400005.

SENA, R. R. et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.12, n.24, p.23-34, jan./mar. 2008.

SCHWANDT, T. A. **The sage dictionary of qualitative inquiry**. Califórnia, E.U.A., 2007.

SCHOLZE, A.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

TESCH, R. Qualitative research: analysis, type & software tools. New York: The Falmer Press, 1995.

TRIVIÑOS A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.

## ANEXOS

## ANEXO A

---

*Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade  
Evangélica Beneficente de Curitiba*

*Rua: Padre Anchieta, 2770  
80730-000 Curitiba - PR  
Fone: 41 2405612  
Fax: 41 2405517*

---

Curitiba, 17 de dezembro de 2004.

Ilma Sra.  
**Katia Yumi Uchimura**

Prezada colega,

Através do presente, comunicamos a V. Sa que em reunião ordinária de 16 de dezembro de 2004, foi aprovado o projeto de pesquisa intitulado **INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE COMPARATIVA INTER-REGIONAL**", protocolado neste comitê com o número 2771/2004.

Prevê a legislação que toda a documentação dos projetos poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento, bem como cópias dos termos de consentimento livre e esclarecido dos entrevistados eventualmente envolvidos.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatório previsto para: **16.06.2005**

Sendo o que havia para o momento, subscrevemo-nos.



**Dra. Carmen Paredes Marcondes Ribas**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba