

Práticas integras na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa

Comprehensive practice in family health strategy in Brazil: the everyday work of the team
Prácticas integrales en la estrategia de salud familiar en Brasil: la cotidianidad del trabajo en equipo

Selma Maria da Fonseca Viegas*
Cláudia Maria de Mattos Penna**

Resumo

Estudo qualitativo, delineado pela estratégia de pesquisa Estudo de Casos Múltiplos Holísticos, fundamentado na Sociologia Compreensiva do cotidiano originado de uma tese de doutoramento. Objetivou compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano de equipas da Estratégia Saúde da Família e de gestores municipais. Os sujeitos foram 48 trabalhadores de sete equipas destacadas em seis Unidades Básicas de Saúde, as de apoio e os gestores dos municípios de Datas, Gouveia e Diamantina, localizadas no Vale do Jequitinhonha, região do Estado de Minas Gerais, Brasil. Os resultados apresentam que apesar da interdisciplinaridade nas ações da equipa não ser ainda uma prática quotidiano, os profissionais reconhecem que necessitam da atuação e articulação com outros profissionais. Assim, apesar da necessidade de uma maior interação, conclui-se que há a percepção por parte dos trabalhadores que o trabalho em equipa torna possível potencializar as ações quotidianas em saúde, com vistas à sua atenção integral à saúde.

Palavras-chave: assistência integral à saúde; programa saúde da família; trabalho; equipa de assistência ao paciente.

Abstract

This is a qualitative study defined by the search strategy Holistic Multiple Case Study based on the Comprehensive Sociology of Everyday Life and originated from a doctoral thesis. The aim was to understand the construction of comprehensive health practices in the everyday work of Family Health Strategy teams and municipal managers. The subjects were 48 workers in seven teams in six Basic Health Units, the support staff and the managers of Datas, Gouveia and Diamantina, located in Vale do Jequitinhonha, in Minas Gerais, Brazil. The results show that despite the actions of the interdisciplinary team is not an everyday practice yet, the professionals recognize the need to act and articulate with other professionals. Thus, despite the need for greater interaction, it is concluded that there is a perception by workers that teamwork makes it possible to enhance everyday actions in health, with a view to delivering comprehensive health care.

Keywords: comprehensive health care; family health program; work; patient care team.

* Enfermeira. Docente Adjunto, Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) [selmamfv@yahoo.com.br].

** Enfermeira. Docente Associado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMG. Doutora em Filosofia da Enfermagem, UFSC. Pós-doutorado em Ciências Sociais, Université René Descartes, Paris V, Sorbonne [cmpenna@enf.ufmg.br].

Resumen

Se trata de un estudio cualitativo, delineado por la estrategia de búsqueda estudio de casos múltiples holísticos, basado en la Sociología comprensiva de la vida cotidiana y que tuvo su origen en una tesis doctoral. Su objetivo fue comprender la construcción de prácticas integrales de salud en el trabajo diario de los equipos de la Estrategia de Salud Familiar y los gestores municipales. Los sujetos fueron 48 trabajadores de siete equipos pertenecientes a seis Unidades Básicas de Salud, aquellos de apoyo y los gestores de los municipios de Datas, Gouveia y Diamantina, situados en el Vale de Jequitinhonha, en el Estado de Minas Gerais, Brasil. Los resultados muestran que, a pesar de que la interdisciplinariedad en las acciones del equipo no es todavía una práctica cotidiana, los profesionales reconocen la necesidad del actuar y coordinarse con otros profesionales. Por lo tanto, a pesar de que se necesita una mayor interacción, se concluye que existe una percepción por parte de los trabajadores de que el trabajo en equipo hace posible la mejora de las acciones cotidianas relacionadas con la salud, con vistas a que se atiendan de manera integral.

Palabras clave: atención integral para la salud; programa de salud familiar; trabajo; grupo de atención al paciente.

Recebido para publicação em: 06.06.12

Aceite para publicação em: 25.04.13

Introdução

Ao considerar que a organização e a reorganização dos saberes e das práticas em saúde são constituídas em um movimento histórico e ideológico, promotor de determinadas práticas e reprodutor de determinados saberes, este artigo surgiu do reconhecimento de que os atos e as atitudes dos profissionais de saúde não são apenas um conjunto articulado de técnicas neutras, mas sim fruto de um processo de trabalho histórico, político e ideológico. Portanto, refletem concepções relacionadas aos binômios cliente-profissional e saúde-doença que trazem questões vertentes e contextos que têm contribuído para caminhar no sentido de operar mudanças. Atualmente, no Brasil, tais mudanças ocorrem em direção à implementação e qualificação das práticas em saúde com vistas a sustentar uma assistência fundamentada nos princípios de universalidade do acesso aos serviços, a integralidade da assistência à saúde e a equidade no atendimento à população, que são constituintes da atual política nacional, denominada de Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS está definido na Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/1990 como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde, garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (Brasil. Presidência da República, 1990, Art. 4º, parágrafos 1º e 2º).

A criação do SUS objetivou alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, oferecendo serviços na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil. Senado Federal, 1988, Art. 198).

A política de saúde pública brasileira, desenvolvida ao longo dos anos 90 do século XX, apresentou, como principal característica, a ênfase na Atenção

Primária à Saúde (APS) entre o conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelo SUS. A implementação da proposta da APS deu-se com a operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 1994, que orienta a reorganização da lógica assistencial do SUS, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, iniciada em 1991, com enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não apenas no indivíduo.

A ESF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela num determinado território e a existência de equipa multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com turnos de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, 2006). Essa equipa passa a ser referência para os utentes e é dada à ESF a missão de mudar o modelo assistencial de saúde, o modelo biomédico, ainda praticado. Segundo Franco e Merhy (2007), essa mudança deve caracterizar-se quando se tiver um modelo centrado no utente. Uma vez que, apenas por modificação da estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os utentes seja também realizada sob novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais negociados e comprometidos com os clientes e com os seus cuidados e processo de tratamento.

Portanto, na “busca de reversão das dificuldades de acesso aos cuidados em saúde, os municípios brasileiros investiram na implantação da ESF, que se disseminou e resgatou, para a sociedade e para os sistemas locais de saúde, a figura da equipa de Saúde da Família e da comunidade” (Viegas e Penna, 2009, p. 3).

A proposta de um modelo de atenção na ESF no Brasil, centrado na qualidade de vida das pessoas e na relação das equipas de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar, deve pautar-se em ações interdisciplinares organizadas num território definido, em busca da melhoria das condições de vida e

saúde da população. Porém, na prática, essa Estratégia ainda não conseguiu alcançar os seus objetivos na APS, pois a assistência ainda se fundamenta no modelo biomédico, com enfoque na doença e com atenção fragmentada. Entendemos que a construção da integralidade depende das políticas formuladas, da organização do Sistema para sua implementação, das ações integradas em saúde, mas também do reconhecimento, por parte do profissional, de que a atenção à saúde deve ser sujeito-centrada.

Para um modelo assistencial centrado no utente propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por ações integrais em saúde, no qual o ser humano é visto como um ser completo, entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita, às equipas da ESF, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão para além de práticas curativas. A produção do cuidado dá-se em ações de acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade. A prática cuidadora fundamenta-se na monitorização e na articulação das diversas intervenções em saúde por meio do acompanhamento do cliente pela rede de serviços.

Na Constituição Brasileira de 1988, no seu artigo 198, a integralidade foi contemplada como diretriz da assistência à saúde, no seu inciso II, primando o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil. Senado Federal, 1988).

Pressupõe, também, a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade – a inserção social – visto que, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do SUS com a qualidade da atenção e do cuidado. Ela implica, além da articulação e da sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento e de seus sintomas para o acolhimento da história do sujeito, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando as suas especificidades e as suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, 2006).

No entanto, “sem mudanças nos pressupostos e paradigmas a nortearem o modelo assistencial brasileiro, não se pode esperar resposta satisfatória aos problemas que se apresentam no dia a dia da interação da população com os serviços de saúde. Para que as ações de saúde atendam ao princípio de integralidade mediante a demanda de serviços dessa população, implica uma assimilação deste princípio em prol da reorientação do modelo assistencial: integral, humanizado e compromissado” (Viegas e Penna, 2009, p. 14).

Assim, tentar compreender a integralidade no âmbito das práticas em saúde torna-se importante, uma vez que estamos tratando do indivíduo e do coletivo e tentar submetê-los numa determinada teoria/ideologia seria limitar, e até mesmo impedir, o aparecimento de novas formas de se fazer e cuidar em saúde. Daí a importância de se reconhecerem as práticas que possam contemplar o fenómeno integralidade em suas diferentes nuances e captar esse processo como elaborador de conhecimento no fazer em saúde.

O objetivo do estudo foi compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho quotidiano das equipas de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.

Metodologia

O estudo é de abordagem qualitativa, delineada pela estratégia de pesquisa Estudo de Casos Múltiplos Holísticos, fundamentado na Sociologia Compreensiva do quotidiano originado de uma tese de doutoramento (Viegas, 2010).

Considerando que é no plano das práticas quotidianas, de profissionais da ESF, da equipa de apoio e de gestores, que se dá a construção da integralidade com as suas várias interpretações, fez-se a opção de lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do quotidiano, fundamentado em Michel Maffesoli sobre o objeto de estudo, para compreender a integralidade por meio da pluralidade de visões e experiências no quotidiano de trabalho dos profissionais. Para o autor “a sociedade não é apenas um sistema mecânico de relações económico-políticas ou sociais, mas um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social” (Maffesoli, 1996, p. 73).

A sociologia compreensiva ocupa-se em descrever “o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir as visões dos diferentes atores envolvidos” (Maffesoli, 1988, p. 25). É adequada para descrever os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana, formada pelo sujeito e pelas suas interações.

A necessidade de se utilizar a estratégia de pesquisa estudo de caso nasceu do desejo de se compreender um fenômeno social complexo: a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios situados no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais (MG), Brasil.

O Brasil é uma República Federativa Constitucional Presidencialista, constituída por 26 Estados, um Distrito Federal e 5.565 Municípios. Os municípios incluídos no estudo são Diamantina (46.212 habitantes), Gouveia (11.915 habitantes) e Datas (5.418 habitantes) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008). Essas cidades distam no máximo 30 Km entre si, sendo que Diamantina, Patrimônio Cultural da Humanidade, localiza-se a 292 Km da capital de Minas Gerais, Belo Horizonte.

O Vale do Jequitinhonha situa-se na região nordeste do estado de Minas Gerais. O Vale é assim chamado devido ao rio com o mesmo nome, que tem a sua nascente e maior extensão no Estado, e segue em direção ao Estado da Bahia, para desaguar no Oceano Atlântico. O índice de pobreza da região é elevado, ocasionando êxodo rural para os grandes centros urbanos e um esvaziamento demográfico persistente. Tem sido caracterizada, em vários estudos, como região deprimida, onde os índices de pobreza, miséria, desnutrição, mortalidade, analfabetismo, desemprego e infra-estrutura sócio-econômica imperam desfavoravelmente em grande parte dos municípios (Penna, 2007).

A proposta foi realizar um estudo de caso individual em cada um dos Municípios, constituindo-se um estudo de casos múltiplos. A pesquisa abarca sete equipes de Saúde da Família destacadas em seis Unidades Básicas de Saúde, as equipes de apoio e os gestores municipais. Dessa forma, por o estudo incluir três municípios e várias equipes da ESF como cenários, configura-se casos múltiplos holísticos, como unidade única de análise. Isto é, cada caso em particular consiste num estudo completo, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes

com respeito aos fatos e às conclusões para o caso (Yin, 2005).

Fundamentando-se nas evidências resultantes de estudos de casos múltiplos em que é possível usar a replicação literal, e as “conclusões analíticas que independentemente surgiram dos três casos são mais contundentes do que aquelas que surgem apenas de um caso” e pode-se chegar, neste estudo, a “conclusões comuns a partir de ambos os casos, estendendo de forma incomensurável a capacidade externa de generalização das descobertas no estudo” (Yin, 2005, p. 75).

A pesquisa de campo, durante um período de oito meses, teve por base um levantamento de dados primários por meio de observação direta e entrevistas individuais baseadas nas seguintes questões norteadoras: 1- “Fale-me da sua prática cotidiana na Estratégia Saúde da Família”; 2- “O que compreende por integralidade em saúde?”; 3- “Como percebe o desenvolvimento da integralidade nas ações da equipe de trabalho?”; 4- “deseja acrescentar algo?” (Espaço aberto para o informante). A observação foi utilizada como entrada no campo de pesquisa. Foi realizada em ambiente de trabalho do participante – Unidade de Saúde, domicílio, comunidade. O registro dessas observações foi feito num diário de campo elaborado após cada período de observação, identificada como notas de observação (NO). A observação foi de natureza descritiva, focalizando o objeto de estudo proposto. Os três casos foram conduzidos sucessivamente no período da observação e simultaneamente no momento das entrevistas.

Os sujeitos desta pesquisa foram trabalhadores das equipes da ESF e das equipes de apoio, entre médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, fisioterapeuta e os gestores de cada município – secretários de saúde com acumulação de função de gestão, cujas participações foram voluntárias, num total de 48 participantes. Como critério de inclusão, estabeleceu-se uma atuação de, no mínimo, um ano na função/cargo de trabalho. Segundo o critério da pesquisa qualitativa, o número de inquiridos não foi indicado *a priori*. No total, eram 76 profissionais: membros das equipes ESF incluídas e alguns profissionais de apoio que atendiam aos critérios de inclusão, mais os gestores dos municípios. Porém, os dados da observação apresentaram-se suficientes no 48º

sujeito acompanhado e no 35º sujeito entrevistado, determinando assim o encerramento da coleta de dados.

A análise de dados foi feita com base no referencial de Bardin (2008), utilizando-se a técnica do emprego da Análise de Conteúdo Temática, ou seja, uma análise dos significados. As fases da análise foram: a) A preparação do material: o registo das notas de campo e a transcrição das 35 entrevistas; b) A leitura fluente e globalizada dos dados; c) A exploração do material por meio da codificação, efetuada por “recorte do texto em suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação do significado das partes em relação com o todo, permitindo atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão” (Bardin, 2008, p. 129). Em seguida, pela categorização – que é uma operação de classificação de categorias, as quais reúnem um grupo de unidades de registo sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão das características comuns destes elementos. Neste estudo, o critério de categorização foi o semântico, ou seja, a significação; d) O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação foram processados conforme o objetivo previsto e a discussão com a literatura existente. Após uma interpretação descritiva dos casos individuais, foram identificadas as linhas convergentes ou contrárias, ou seja, resultados similares ou contraditórios e, a partir dessas evidências, procedeu-se à análise dos casos múltiplos ou comparativos (Yin, 2005), para considerações finais pertinentes, como conclusão do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução Brasileira do Conselho Nacional de Saúde Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Dessa forma, a coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerias (COEP UFMG), de acordo com o Parecer nº ETIC 142/08. O acesso ao campo de pesquisa foi obtido por meio de autorização dos prefeitos e secretários de saúde dos municípios para conduzir o estudo, além do consentimento livre e informado dos participantes. O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio da adoção de siglas enumeradas, referentes à primeira letra que identifica cada profissão, seguida pelo número, de ordem sequencial, de acordo com a equipa e profissional entrevistado.

Resultados e discussão

Os inquiridos, ao descreverem a sua prática quotidiana e o desenvolvimento, ou não, da integralidade nas ações da equipa de trabalho, contemplam, nas suas respostas, todas as atividades desenvolvidas, obedecendo à sua agenda profissional e às suas atribuições enquanto membros da equipa da ESF.

Desde 1994 a ESF vem vindo a expandir rapidamente a cobertura em saúde da população brasileira, e conseqüentemente a sua força de trabalho. Assim, demanda atenção, responsabilização e contribuições de várias naturezas e de atores e instituições, para que o trabalho em equipa possa ser constituído nessa estratégia.

Como eu vejo essa integralidade... com otimismo. Eu acho que tem altos e baixos, mais altos do que baixos. Eu acho que toda a equipa está integrada, procurando exercer as suas atividades. Tanto é que todos se entendem, convivem e trabalham com maior entusiasmo dentro da equipa (M₃). Eu percebo a prática da integralidade nas ações da equipa quando um paciente, por exemplo, não é um paciente da Dr^a M_p, é um paciente nosso... Isso é integralidade, e o que ela sabe do paciente eu sei, e os agentes comunitários também. Então a gente tenta resolver o problema juntas... Quando eu falei da integralidade no sentido da pessoa como um todo, na questão social aqui eu vejo muito, porque, não sei se é porque eu trabalho há onze anos, e a Dr^a M₁ há cinco, a gente conhece mesmo! (E₁)

O médico e a enfermeira percebem o exercício da integralidade nas atividades desenvolvidas com base no entendimento, convivência, entusiasmo, nas informações compartilhadas, já que o paciente é da equipa, afirmando o trabalho conjunto na atenção à pessoa e à sua família. A ESF promove a prática integral por aproximar a equipa da realidade das famílias.

No âmbito das ciências da saúde, várias são as discussões sobre como contribuir para novas formas de pensar e agir nos espaços de atenção à saúde, no sentido de efetivar a transformação de uma assistência focada na pessoa e não na doença. Para isso acontecer, o trabalho coletivo na ESF deve sustentar-se num conhecimento que inclui as determinações biopsicossociais de saúde-doença, numa forma de atender aos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Eu acho que a integralidade é bem desenvolvida, sim. Porque cada um tendo a sua função, os ACS têm a função de trazer dados para dentro da ESF. As auxiliares ajudam a gente a resolver muitos problemas, acompanham-nos na visita, tanto a enfermeira como as auxiliares, e estão ajudando a gente a prevenir e também a curar, entre aspas, muita coisa. A gente trabalha aqui realmente como uma equipa (ACS₇). É que cada um dentro das suas atribuições procura desenvolver melhor o trabalho para conseguir fazer com que a integralidade possa ocorrer (ACS₂). Os ACS, a enfermeira, auxiliar e técnico de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, médico, todos estão ali desenvolvendo o trabalho (ACS₂).

As ações integrais podem levar a equipa a refletir sobre como solucionar os problemas do ser humano, segundo o profissional, efetivando o trabalho em equipa como fator aditivo para alcançar a integralidade. Evidencia-se a ideia de que o estabelecimento de equipas multiprofissionais foi um dos elementos-chave para o desenvolvimento do trabalho com maior integração na Saúde da Família. Os resultados apresentam-nos essa integração no trabalho em equipa para lidar com a complexidade da atenção na ESF, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social.

Pode-se inferir que as atribuições ou as funções de cada um dos profissionais citadas complementam-se um nas palavras do outro: *a gente trabalha realmente como uma equipa (ACS₇); para conseguir fazer com que a integralidade possa ocorrer (ACS₂); eu acho que a integralidade dentro da equipa sempre pode refletir isso (TE₇); porque cada um tem sua função, mas se um deixar de fazer não é equipa (ACS₂).* Isso reflete-se na constatação de que não há integralidade nas ações sem o trabalho em equipa reafirmando o que Araújo e Rocha (2007, p. 456) dizem, “a importância do trabalho em equipa na ESF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde”.

Porém, a integralidade das ações na ESF deve construir-se em ações interdisciplinares com adesão dos profissionais da equipa de apoio mas, também, em ações intersetoriais:

A integralidade é derivada de cada setor, cada setor tem o seu objetivo, mas também das várias disciplinas. Então a fisioterapia tem um objetivo, mas é lógico que a gente tem que ter uma visão holística

das pessoas que estão sendo atendidas. Então o que a gente percebe é que essa integralidade acontece, ela é um quadro que vai crescendo gradativamente. Você usa os conhecimentos, o saber de cada um de acordo com as necessidades das pessoas (F₇).

Nesse cenário, a composição da equipa ESF com apoio dos outros profissionais não diz respeito apenas à incorporação de novos agentes na equipa mas sobretudo à procura da superação da fragmentação por meio de planeamento de ações interdisciplinares, mas que no quotidiano expressam-se em dificuldades para a concretização:

O fato de a gente hoje trabalhar numa equipa multiprofissional, a gente tem médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, bioquímico, então eu acho que essa equipa multiprofissional não está interligada, por exemplo, para uma discussão de caso para poder é... saber mais sobre aquele paciente que está ali sendo atendido. Mas eu acho que é muito presente essa coisa de buscar todas essas possibilidades. Eu acho que nós todos, ou a maioria de nós, tem essa visão de entender o que a nutricionista, as psicólogas podem estar contribuindo para aquele paciente que eu estou atendendo ali. Qual dos médicos estaria mais é... apto, de repente, a resolver determinado problema que a gente está percebendo com a pessoa. Mas eu acho mesmo que o que falta é a gente ter condição de estar sentando, de estar conversando. Isso não quer dizer que não aconteça [...] Então, a gente tem deficiências, mas eu acho que existe essa vontade de estar utilizando todas as pessoas, dessa rede que a gente tem, de tentar atingir essa integralidade do cuidado às pessoas (E₇). Apesar de a interdisciplinaridade nas ações da equipa não ser ainda uma prática vivida diariamente, segundo E₇, os profissionais reconhecem que necessitam da atuação de outros profissionais na equipa ESF. Vale a pena ressaltar a importância da participação da equipa de apoio em Gouveia, o que representa maior complementaridade e possibilidade de resolutividade no desenvolvimento da atenção à saúde. Assim, os relatos indicam que persiste a necessidade de uma maior interação, ao mesmo tempo em que se percebe que o trabalho em equipa torna possível potencializar as ações já realizadas, bem como estimular e dar suporte para as ações a serem desenvolvidas, com vistas a promover a atenção integral à saúde.

Tendo isto em vista, Araújo, Dias e Bustorff (2011, p.17), “observam a importância de se adicionar às equipas

básicas de Saúde da Família outros profissionais, que contribuirão para a promoção da saúde dos clientes perante as suas capacidades individuais profissionais, promovendo a interdisciplinaridade, a exemplo do psicólogo, do nutricionista, do fisioterapeuta e do educador físico, seja pelo valor de cada um dentro do tratamento específico, seja pela necessidade de se educar a população de forma holística, para a conscientização da necessidade de mudança de hábitos de vida, no que se refere à prevenção de danos e promoção do bem-estar geral”.

Essencialmente, para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipa. Torna-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas também de mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada pelos princípios da promoção da saúde (Araujo e Rocha, 2007).

O espaço de discussão a que o inquirido acima se refere representa a oportunidade de socialização das informações referentes aos atendimentos realizados individualmente por cada profissional, que poderiam ser apresentados e discutidos pela equipa contribuindo assim para a tomada de decisão e para o envolvimento de todos em relação ao acolhimento das necessidades do utente.

A “composição da equipa de referência e a criação de especialidades em apoio matricial procuram criar possibilidades para se operar com uma ampliação dos trabalhos clínico e sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos utentes. A sua utilização como instrumento concreto e quotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam os serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes” (Campos e Domitti, 2007, p. 400).

Se, de um lado, há reconhecimento, pelo informante E₇, de que as discussões de caso não são formalizadas e que há deficiências na prática diária, por outro existe a procura de possibilidades e a vontade de tentar atingir essa integralidade do cuidado às

pessoas, e, conseqüentemente o trabalho em equipa. Entretanto, é necessário destacar que a construção da integralidade na prática quotidiana dos trabalhadores da saúde revela, em alguns momentos, afirmações, possibilidades, de um fazer compartilhado e, em outros momentos, incoerências, um fazer descontinuado, fragmentado:

Aqui é assim, às vezes, tem uma equipa e uma EUquipe, não é? Cada um faz a sua. Então a gente sabe que todo lugar tem gente que faz e tem gente que faz de conta que faz. Mas a maioria trabalha mesmo é nessa função de estar sempre podendo, na medida do possível, resolver as questões, dentro das medidas que o município oferece, certo? (AE₇).

Verifica-se, portanto, que apesar das possibilidades para o trabalho em equipa – pois os informantes apresentam as interações profissionais, com novos protagonistas na ação compondo um trabalho conjunto entre equipa de apoio e equipas da ESF – os resultados afirmam que o cuidado individualizado considera a fragmentação das ações. Logo, cabe enfatizar a prioridade do individualismo em toda a reflexão sobre o trabalho em equipa

Mas deve ser destacado que a visita domiciliar constrói, nos cenários em estudo, novos ecos para a integralidade em saúde (NO) como, também, a ajuda mútua entre os componentes da equipa:

Nós, a nossa equipa ACS, auxiliar, enfermeiro, médico, procuramos fazer todo esse processo, o ACS buscando em casa, levando pra Unidade Básica de Saúde, para o enfermeiro ou o médico, e sobre a necessidade (do utente) o médico estar encaminhando (ACS₃). Na equipa em que eu trabalho acho que todos têm o mesmo objetivo, um procurando, da melhor forma, ajudar o outro a resolver os problemas surgidos, de estar procurando melhores condições para os pacientes (AE₃).

Esses depoimentos podem levar a uma reflexão que indica caminhos em direção a uma configuração da equipa multiprofissional com atuação interdisciplinar, potencializando, assim, cada ação programada e executada. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção à saúde passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, sendo dividida entre os membros da equipa.

A horizontalidade dessa relação dos sujeitos está manifesta no reconhecimento do outro como par e como interlocutor, e na criação de vínculos de reciprocidade e colaboração no trabalho em saúde. A

essa relação segue-se a cooperação, na identificação e na assistência a um problema ou a uma necessidade do cliente de forma sistemática, um colaborando com o outro, um ajudando o outro a resolver os problemas surgidos.

Segundo Severo e Seminotti (2007, p. 14), “trabalhar em Serviços Públicos em saúde requer um olhar multidimensional, abertura às contradições e rupturas nas lógicas advindas dos conhecimentos e formações disciplinares. É por meio das interligações entre as partes, no trabalho em redes, na visão psicossocial e coletiva que o trabalhador exercita a mudança de seu fazer profissional no trabalho em equipes. Paradoxalmente, aí é que se encontram os seus maiores desafios”.

O princípio da integralidade está inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde, como os resultados apresentam. Assim, partindo de um contexto complexo com o qual esses profissionais estão em constante interação, é possível que, na prática, se evolua para uma rotina de ações transformadoras e integralizadas, frutos de uma ajuda mútua.

No entanto, alguns sujeitos da pesquisa enfatizam dificuldades na implementação da integralidade:

A integralidade de um modo conjunto, dentro da ESF, nós não temos. Para um melhor atendimento, seriam necessárias dependências adequadas, porque aqui é muito inadequado. Seriam necessários exames complementares para que eu pudesse acompanhar o doente, porque a gente fica restrito a seis, a oito, a vinte exames para atender trezentas, quatrocentas pessoas. Então, a maioria não é atendida sob o ponto de vista de exames complementares naquilo que pode nos ajudar nos diagnósticos das doenças (M₂). Eu acho que está sendo mais ou menos, eu não acho muita integração de todos os profissionais, não. Porque, às vezes, a gente tenta fazer a parte da gente, integrar com a comunidade mas, por outro lado, já falta uma comunicação junto com os outros (profissionais), com as outras Unidades de Saúde. Porque, às vezes, a gente tenta conseguir uma consulta especializada, mas as vagas são poucas. Então, acaba não integrando bem, porque a gente fica mal visto com a comunidade aqui (AE₂).

A falta de integração entre os profissionais da equipe com outros Serviços foi apontada como uma restrição para o desenvolvimento da integralidade nas ações. Além da falta de recursos físicos e materiais adequados

para o trabalho da equipe e, também, a escassez de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico foram evidenciadas como perdas para a atenção integral. Ao indicar a referência do cliente para outros níveis de atenção o relato indica que o acesso é difícil e interrompe o desenvolvimento da integralidade na rede de atenção à saúde.

Integralidade, muito picada, muito. Com a vinda de E₅, ela está tentando dar um melhoramento nisso. Mas é ainda muito descentralizada, assim, eu tenho que fazer o meu serviço, então deixa eu fazer o meu serviço (M₄). Eu não percebo a integralidade. Acho que está muito fragmentado. Cada um fazendo o seu serviço. Eu acho que cada um está fazendo da melhor forma, mas se tivesse uma união, ou melhor, um planejamento, eu acho que a gente conseguiria atingir as metas, chegar aos resultados que a gente quer (CD₄). A gente tenta trabalhar da melhor forma possível, estar integrando meu serviço com o médico, com o outro enfermeiro, com o ACS, nem sempre a gente consegue... fazer da prática o que a teoria nos pede, que é estar 100% na integralidade, mas, e até porque meu serviço é muito corrido [...] Até mesmo com outros Serviços secundários, terciários, a gente sempre reclama que tem a referência e não tem a contrarreferência. [...] Então, assim, 100% eu acho que em Serviço nenhum existe, mas o que a gente pode fazer, o mínimo que a gente consegue fazer a gente tenta fazer (E₄).

Se por um lado essas falas abordam a fragmentação das ações e da atenção na referência para outros Serviços de Saúde e setores, por outro é possível também percebê-la refletida nos espaços de trabalho dos próprios profissionais da ESF.

Em estudo realizado por Kell e Shimizu (2010) percebeu-se que, no processo de trabalho desenvolvido na ESF, cada um dos trabalhadores especializados exerce as ações isoladamente. Verificou-se que a complementaridade não é aproveitada pelos profissionais, no sentido de expressar articulação entre os trabalhos. Os trabalhos especializados estão justapostos, sem que as conexões estejam evidenciadas pela intervenção consciente de um sujeito articulador.

Ainda que os profissionais inquiridos neste estudo tenham um objetivo comum – que é responder às necessidades das pessoas e da comunidade - em algumas ações as equipes trabalham com interações pontuais, sem inter-relações entre os saberes,

duplicando esforços, mesmo tendo uma visão integrativa do ser humano a ser cuidado (Loch-Neckel *et al.*, 2009; Spagnuolo e Guerrini, 2005). Desse modo, é importante destacar a proficiência da teorização sobre o processo de trabalho em saúde para analisar a realidade cotidiana da ESF.

Conclusão

Pensar a atenção em saúde de forma integral é recusar-se a reduzir o paciente ao sistema biológico ou à queixa que supostamente produz o sofrimento, portanto a interdisciplinaridade nas ações em saúde torna-se necessária para uma abordagem que dê conta de respostas eficazes. Observa-se, neste estudo, que para os inquiridos o trabalho em equipe é a base para as ações integrais na ESF. Assim, o trabalho em equipe na Saúde representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e possui múltiplas possibilidades de significados quando realizado na perspectiva de uma atenção integral.

Os resultados mostram que as práticas integrais em saúde, muitas vezes, são contempladas pela equipe outras vezes, demonstram que cada profissional realiza a sua função de forma isolada ou compartilhada, pouco interativa e pouco articulada. Porém, os inquiridos demonstram também abarcar múltiplos interesses de transformação da prática hegemonicamente instituída abrindo caminhos no sentido de concretização do princípio da integralidade, um deles, denotado na percepção dos profissionais acerca da “discussão de caso” como forma de garantir uma atenção integral à saúde das pessoas, famílias e comunidade.

Dessa forma, a construção da integralidade incide de forma gradual no Sistema Único de Saúde Brasileiro, transformando ações e práxis, modificando todo um cenário, de base positivista, fundamentando-se no cotidiano dos serviços, o qual é determinado pelas especificidades dos contextos vividos e das possibilidades de uma atenção mais integral e humana em saúde.

Procurou-se, nesse artigo, abalzar a reflexão dos profissionais de saúde, ao distinguir que cada um faça seu papel, mas que conjuntamente construam e consolidem experiências que requerem estratégias de apoio, transcendendo os antagonismos. Só assim será possível promover a expansão das ações integrais em saúde.

Cabe enfatizar que esta pesquisa é um estudo de casos múltiplos holísticos; cada um dos casos constituiu uma entidade única, submetida a uma análise particular e contínua. Após a análise criteriosa de cada caso, os dados apresentaram resultados semelhantes conferindo-lhes a replicação literal e uma capacidade de generalização. A validade externa fundamenta-se nas convergências dos dados, ou seja, nessa replicação literal; e as constatações dela decorrentes, por retratar uma situação real em seus múltiplos aspectos, permitem inferência e comparações com situações similares. Acrescenta-se a descrição de que há de se levar em conta a efetividade de uma política como a ESF nessas realidades, pois quantas portas foram abertas para as populações locais, além dos avanços demonstrados nos resultados, apesar das dificuldades apresentadas para o alcance dos objetivos a que se propõe essa Estratégia, bem como para a integralidade nas ações das equipes.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, Marize Barros de Souza ; ROCHA, Paulo de Medeiros (2007) - Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. Vol.12, no 2, p. 455-464. [Consult. 01 mar. 2012]. Disponível em WWW:URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>.

ARAÚJO, Verbena Santos ; DIAS, Maria Djair ; BUSTORFF, Leila Alcina Correia Vaz (2011) - A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. [Consult. 07 mar. 2012]. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. Série 3, nº 5, p. 7-17. Disponível em WWW:<URL:http://www.esenfcp.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2249&id_rev=9&id_edicao=38>.

BARDIN, Laurence (2008) - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (2006) - *Política nacional de promoção da saúde* [Em linha]. [Consult. 18 fev. 2008]. Disponível em WWW:URL:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf.

BRASIL. Presidência da República (1990) - *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências* [Em linha]. [Consult. 12 set. 2008]. Disponível em WWW:URL:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>.

BRASIL. Senado Federal (1988) - **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa ; DOMITTI, Ana Carla (2007) - Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [Em linha]. Vol. 23, nº 2, p. 399-407. [Consult. 01 mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>.

FRANCO, Túlio Batista ; MERHY, Emerson Elias (2007) - Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo teoassistencial. In MERHY, Emerson Elias - **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2008) - Estimativas da população para 1º de julho de 2008 [Em linha]. [Consult. 05 set. 2008]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ibge.gov.br/home/>>.

KELL, Maria do Carmo Gomes ; SHIMIZU, Helena Eri (2010) - Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. Vol. 15, no 1, p. 1533-1541. [Consult. 01 fev. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>>.

LOCH-NECKEL, G. [et al.] (2009) - Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. Vol. 14, nº 1, p. 1463-1472. [Consult. 09 mar. 2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>.

MAFFESOLI, Michel (1988) - **O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva**. Trad. de Aluizio Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense.

MAFFESOLI, Michel (1996) - **No fundo das aparências**. Trad. de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis: Vozes.

PENNA, Claudia Maria de Mattos (2007) - Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito Brasileiro. **Texto & Contexto Enfermagem** [Em linha]. Vol. 16, nº 1. [Consult. 04 jun. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a10v16n1.pdf>>.

SEVERO, Silvani Botlender ; SEMINOTTI, Nedio (2007) - O sujeito e a coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. **Psicologia USP** [Em linha]. Vol. 18, nº 4. [Consult. 01 mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n4/v18n4a04.pdf>>.

SPAGNUOLO, Regina Stella ; GUERRINI, Ivan Amaral (2005) - A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [Em linha]. Vol. 9, no 16, p. 191-194. [Consult. 10 out. 2008]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a20.pdf>>.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca (2010) - **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais** [Em linha]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. [Consult. 12 out. 2011]. Tese de doutoramento. Disponível em WWW:<URL:<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/300D.PDF>>.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca ; PENNA, Cláudia Maria de Mattos (2009) - Integrality and attention to the population's health care in brazilian district. A qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing** [Em linha]. Vol. 8, nº 2. [Consult. 08 mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2214/491>>.

YIN, Robert K. (2005) - **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre: Bookman.