



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Celso Paoliello Pimenta

**Os signos da integralidade no cotidiano de uma residência em
saúde da família**

Rio de Janeiro

2005

Celso Paoliello Pimenta

**Os signos da integralidade no cotidiano de uma residência em saúde da
família**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro.

Rio de Janeiro

2005

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

P644 Pimenta, Celso Paoliello.

Os signos da integralidade no cotidiano de um residência em
saúde da família / Celso Paoliello Pimenta. – 2005.

127 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde – Teses. 2. Saúde pública – Teses. 3. Formação
profissional – Teses. 4. Educação médica – Teses. 5. Programa de Saúde
da Família – Teses. 6. Internato e residência. I. Pinheiro, Roseni. II.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

III. Título.

CDU 614.008.1

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Celso Paoliello Pimenta

**Os signos da integralidade no cotidiano de uma residência em
saúde da família**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 07 de março de 2005.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – UFJF

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2005

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas, Luiza e Sylvia, aos meus pais Weber e Maria Amália (*In memoriam*), e aos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Alessandra Aparecida Azalim (PRMSF/UFJF)
Ana Maria Arreguy Mourão (UFJF)
Anderson Pereira de Oliveira (NATES/UFJF)
Beatriz Francisco Farah (PMJF/NATES)
Denílson Gomes Barbosa (NATES/UFJF)
Elisângela dos Santos Martins (NATES/UFJF)
Estela Márcia Saraiva Campos (NATES/UFJF)
Faculdade de Medicina (UFJF)
Frederico Baeta Guimarães (UFJF)
Franciane Ventura Dalpra (PRMSF/UFJF)
Geovana Maria Gomes (PRMSF/UFJF)
Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ)
Janaína Vieira da Silva (PRMSF/UFJF)
Lenir de Almeida Rodrigues (NATES/UFJF)
Marcelo Alves da Silva (UFJF/NATES)
Márcia Cristina Fernandes Bezerra (UERJ)
Maria Helena Braga (UFJF)
Maria Helena Costa Couto (UERJ)
Maria Lúcia Salim Miranda Machado (PMJF/PSF)
Maria Regina Fagundes Neto (PMJF/PSF)
Maria Teresa Bustamante Teixeira (NATES/UFJF)
Marina Silva de Lucca (PRMSF/PSF)
Mário Círio Nogueira (PMJF/PSF)
Marta Cristina da Silva (UFJF)
Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES/UFJF)
Octavio Andrés Ramon Bonet (UFJF)
Paulo César Rudelo Gato (PRMSF/UFJF)
Produtos Roche Químicos e Farmaceuticos S.A.
Raquel Fellet Lawall (ICHL/UFJF)
Secretaria Acadêmica do IMS/UERJ
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Universidade Federal de Juiz de Fora
Vânia Bucheni de Barros (UFJF/NATES)
Zélia Cristina Severino Vitorino (PMJF/PSF/UFJF)

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Sou grato à minha orientadora, Roseni Pinheiro, mestra e cúmplice.

RESUMO

PIMENTA, Celso Poliello. *Os signos da integralidade no cotidiano de uma residência em saúde da família*. 2005. 127 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

Esta dissertação propôs-se a analisar e compreender os sentidos e significados atribuídos ao princípio da *integralidade* em saúde, pelos residentes e preceptores de um curso de residência em Saúde da Família, em Juiz de Fora – MG. O estudo deu-se no âmbito do Programa de Saúde da Família – PSF – não só por ser um programa oficial do Ministério da Saúde, mas por se constituir em uma estratégia de reestruturação do modelo assistencial, em plena implementação no Brasil, numa situação típica de educação em serviço. A dissertação inicia-se pela exposição das bases teórico-conceituais que balizam a pesquisa, acrescidas dos pressupostos para o entendimento da integralidade. Segue-se uma revisão da trajetória sócio-histórica do PSF, e sua transformação em estratégia de implantação da Atenção Básica no país, bem como suas repercussões na formação em saúde no Brasil. Como parte central do estudo, realizou-se a análise dos depoimentos dos residentes e preceptores, para se identificar a presença (ou não) dos *signos da integralidade* e suas relações com a formação profissional, seguindo-se um levantamento de fatores que limitam e que favorecem a prática da integralidade. Concluiu-se pela ênfase na importância do estudo das várias experiências de ensino-aprendizagem em torno do PSF em curso em vários pontos do país, no sentido de se continuar avançando na implementação do Sistema Único de Saúde, e incorporando cada vez mais profissionais nas práticas que sinalizam em direção à integralidade.

Palavras-chave: Política de saúde. Saúde pública. Formação profissional. Educação médica. Residência médica. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This dissertation aims at analysing and understanding the meanings and significance attributed to the principle of comprehensiveness in health, by residents and preceptors of medical residence in Family Health, in the city of Juiz de Fora, MG. This study was carried out within the scope of the Family Health Program – FHP – not only for being an official program of the Ministry for Health but also for being a strategy for restructuring the health care model, which is fully implemented in Brazil, in a typical situation of education in service. The dissertation starts by the presentation of both the conceptual-theoretical bases underlying the research and the principles for the understanding of comprehensiveness. We next present a review of the socio-historical development of the FHP and its changing into a strategy for the implementation of Primary Care in our country, as well as its repercussions for the formation in health in Brazil. As the main part of the study we analysed the reports of residents and preceptors in order to identify the presence (or not) of the signs of comprehensiveness and its relations to professional formation. Such analysis was followed by a survey of the factors which restrain and contribute to the practice of comprehensiveness. We finally focused on the importance of studying the several experiences of teaching and learning in the field of the FHP which take place throughout the country, with the purpose of making progress towards the implementation of the Sistema Unico de Saúde, engaging more and more professionals in the practices pointing to comprehensiveness.

Keywords: Health policy. Public health. Professional training. Medical education. Residency. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Mapa de localização de Juiz de Fora-MG	71
Mapa 2	Mapa de localização do bairro de Santa Rita, em Juiz de Fora	77
Figura 1	Foto do bairro de Santa Rita em Juiz de Fora (“Matinha”)	78
Figura 2	Visão panorâmica do bairro de Santa Rita	79
Figura 3	Unidade Básica de Saúde de Santa Rita, Juiz de Fora	80
Figura 4	Reunião de grupo educativo na UBS-Santa Rita, Juiz de Fora	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	– Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	– Associação Brasileira de Ensino em Enfermagem
ABS	– Atenção Básica em Saúde
AIDIPI	– Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIS	– Ações Integradas de Saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
CIB	– Comissão Intergestores Bipartite
CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
CNE	– Conselho Nacional de Educação
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CINAEM	– Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNRM	– Comissão Nacional de Residência Médica do MEC
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
DAB	– Departamento de Atenção Básica do MS
DEGES	– Departamento de Gestão da Educação em Saúde/MS
DSSDA- PMJF	– Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da PMJF
DST/AIDS	– Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	– Educação Permanente em Saúde
ESF	– Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz/MS
HIV	– Vírus causador da SIDA
HU	– Hospital Universitário

IES	– Instituições de Ensino Superior
IMS	– Instituto de Medicina Social
LAPPIS-SUS	– Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade e Saúde no SUS
MEC	– Ministério da Educação (antigo Ministério da Educação e Cultura)
MS	– Ministério da Saúde
PRMSF	– Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família /UFJF
PROESF	– Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família/PMJF/MS
PSF	– Programa Saúde da Família
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SPM	– Sociedade Pró-Melhoramentos (associação de moradores de bairros em Juiz de Fora-MG)
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UERJ	– Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	– Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
1	INTEGRALIDADE: PRESSUPOSTOS	24
1.1	Da medicina integral à integralidade	24
1.2	Os signos da integralidade	26
1.3	Saúde e doença: percepções	29
2	PSF : DE PROGRAMA A ESTRATÉGIA	33
2.1	Saúde da família e a atenção básica	33
3	A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	39
3.1	Antecedentes - alguns aspectos históricos e políticos	39
3.2	Crise do modelo e propostas de mudança	41
3.3	Da educação em serviço aos espaços do conhecimento	46
3.4	Desafios e possibilidades para a formação profissional	49
3.5	Residências, polos de educação e o papel da universidade	51
3.6	A residência em saúde da família da UFJF	62
4	OBJETIVOS E O REFERENCIAL METODOLÓGICO	66
4.1	Estratégia metodológica	66
4.2	Unidade de análise e técnicas de pesquisa	68
4.3	O cenário da pesquisa	70
4.3.1	<u>A Unidade Básica de Saúde de S. Rita, Juiz de Fora – MG</u>	76
5	SIGNOS DA INTEGRALIDADE NA PERCEPÇÃO DOS ATORES	82
5.1	As práticas no cotidiano da relação da equipe com os serviços	82
5.2	As práticas no cotidiano do trabalho em equipe	92
5.3	O processo ensino-aprendizagem	96
5.4	Integralidade: limites e oportunidades	102
6	CONCLUSÕES	114

REFERÊNCIAS	117
ANEXO A – Roteiro utilizado nas entrevistas com os atores	126

APRESENTAÇÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde - MS - preconiza, na estratégia do Programa de Saúde da Família – PSF - estruturado a partir da Unidade Básica de Saúde – UBS, a implementação dos princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, *integralidade*, equidade, e participação da comunidade.

O princípio da *integralidade*, seu sentido e sua aplicação na atenção básica, tem sido objeto de várias pesquisas, ultimamente desenvolvidas em grupos de estudo da UERJ (Projeto Integralidade), Unicamp, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e, em menor escala, em outras instituições acadêmicas.

Sob a coordenação dos professores Roseni Pinheiro e Ruben A. Mattos, foi criado no IMS-UERJ em 2000 o Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde no SUS – LAPPIS-SUS – com o objetivo de investigar as práticas dos sujeitos no cotidiano das instituições de saúde, numa primeira etapa que produziu as publicações *Os Sentidos da Integralidade* (2001) e *A Construção da Integralidade* (2003). Atualmente, na sua segunda fase, o Projeto Integralidade dedica-se à institucionalização de um programa de estudos, a partir de temas específicos, visando estratégias de atuação conjunta entre os pesquisadores e instituições, para a formação de recursos humanos para o ensino e para a pesquisa. No ano de 2004 foi lançado pelo LAPPIS-SUS o terceiro livro acerca do assunto, *Cuidado: as fronteiras da integralidade*.

Seu estudo engloba questões que vão desde o acesso dos usuários aos serviços de saúde, passando pelo acolhimento, a humanização, a capacidade de escuta, a subjetividade envolvida na relação usuário-trabalhador de saúde, a existência de vínculo entre comunidade e sistema de saúde, a responsabilização por parte de gestores e profissionais de saúde pela população demandante, e as percepções dos diversos protagonistas envolvidos no complexo processo de trabalho que se desenvolve no cotidiano das práticas de saúde.

Destacaria nessa discussão, a reflexão sobre o sujeito, visto sob a perspectiva teórica de compreensão de uma nova subjetividade, e a reflexão sobre o poder, que inevitavelmente é também uma prática social, mormente as práticas ligadas à saúde.

A reflexão acerca do sujeito passa pela aceitação da existência de uma concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário que não está em

sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade, como expressa Ricardo Ayres, no texto *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Retomando o pensamento de teóricos da contemporaneidade (Habermas, Rorty, Ricoeur, entre outros), Ayres aponta para a substituição do conceito identitário de sujeito pela compreensão do sujeito como um processo contínuo de formação de subjetividade. Compreender a subjetividade por esse ângulo permitiria uma renegociação dos papéis dos atores na prática da saúde: “de sujeito para intersubjetividades; de controle técnico para sucesso prático; de tratar para cuidar” (Ayres, 2001, p. 71). O autor utiliza aqui o conceito de intersubjetividade, que entendemos ser chave na questão da Integralidade.

Por intersubjetividade compreendemos aquela circunstância de estabelecimento da efetiva “ação comunicativa”, para usar a expressão título da obra de Habermas (1988). Acompanhando o raciocínio de Ayres, entendemos que a ênfase no sujeito é substituída pela construção da intersubjetividade quando há, de fato, condições de diálogo entre os sujeitos, num contexto sócio-interacional. Isto é, as relações sociais são uma oportunidade de se realizar o diálogo entre subjetividades, ou seja, entre sujeitos constituídos socialmente.

Na negociação entre eles constrói-se aquilo que se pode referir pela palavra-conceito “intersubjetividade”, o que quer dizer que as relações intersubjetivas são potencialmente emergentes no *evento social*. Dessa forma, quando se fala de intersubjetividade, não se está referindo a situações de caráter particular, pessoal, e sim, principalmente, a situações de encontro de sujeitos diferentes nas práticas sociais cotidianas.

A referência ao diálogo de subjetividades que permite a intersubjetividade remete ao conceito-chave bakthiniano de “dialogismo” (apud Barros e Fiorin, 1994), ao qual voltaremos mais adiante. Ainda que sucintamente, pode-se retomar Bakthin no sentido de que as experiências de intersubjetividade se dão na interação social, isto é da relação polifônica e ao mesmo tempo dialógica, possível no encontro dos sujeitos diversos que partilham cotidianamente de experiências relacionais na cena social, no âmbito do que Bakthin chama de “comunicação na vida cotidiana” (1988 p. 37)

Nesse contexto, outro problema teórico a merecer atenção é a questão do *poder* nas relações sociais. A compreensão da nova subjetividade implica, como se disse, na aceitação de novos papéis por parte dos sujeitos envolvidos no processo

de intersubjetividade. A aceitação de novos papéis, mais flexíveis, principalmente por parte dos profissionais de saúde, será necessária para haver o processo de diálogo efetivo entre os sujeitos envolvidos. Para explicar esse processo, Ayres recorre especificamente a Habermas que é, segundo ele, “um dos mais importantes teóricos dessa constituição dialógica das subjetividades” (Ayres, 2001, p. 68).

Para Habermas a realização dialógica requer três “níveis de validação intersubjetiva”, que seriam: 1. O nível da *correção normativa*, isto é, o interlocutor de uma enunciação discursiva aceita que o projeto de mundo e de vida que orienta o discurso é correto do ponto de vista ético, moral e político; 2. O nível de *verdade proposicional*, isto, os discursos enunciam fatos aceitáveis como verdadeiros por ambos os sujeitos; 3. O nível da *autenticidade expressiva*, isto é, o sujeito da enunciação discursiva deve ter a capacidade de expressar autenticamente sua subjetividade.

Para refletir criticamente sobre os discursos produzidos no campo das práticas de saúde, Ayres destaca o primeiro nível de validação intersubjetiva da situação dialógica, o da correção normativa. O autor observa que o sentido de correção que norteia esses discursos relaciona-se ‘a “utopia do conhecimento/controlado das doenças”. Essa utopia seria o fundamento do que ele chama de “horizonte normativo” (Id. ibidem). Talvez, propõe Ayres, a perspectiva de controle seja a raiz das dificuldades de se constituir efetivamente o diálogo das subjetividades.

No campo da saúde, seria fundamental que se pudesse ampliar os graus de “compartilhamento do horizonte normativo”, para usar a expressão de Ayres; no entanto, se a perspectiva do controle for o exclusivo critério normativo para o sucesso das práticas de saúde, seria o caso de se perguntar se “há efetivamente um horizonte normativo *comum* entre os profissionais de saúde e a população-alvo”(Id. ibidem). Seria ainda o caso de se perguntar se, por essa perspectiva, o sucesso das práticas de saúde não seria reduzido a apenas “êxito técnico” (Id. p. 69). Assim, a exclusividade do critério do controle deve ser revista, pois quando se trata de prescrever comportamentos, modos de vida ou intervenções sobre o corpo ou a mente de outras pessoas, não se pode prescindir da dimensão relacional e intersubjetiva.

Sabe-se que a ciência e os discursos disciplinares sobre a saúde são um campo fortemente investido de poder numa cultura e numa organização social desigual, hierárquica e totalizadora como a ocidental. Contudo, como ensina

Foucault, assistiu-se historicamente a revalorização do que ele chama de “saberes sujeitados” (1999).

Para definir saberes sujeitados, Foucault trabalha em dois eixos: a) conteúdos históricos sepultados ou mascarados em “ordenações funcionais” ou em “sistematizações formais” de discursos e práticas institucionalizados. Nesse sentido, ele quer dizer que os saberes sujeitados sempre estiveram presentes, mas foram mascarados ou disfarçados nos discursos ou práticas dominantes. Exemplificando: a crítica da prisão ou do hospício só foi possível pela emergência de conteúdos históricos antes não considerados. b) saberes até então desqualificados como científicos. Foucault os chama de “saberes de baixo”, ou de o “saber das pessoas”. Exemplificando: o saber do psiquiatrizado, do doente, do delinqüente, o do enfermeiro, e até o saber do médico, paralelo e marginal ao “saber médico”, isto é, o saber disciplinar da medicina (Foucault, 1999, p. 11-12).

Se a atualidade está vivendo uma crítica de paradigma teórico de produção de conhecimento, é oportuno trazer essas discussões conceituais para a reflexão acadêmica. Entendemos que tanto a questão da nova subjetividade e da intersubjetividade, como a do poder nos sistemas sociais e nos discursos podem iluminar a análise do nosso objeto. A Integralidade que se deseja num sistema de atenção à saúde da coletividade está intimamente vinculada à idéia de novos papéis e de novas relações de poder e de compartilhamento de poder.

Em um programa de residência multiprofissional em saúde da família, no qual se quer observar que entendimento os atores têm acerca da *integralidade*, espera-se que haja realmente ação integrada e não apenas desempenho multiprofissional isolado e, para haver, é necessário que na prática essas questões expostas teoricamente sejam vivificadas. Nesse sentido, ao se pensar em como novas visões de mundo ajudam a alterar cristalizadas práticas cotidianas pode-se concluir, com Pinheiro e Mattos, que “... a pluralidade de visões – teóricas e metodológicas – (...) no campo da saúde coletiva vêm contribuindo para a construção de formas alternativas de agir e compreender a Integralidade em saúde e para a ampliação do universo de referências sobre essa temática.”

No Instituto de Medicina Social - IMS-UERJ foram publicados títulos que serviram como referência para essa pesquisa. Trata-se de *Os Sentidos da Integralidade* (2001), *Construção da Integralidade* (2003), e *Cuidado – As fronteiras da Integralidade* (2004), nos quais variados aspectos teóricos, conceituais e

analíticos deste princípio são abordados por diversos autores. Em *Os Sentidos da Integralidade*, Rubem Mattos aborda o tema sob três ângulos principais: a *integralidade* como um traço da boa medicina; a *integralidade* em relação aos programas especiais do MS; e a *integralidade* como modo de organizar os serviços e práticas de saúde.

Em seu trabalho, *integralidade* é colocada na categoria de valor a ser defendido, estando a ela agregados um conjunto de outros predicados também dignos de serem promovidos no âmbito da saúde. Acrescenta ainda, sobre a *integralidade*, como uma idéia que “alguns atores da arena política consideram desejável” (p. 41). Por suposto, os trabalhadores de saúde em geral (e os Residentes em SF), também assim consideram a *integralidade* em suas práticas cotidianas. O autor levanta a hipótese de que a *integralidade* como imagem-objetivo indicaria a *direção que queremos imprimir à transformação da realidade*, tornando-a um norte na organização dos serviços de atenção básica.

Cecílio, nos *Sentidos da Integralidade* (2001, p. 113-114), considera que, para equipes e serviços envolvidos no cuidado à saúde, as *necessidades de saúde* poderiam se constituir no centro de suas intervenções e práticas, o que permitiria uma melhor *escuta* em benefício dos usuários dos serviços; e elabora uma conceituação de *Necessidades de Saúde* baseada num agrupamento de quatro conjuntos de necessidades: boas condições de vida; livre acesso a toda e qualquer tecnologia de saúde; a criação de vínculos efetivos entre usuário e equipe e/ou profissional; e autodeterminação de cada pessoa na opção pelo modo de viver. No desenvolvimento do conceito de *necessidades de saúde*, esse autor demonstra as diferentes dimensões de sentidos que estão envolvidos com a *integralidade* da atenção e do cuidado em saúde.

Mas seria possível identificar as necessidades de saúde de uma população? O caráter imprevisível dos eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença é marcado pelo alto grau de subjetividade presente nas relações profissional-usuário e usuário-serviços (Pinheiro, 2003, pg. 8). A questão da imprevisibilidade tem sido objeto de reflexão teórica como se vê na abordagem do problema do “risco” por Ayres e, sobretudo por Spink no artigo sobre esta “metáfora da modernidade tardia”, comentado por Luz (2001), sobre a qual vale a pena refletir ainda que de forma sucinta.

Ayres, no artigo citado, reflete nos pontos positivos do controle científico dos riscos. Segundo ele, um deles seria o de ampliar entendimento da doença para além do corpo. Isto é, pensar a doença a partir da inserção do indivíduo no meio ambiental. Isso acarreta outros pontos positivos: a criação em larga escala de tecnologias para intervenção da ciência na gestão dos riscos, e a necessidade de sempre se buscar superar os limites, incentivando um permanente saber mais sobre o “saber como” (Ayres, p. 69).

No entanto, a gestão do risco sempre lidará com a questão do “sucesso técnico” das políticas de saúde, que sempre também provocam questionamentos, até do ponto de vista ético, uma vez que essa gestão de risco implica muitas vezes em políticas de controle que cerceiam as liberdades individuais e podem se tornar normativas até do ponto de vista do comportamento individual. Seria o caso, por exemplo, das campanhas de controle de epidemias como a do HIV. Essa matéria, normas e políticas de controle, recoloca inevitavelmente o desafio de contrapor cuidado com saúde a “êxito técnico”.

Na esteira do questionamento ético, vem também a discussão conceitual. Como as políticas de controle social do risco em saúde vêm sendo compreendidas conceitualmente hoje? Um debate em torno do artigo de Mary Jane P. Spink, ganhou a contribuição de artigos como o de Cardoso (2001), e Luz (2001).

Segundo esses artigos, que comentam Spink, estaríamos hoje vivendo uma sociedade marcada pelo que ela chamou de “modernidade tardia, de risco” (Luz, p. 1290), que se sucedeu à modernidade clássica, que Foucault chama de disciplinar. Nesta, “o futuro (era) concebido como um conjunto de eventos controláveis” bem de acordo com a “lógica do capitalismo moderno” estudada por Max Weber (Luz, p. 1289). Na modernidade tardia, ao contrário do que postulava o “projeto de racionalismo totalizador” (Cardoso, p. 2), estamos experimentando a incerteza e a imprevisibilidade, causadas pela globalização, pela transnacionalização, pela dissolução de muitas instituições sociais, pela cada vez maior concentração de riqueza e exclusão social. A volatilidade dos capitais, a ciranda das bolsas de valores, a inutilidade às vezes surpreendente do exercício obsessivo do cálculo e das previsões, são alguns sintomas dessa “era das incertezas” em que vivemos.

Nesse contexto, conforme Luz, resenhando Spink, (p. 1290) o “modelo global de cálculo, prevenção e controle de riscos” vê-se numa situação de “não controle” ou pelo menos de “passagem para um novo modelo de gestão de riscos”; e embora os

mecanismos de gestão de risco do momento anterior da modernidade não estejam descartados, novos mecanismos são convocados hoje, incluindo o controle dos riscos pelos próprios indivíduos, o que recoloca a reflexão sobre subjetividade, particularização, e até sobre questões dos direitos humanos, como sugere Ayres. (p.70)

A partir daí, voltando à questão das “necessidades de saúde” de Cecílio, referida acima, novos desdobramentos se colocam. Por exemplo, ao se incluir “boas condições de vida” entre os grupos de “necessidades de saúde” não se pode ignorar obstáculos concretos à prática da *integralidade*, representados pelas precárias condições de vida da população e ao surgimento de uma “nova pobreza” na periferia dos grandes centros urbanos, como bem destaca Pinheiro, R. (2001, p. 100-101).

Para o tema proposto nesta dissertação é essencial levar-se em conta também o pensamento de Jullien, citado no artigo de Pinheiro e Luz (2001, p. 7), onde revela como a prática em si mesma é uma fonte inesgotável de transformações de ações, pensamentos e sentidos. É ainda Jullien que destaca que modelos não criam verdades, como preconiza o pensamento ocidental, em defesa da filosofia chinesa que diz que a ação, assim como a prática, é considerada o mais eficaz dos modelos.

E assim como Cecílio (2001), destaca o valor do gesto de saber escutar e fazer com que o outro escute como uma abertura para novas formas de atuação e de visão de mundo, assim como considera as instituições de saúde um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos que constituem o princípio da *integralidade* (p. 18).

Dentro do escopo da presente dissertação também deve ser citada a questão da diversidade de atores atuando nas instituições de saúde, ainda segundo Pinheiro e Luz, o que acaba gerando diferentes percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde. É sobre isso que se assenta a presente proposta, que pretende analisar o entendimento dos protagonistas nos serviços de saúde onde as práticas têm um caráter formativo.

Ceccim e Ferla, em seu artigo sobre Residência Integrada em Saúde (2003, p. 223), também enfatizam o valor da boa escuta dos usuários, lembrando que os problemas de saúde nada mais são do que partes de uma história de vida e de uma história de relações.

Sugerem que os profissionais de saúde e gestores abandonem a segurança dos modelos em troca de um desenho ordenado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, peculiares em cada caso, de forma a que o usuário se sinta cuidado pelo sistema, independentemente do bom atendimento por parte dos profissionais (Id.Ibid., p. 215-216).

Na mesma direção, Merhy (1994) trata da questão das novas formas de atuar em saúde para se promover uma verdadeira mudança que envolva usuários, profissionais e gestores. Ao criticar a visão reducionista do corpo humano que objetiviza o processo de atenção, o autor reconhece que os modelos atuais objetivizam também o trabalhador de saúde que se torna um mero repetidor de saberes impostos. Reconhece que há uma profunda crise de realização humana e profissional do conjunto dos trabalhadores de saúde e propõe que usuários e trabalhadores atuem conjuntamente no sentido de transformar o sistema de saúde predominante “liberal-privatista” e “tecno-assistencial” numa nova relação de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde e na constituição de uma nova forma de gerir o processo institucional (Merhy, 1994, p. 125). Os modelos de medicina e saúde pública, alienados da realidade também são focalizados por Merhy que os considera pouco avançados na mudança ao reduzir o universo das necessidades de saúde, não reconhecer os direitos dos usuários, serem ritualizados, gerarem necessidades não reais, não reconhecerem os limites de suas terapias e assim produzirem uma relação trabalhador-usuário desprovida dos princípios básicos da atenção integral (p. 121).

Com esse levantamento de autores e reflexões, pretendeu-se observar como aquelas mudanças do paradigma teórico, sintetizadas por Foucault e pelos pensadores do mundo contemporâneo, refletem nas discussões conceituais e críticas do pensamento acadêmico. Os autores citados, que fornecem com seus textos os parâmetros teóricos desse nosso estudo, têm em comum a preocupação de situar, sob os diversos aspectos, a questão da nova subjetividade e da intersubjetividade. Por sua vez esta se articula intimamente com a temática da Integralidade, que é o princípio que se deseja norteador num sistema de atenção à saúde em que papéis e ações sejam mais efetivamente compartilhados.

O meu interesse pelo tema deve-se ao fato de minha participação em várias etapas do Movimento Sanitarista Brasileiro, iniciado na década de 70, que culminou na reforma do setor saúde no Brasil. Tal participação se deu em frentes diversas, seja no meio acadêmico, como preceptor de Medicina Comunitária da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF -, seja atuando como profissional de saúde do Hospital Universitário, e ainda como gestor de instituições (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), de programas estatais (Plano Integrado de Educação e Saúde – PIES), e recentemente no Pólo de Educação Permanente em Saúde da Família e na Residência Multiprofissional de Saúde da Família, ambos na UFJF.

Acreditamos que este trabalho é pertinente, na medida que o entendimento acerca do termo *integralidade* possibilita identificar e compreender a existência ou não de transformações na (da) práxis no cotidiano dos serviços, e no processo de ensino em serviço, de modo a funcionar como elemento estratégico de identificação de mudanças na formação profissional.

Com efeito este estudo parte da pressuposição de que o princípio da *integralidade* é um elemento central do objeto de investigação desta pesquisa, neste caso a Residência em Saúde, na medida que a *integralidade* tem sido incorporada como uma Política de Estado em diferentes programas estatais, em diversos níveis de atuação como, por exemplo, na formação profissional.

Corroboram a proposta deste trabalho, ao menos duas justificativas: a primeira é a constatação da existência de um conjunto de diretrizes operacionais atribuídas ao princípio da *integralidade*, que merecem ser analisadas em contextos concretos de formação profissional. Isso permitiria identificar a existência ou não de nexos entre esse princípio e as práticas dos formadores e dos formandos em diferentes modalidades de educação na saúde. Esses nexos seriam dispositivos institucionais de organização das práticas de saúde, expressas pelos elementos constitutivos, acolhimento, do cuidado, da responsabilização, e do vínculo dos usuários às equipes (MS/Deges, 2003).

A segunda justificativa refere-se ao fato da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF - ter sediado um dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do PSF em Minas Gerais, o que contribuiu para a organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde - SUS - com a implementação de novas equipes do PSF. Além disso, desde 2003, a UFJF passa a ser partícipe ativa do Pólo

de Educação Permanente em Saúde – PEPS – do sudeste mineiro (este aspecto está melhor desenvolvido no item 1.2: A Formação – Pólos de Educação e o papel da Universidade, p. 19).

O objetivo principal desta pesquisa consiste em compreender os sentidos e significados atribuídos ao termo *integralidade* pelos residentes e preceptores em sua prática cotidiana em um curso de residência em saúde da família, buscando identificar a existência ou não de nexos constitutivos com a formação profissional e as respostas dadas às demandas dos usuários.

São também objetivos específicos deste estudo: a contextualização do ambiente de atuação dos residentes em saúde da família, no que concerne aos aspectos sociais, institucionais, políticos e culturais; a identificar os signos da integralidade produzidos (ou não) pelas práticas de saúde implementadas pelos residentes de saúde da família na UBS de Santa Rita, em Juiz de Fora-MG; mapear os mecanismos e alternativas utilizadas pelos sujeitos na organização do processo de trabalho multiprofissional, buscando identificar as relações existentes (ou não) nas estratégias políticas de educação/profissionalização desenvolvidas no âmbito do SUS.

Para delimitar o objeto da pesquisa, inicio, na apresentação, com a opção conceitual adotada, apresentando as principais definições teóricas e críticas que subsidiaram a construção das categorias operatórias utilizadas no plano da análise do material e dos dados levantados.

No primeiro capítulo, além de uma retrospectiva sobre as origens da Medicina Integral, faço uma breve discussão sobre a relevância da percepção dos atores e sobre os signos da *integralidade*, depreensíveis no cenário de práticas definido como *corpus* dessa pesquisa, e como pressupostos para o entendimento do texto.

A seguir, no segundo capítulo, passo a uma discussão sobre os principais elementos da trajetória de expansão da atenção básica no SUS, em particular em Juiz de Fora, a partir de uma perspectiva sócio-política do processo de institucionalização do PSF, entendida como estratégia de reorganização do SUS – Sistema Único de Saúde – e de sua definição como nível de atenção.

Em seguida, no capítulo terceiro, destaco os determinantes sócio-históricos e políticos da formação de recursos humanos no que concerne à capacitação de equipes para atuar no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, observando o

papel da Universidade e, mais especificamente, a experiência da Residência em Saúde da Família da UFJF.

O quarto capítulo trata dos objetivos e dos instrumentos de coleta de informações, e da descrição do campo de pesquisa.

Finalmente, no quinto capítulo, é feita a análise de todo o material colhido no campo, com destaque para as entrevistas realizadas, seguindo-se as conclusões finais.

1. INTEGRALIDADE: PRESSUPOSTOS

1.1 Da medicina integral à *integralidade*

Antes de nos aproximarmos do cenário da pesquisa, para entender como os atores compreendem a *integralidade* de modo a identificar seus signos, é necessário resgatar uma reflexão, ainda de caráter conceitual e terminológico, sobre a evolução de movimentos como o da medicina integral, passando pelo uso de termos como “saúde integral”, “atenção integral à saúde” até os vários sentidos atribuídos à *integralidade* pelos pesquisadores que se dedicam ao estudo desse princípio do SUS.

Tomando por base o texto de Mattos (2001, p. 44), sabe-se que a Medicina Integral originou-se nos Estados Unidos de uma corrente de pensamento que criticava a prática médica em função de sua atitude cada vez mais fragmentária, privilegiando as especialidades médicas que foram surgindo em torno dos sistemas orgânicos. Os críticos consideravam esta tendência à especialização um reducionismo ao puramente biológico, que não considerava os fatores psico-sociais envolvidos no sofrimento dos pacientes.

Esse movimento atribuía ao currículo das escolas médicas, que privilegiava o laboratório e o hospital como locais apropriados para o aprendizado de medicina, a origem da atitude fragmentária e reducionista dos médicos especialistas (Id., p. 45).

No Brasil, a associação da medicina integral à medicina preventiva, provocou a rediscussão teórica sobre os modelos de saúde então vigentes, propiciando o surgimento da Saúde Coletiva que considerava as práticas de saúde como práticas sociais. Nesse contexto a tese que atribuía preferencialmente às escolas médicas as práticas reducionistas e fragmentárias perdeu exclusividade com a introdução da noção de “complexo médico-industrial” - constituído pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares - complexo este apontado como grande indutor do comportamento médico, e de novas exigências diagnósticas e terapêuticas por parte dos usuários (Mattos, 2001, p. 46).

Em nosso país, entre várias experiências voltadas para a Medicina Integral, pode-se citar o exemplo do Ambulatório de Medicina Integral do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como um local onde se propunha praticar

“um modelo de atenção que pudesse dar conta dos aspectos preventivos e curativos da atenção à saúde, e que pudesse abordar os vários aspectos do adoecer, não se limitando apenas ao enfoque biológico das doenças” (Camargo Jr., 1994, p.6)

Muitos dos ideais contidos na proposta deste serviço (prevenção na assistência; o reconhecimento de que existem vários aspectos no processo do adoecimento, a negação do reducionismo ao biológico, entre outros), bem como nas proposições dos históricos defensores da medicina integral, foram posteriormente incorporados pelos que hoje propugnam a *integralidade* como um conjunto de valores e sentidos, como veremos ao longo dessa dissertação.

No entanto, o termo “integral” não se aplica apenas a essa tendência da medicina de se afastar da excessiva especialização médica. Encontra-se também o uso generalizado do termo “saúde integral” para se referir às mais diversas matérias associadas à idéia de assistência mais abrangente da saúde, desde programas governamentais (“saúde integral da mulher e da criança”), na publicidade de planos de saúde, até seu emprego em publicações religiosas dos mais diversos credos, como sinônimo de uma “atenção holística”, ou como o princípio mais representativo das práticas terapêuticas alternativas.

A expressão “saúde integral” tem sido utilizada, ainda, como sinônimo de medicina integral e mesmo de integralidade. Saúde integral chegou a merecer uma definição da própria Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS - que, segundo Vasconcelos (In *Radis*, n. 14, 2003, p.7), seria “formular políticas de saúde a partir do conhecimento da realidade, com base técnica sólida e participação social”.

Já a “atenção integral à saúde” foi objeto de todo um capítulo do Relatório Final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, onde se defendia sua implementação em todas as unidades e serviços de saúde do SUS; definia o modo como deveria ser implementada este modelo de atenção; considerava-a indissociável de articulações intersetoriais que visassem à melhoria da qualidade de vida; recomendava que se garantisse sua execução por parte das secretarias municipais de saúde; preconizava incentivos técnico-financeiros do Ministério e das secretarias estaduais de saúde aos municípios que aderissem à idéia de uma

“atenção integral”; recomendava várias ações dos gestores do SUS objetivando a sua viabilização (10^a. CNS, *Relatório Final*, p. 71-74).

Neste relatório, considerando todo o capítulo dedicado à atenção integral à saúde, reconheceu-se a necessidade de ações e políticas governamentais que garantissem a prática da *integralidade*, já fortalecida dois anos antes com a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF - em 1994.

Embora neste documento da 10^a. Conferência Nacional de Saúde tenha-se optado pelo uso de “atenção integral em saúde”, o texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990) já falava em *integralidade*, no seu artigo 7°:

As ações e serviços (...) que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todo os níveis de complexidade do sistema; (...)

A *integralidade* representou um passo adiante em relação ao ideário da Medicina Integral, e das proposições seguintes que enriqueceram e ampliaram este ideário, pelo seu caráter mais abrangente, ao incorporar racionalidades médicas alternativas; ao se ocupar do sofrimento do indivíduo considerado em sua subjetividade; ao defender a participação do paciente em seu processo de cura, e, sobretudo ao praticar a prevenção e o diagnóstico precoce. Todos esses elementos correspondem à idéia de que a *integralidade* deve ser pensada a partir da “apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros” (Mattos, 2004, p.5), indo além do simples atendimento à demanda do usuário.

1.2 Os signos da *integralidade*

A polissemia do termo *integralidade* revela a multiplicidade dos sentidos e dos significados que lhe são atribuídos em diferentes trabalhos, cujos entendimentos são

bastante distintos entre os pesquisadores e trabalhadores das equipes de saúde nas suas práticas cotidianas.

Xavier e Guimarães (2004, p.142-152), estudando as “palavras-signo” que ajudam a definir *integralidade*, relacionam mais de vinte termos que se enquadram nesta categoria¹, dentre os quais destacamos o diálogo, a escuta, a intersubjetividade, a interação, a reciprocidade e a sociabilidade. Esses termos têm em comum a referência ao uso da comunicação oral como veículo para sua realização; o que significa que o princípio da *integralidade* compartilha em diversos aspectos o mesmo campo semântico da linguagem, que como se sabe constitui-se como um sistema de signos.

Por isso, os autores citados propõem que também a *integralidade* pode ser compreendida como um sistema de signos (como a linguagem), e recorrem à semiótica, principalmente ao pensamento teórico de Peirce² (1975, p.135) para conceituar “signo” como aquilo que, sob certo aspecto ou modo, representa algo para alguém e atua como um mediador entre um objeto e a mente (In: Xavier e Guimarães, 2004, p. 143).

Ainda na intenção de pensar teoricamente o signo e a *integralidade*, como linguagem, podemos, além de Peirce, também recorrer a Bakhtin (1988), citado por Xavier e Guimarães, para a compreensão de signo, a partir de sua teorização sobre o signo lingüístico uma vez que, segundo ele, todo o mundo exterior se reflete na língua. Postulando que “consciência individual é um fato sócio-ideológico” (p.35), Bakhtin afirma que ela (a consciência) “adquire forma e existência nos signos criados por um grupo no curso de suas relações sociais. (Por isso)...a lógica da consciência é a lógica da comunicação ideológica, da interação semiótica de um grupo social (p. 35-36).

Se queremos identificar os signos da *integralidade* na prática cotidiana de uma residência em saúde da família, essa reflexão bakhtiana nos orientará, pois permite compreender que só chegaremos a esses signos se partirmos da análise dos discursos dos sujeitos *envolvidos nas experiências relacionais* que se produzem

¹ Acesso, acolhimento, interesse, escuta, abertura, alteridade, diálogo, prioridade, comprometimento, responsabilização, inclusão, cuidado, vínculo, participação, diversidade, intersubjetividade, dialética, conhecimento, coletividade, interação, reciprocidade, sociabilidade, entre outras.

² Charles Sanders Peirce é referência quando se trata de Semiótica da Comunicação (*Semiótica*, 1985 e *Semiótica e Filosofia*, 1975).

nesse contexto estudado. Como afirma Bakhtin, “os signos só podem aparecer em um *terreno interindividual*”, mas esse “terreno” não é um campo “natural” e sim o campo da relação social, pois como diz o teórico

“não basta colocar face a face dois *homo sapiens* quaisquer para que os signos se constituam. É fundamental que esses dois indivíduos estejam socialmente organizados, que formem um grupo (uma unidade social): só assim um sistema de signos pode constituir-se”. (Bakhtin, 1988, p. 35)

Nosso projeto de estudo vai focalizar justamente um grupo social, ou uma unidade social formada pelas pessoas envolvidas nas atividades das práticas de saúde de uma UBS que tem o PSF e onde, por isso, se desenvolve um programa de residência em saúde da família. Assim, profissionais de saúde, usuários, familiares, preceptores, residentes e inúmeros outros sujeitos sociais estão envolvidos, isto é, estão “socialmente organizados” e praticando cotidianamente o encontro dessa diversidade de subjetividades, que com suas falas, percepções, crenças, costumes, vão construindo discursos que podem ser pensados dialogicamente, para recorrer mais uma vez a um termo bakhtiniano.

Assim, de posse dessas reflexões teóricas sobre a construção dos sentidos de *integralidade* e na perspectiva de pensar sobre os signos da *integralidade*, reportamo-nos àquela localização dos sentidos da *integralidade* em três campos: como marca de uma boa prática de saúde; como um caminho para a reorganização dos serviços de saúde; e como princípio norteador das políticas governamentais de saúde (Mattos, 2001). Esses três exemplos de campos de aplicação da *integralidade* possibilitam demonstrar “as diversas dimensões que a *integralidade* pode assumir” (Mattos, 2004), “dimensões” que, em última análise, se relacionam diretamente com as manifestações ou os signos da *integralidade* que deveriam estar (ou estão) presentes nos diversos níveis de atenção à saúde.

A partir dessas observações, entende-se que *signos da integralidade* podem ser compreendidos a partir de um conjunto de atitudes esperáveis, ou presentes, não apenas nas práticas profissionais cotidianas das equipes de saúde, mas também na formulação e na execução (por parte dos governantes) das políticas públicas, sejam elas de saúde ou não. Contudo, como nesse trabalho estamos visando

especificamente à percepção que determinados atores têm da *integralidade*, vamos nos ater, sobretudo, ao primeiro ponto, o das práticas dentro das equipes de saúde.

Algumas atitudes e circunstâncias podem ser arroladas como exemplos de integralidade: o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde; uma boa escuta do profissional de saúde para o usuário; a responsabilização das equipes de saúde de uma UBS pelas famílias da área adstrita; o espontâneo estabelecimento de um vínculo entre essas mesmas equipes e seus pacientes; a participação dos usuários na organização dos serviços, e o respeito e a solidariedade entre os membros da equipe de saúde.

No entanto, não basta elencar os elementos-signos da *integralidade* esperáveis na prática de saúde, pois como afirmam Xavier e Guimarães “*integralidade*-signo (...) é *integralidade* tal como ‘aparece’, tal como a podemos perceber fenomenicamente, nos diversos espaços dos processos, saberes e práticas de saúde” (2004, p.143). Assim, mais do que tentar conceituar ou definir por meio de um saber teórico sobre *integralidade*, é preciso observar como ela é *percebida* pelos diversos sujeitos envolvidos nas situações das práticas de saúde e, especialmente, identificar os múltiplos processos de negociação que se desenvolvem entre as subjetividades no plano das interrelações profissionais e pessoais, necessários para que a *integralidade* se construa.

1.3 Saúde e doença: percepções

Na implementação de políticas ou de programas de saúde, como no caso do PSF e da Residência em Saúde da Família, os bons resultados dependerão do grau de compreensão e de aceitação apreendidos por todos os indivíduos envolvidos, aí incluídos profissionais, pacientes e as famílias (Uchôa e Vidal, 1994, p. 6). Nesse caso é fundamental que haja uma eficaz comunicação entre o Ministério da Saúde, como formulador das políticas, os níveis de execução dessas políticas, e mesmo no interior das equipes de saúde (residentes-preceptores-gestores) e dessas com os usuários dos serviços e com as famílias. Para haver esta comunicação (por meio de ações clínicas e educativas) de forma eficaz e intersubjetiva, é preciso que sejam atenuados os impactos dos diferentes “modelos explicativos” para as doenças contidos nos discursos dos profissionais, dos pacientes e das famílias (Idem,

Ibidem). Os “modelos explicativos” são modos de percepção e de compreensão das experiências de vida das pessoas. São visões de mundo expressas pela linguagem e pelos discursos. Os discursos produzidos socialmente são fortemente ideológicos, isto é, são carregados de sentidos que não são individuais, e sim coletivos. O discurso não é um território homogêneo com sentidos únicos, mas um local de conflitos e lutas sociais, onde surgem e transformam-se diferentes significações. Nos discursos circulam conceitos e valores que transitam socialmente, e que os falantes aceitam, modificam e divulgam.

A diversidade cultural presente no aconselhamento dos profissionais de saúde, frente ao usuário-paciente, é abordada por Bonet (2003), exatamente por se configurar aí um contexto social onde “se misturam múltiplas visões de mundo” (p. 139).

Portanto para que se implementem políticas e programas há uma trajetória a ser percorrida que envolve uma diversidade de culturas, linguagens, signos, percepções, interpretações e representações dos atores envolvidos.

No nosso caso, do PSF e da Residência em Saúde da Família, é essencial que sejam apreendidos os valores, crenças e normas que movem residentes, preceptores e gestores³, em suas distintas categorias profissionais, constituindo um conjunto de informações que alimentem, ao longo do tempo, as estratégias a serem propostas por formuladores e executores de políticas e programas de saúde (Vaitsman, Farias, Mattos, Campos F°. 2003).

É também sabido que

“diferentes vertentes contemporâneas na área de planejamento e gestão dão aos atores um papel central na condução dos processos de mudança, por meio de seu envolvimento e participação nos processos gerenciais” (Idem, Ibidem).

Assim, considerando o “papel central” dos atores nesses processos de mudança nas práticas de saúde, pode-se recorrer às correntes interpretativas fundamentadas na perspectiva antropológica, já que a antropologia concebe a cultura como o universo de símbolos e significados (Uchôa e Vidal, 1994, p. 5), e compreende as relações culturais a partir de um conjunto mais amplo de códigos e representações, de visões de mundo que orientam as práticas, de valores, crenças e

atitudes, por tudo isso é pertinente que se queira compreender as percepções, interpretações ou representações que residentes, preceptores e gestores tenham do PSF e do programa de Residência no qual estão inseridos.

Nos dias de hoje, em uma “tendência pós-burocrática”, passou-se a destacar a importância das percepções, expectativas, valores e opiniões dos trabalhadores no desenvolvimento dos processos organizacionais. Com base nessa convicção, Vaitsman e al. (2003) construíram até um indicador – Índice de Percepções Organizacionais – IPO - “com o objetivo de contribuir para melhorar a capacidade de gestão em organizações de saúde”.

Nos diversos campos das ciências sociais e econômicas a construção de índices tem servido como medida e monitoramento de eventos, além de proporcionar comparações entre os vários componentes dos indicadores.

No caso particular do IPO a elaboração do índice objetivou captar as opiniões e percepções dos membros de uma organização, sob o foco dos novos modelos de gestão, especialmente da administração gerencial (Id. Ibid.).

O trabalho de Vaitsman e al. destaca, no estudo das percepções, a importância de se levar em conta o “clima” na instituição. Definindo o clima organizacional como

(...) um conjunto de sentimentos positivos ou negativos referente às relações entre as pessoas e ao funcionamento da organização, estando intrinsecamente ligado não apenas como as pessoas percebem a organização, sua inserção e perspectivas aí dentro, mas às motivações de seu comportamento, em um determinado momento ou conjuntura organizacional. (P. 4)

Na elaboração do IPO, foram consideradas quatro grandes dimensões a serem pesquisadas: infra-estrutura; gestão; clima organizacional; e cultura. Cada dimensão, por sua vez, é composta por um conjunto específico de variáveis (Vaitsman e al., 2003, p. 5).

O instrumento proposto, neste estudo, para a coleta de dados foi um questionário, com base nas dimensões e suas variáveis, em um modelo específico pra um hospital público, mas ajustável para outros tipos de instituição de saúde (Id. Ibid., p. 7).

³ Evidentemente se incluem aí os usuários cuja percepção seria objeto de uma pesquisa específica.

Para o cálculo dos valores do IPO, faz-se uma média aritmética dos índices obtidos a partir das variáveis componentes de cada uma das dimensões (infra-estrutura; gestão; clima; e cultura).

Os autores da pesquisa, ora referenciada, pretenderam, com a construção do IPO, criar uma “ferramenta para apoiar a gestão, (...) monitorar processos em curso no cotidiano organizacional, e propor intervenções pontuais sobre os problemas identificados” (Id. Ibid., p. 14).

Embora o IPO não seja utilizado como técnica de pesquisa nesta dissertação, consideramos pertinente sua divulgação como uma ferramenta útil para estudo das instituições de saúde, especialmente no que tange ao trabalho em equipe.

2 PSF: DE PROGRAMA A ESTRATÉGIA

2.1 Saúde da família e atenção básica

Para que se contextualizar corretamente o campo de investigação do presente trabalho, julgamos necessário retomar, ainda que brevemente, o percurso histórico-político e social da saúde da família no Brasil. Na década de 70 surgiram no país os primeiros programas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde – APS –, o que vinha ao encontro da estratégia proposta em 1978 pela Organização Mundial da Saúde para atingir o objetivo de “saúde para todos no ano 2000”, segundo os princípios da justa distribuição de recursos, do envolvimento comunitário, e ainda da prevenção, da tecnologia apropriada e da abordagem multidisciplinar em saúde.

Dos programas de APS no Brasil, o mais estudado foi a rede constituída pelo Programa UNI, já focados na família⁴ (Almeida, 1999; Câmara, 1986) e na comunidade, e não mais no indivíduo, como se pode ver em estudos de diversos autores sobre esse assunto (Kisil, e Chaves, 1994; Starfield, 2002; Viana e Dal Poz, 1998).

Esses programas, segundo Favoreto (2002, p.16), geralmente denominados de Medicina Comunitária, deram origem à Residência de Medicina Geral e Comunitária, que passou, posteriormente, a ser denominada Medicina de Família e Comunidade

Entre os princípios básicos do documento que lançou o Programa UNI, encontra-se a proposta de que o Programa viesse a contribuir para “o desenvolvimento de modelos de sistemas locais de saúde, centrados no enfoque familiar, contemplando tecnologias apropriadas tanto para a prestação de serviços como para a formação profissional” (Kisil e Chaves, 1994, p. 67).

Ainda na década de 70 começaram a ser implantadas, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, as Ações Integradas de Saúde – AIS – numa primeira ação concreta de integração do governo federal com Estados e Municípios. Nesse aspecto as AIS representaram o primeiro movimento em direção à intersetorialidade e à interinstitucionalidade nas práticas da formação

⁴ Na rede do Programa UNI os prontuários já eram organizados no formato “envelope família”, como foi o caso do projeto PACI – Programa de Ação Comunitária Integrada – da UFJF, onde atuei como preceptor de estudantes da Faculdade de Medicina.

profissional em saúde, conforme recomendam Santos e Westphal (1999, p. 86), Ceccim (2002, p. 153), Rocha (2002, p. 65), e outros estudiosos do tema.

Mesmo assim, as AIS não chegaram a ser suficientes para a substituição do modelo anterior, atuando mais como uma correia de transmissão entre o modelo centralizado, privatista, e o descentralizado, estatista. Ainda assim pode-se dizer que seu mérito consistiu em ter tido o papel de preparar o terreno para o surgimento do SUDS/SUS.

Entretanto, só com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS -, em 1987, foi possível constituir novos arranjos institucionais para a política de saúde que, diferentemente das AIS, provocou uma maior aproximação entre o Governo Federal e os Estados, fortalecendo o planejamento e a programação das ações de saúde. A partir disso, a definição de competências entre as três esferas de Governo ficou mais clara⁵.

Com o avanço das AIS para o SUDS, foram dados passos fundamentais para a unificação da saúde num só Ministério: evoluiu-se das AIS para o SUDS, e desse para o SUS, desenvolvendo-se paralelamente o processo de extinção do INAMPS, autarquia então presidida pelo sanitarista Hésio Cordeiro, o próprio desencadeador desse processo só concluído em 1993, através da Lei 8.689.

Em 1988 foi convocada uma Assembléia Nacional Constituinte que incluiu, na Constituição dela resultante, a Seguridade Social tendo como eixos a Saúde, a Previdência e a Assistência Social; deve-se lembrar, contudo, que essa seguridade ainda encontra-se pendente de implementação, como todo um conjunto de políticas públicas nas áreas acima citadas.

No ritmo da lenta transição político-institucional das reformas do setor saúde no Brasil após a Constituinte de 88 (Favoreto, 2002, pg. 11), somente em setembro de 1990 foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19.09.1990), onde se encontra a *integralidade* como um dos princípios do SUS em seu artigo 7º (v. 1.1).

No ano de 1991, o Ministério da Saúde - MS - implantou em regiões desassistidas do Norte e Nordeste o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde -, passando, na mesma época, a editar as Normas Operacionais

⁵ É preciso observar que, dado o caráter transicional do SUDS, ele não chegou a ser plenamente implementado em todo o país, tendo tido algum nível de consolidação na região sudeste, incluindo a cidade de Juiz de Fora.

Básicas - NOB's - que vieram a constituir o arcabouço institucional e normativo do PSF que se iniciaria em 1994.

Em 1993 foram feitos dois movimentos no sentido de fazer vir à luz o Programa de Saúde da Família. Um deles foi a edição da NOB 93 que passou a permitir transferências financeiras de fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais). Essa medida veio fortalecer o papel do gestor municipal, pois não mais permitia o pagamento direto do MS aos prestadores de serviços privados e filantrópicos. O outro movimento foi a decisão política do MS em implantar o PSF, tomada em reunião do então Ministro da Saúde, Henrique Santillo, com representantes dos Estados, Municípios, técnicos do MS e consultores internos e externos do Ministério e de agências financiadoras (Viana e Dal Poz, 1998, p. 11).

Em março de 1994, ainda no governo Itamar Franco, mas já sendo Adib Jatene o Ministro da Saúde, foi lançado oficialmente pelo MS o Programa de Saúde da Família, quando houve então uma multiplicação de equipes de Saúde da Família, cujo número duplicou entre 1994 e 1995, triplicando contudo a capacidade de atendimento se se contar o número de municípios beneficiados pela implementação de novas equipes.

A edição da NOB/96 ensejou interpretações diametralmente opostas. Enquanto Bueno e Merhy apresentaram-na para discussão na 10ª. Conferência Nacional de Saúde (1996) como “uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes”, Mascarenhas e Almeida (2002) consideram-na “um recurso estratégico de política nacional para a mudança do modelo assistencial vigente no país” (p. 83).

Trabalhos recentes, como o de Bonet (2003), recuperam esta perspectiva favorável:

O PSF veio para mudar as relações estruturais do campo; ao transformar as relações, modificaram-se as posições entre os agentes, sendo necessário repensar as características que definiam a identidade do grupo. (P. 347)

A partir de 2001 as NOB's foram substituídas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS-SUS - época que o PSF começa a se configurar menos como programa e mais como estratégia de implantação do SUS (de PSF a ESF), com a consolidação dos Pólos de Capacitação de Recursos Humanos para o

PSF (Cerveira, 2002, p.22-23 e Campos, 2002, p.5). Nesse mesmo ano foi editada a NOAS 01/01 que teve um papel indutor de maior equidade na alocação de recursos e de melhor acesso aos serviços, promovendo também um aprofundamento da descentralização (Andrade, Barreto, Martins, 2002, p. 75-80).

Pode-se dizer que a NOAS 01/02 representou um aperfeiçoamento da anterior e redefiniu com maior clareza o papel das Secretarias Estaduais de Saúde - SES - que careciam de uma inserção mais definida no SUS. Às SES ficou atribuído o planejamento, a programação, o controle e a avaliação da implementação do Sistema Único de Saúde nos municípios.

Esse levantamento do perfil histórico e político serve para contextualizar o tema, mas sobretudo permite reflexão sobre todo o processo do encaminhamento das políticas de saúde para a superação da atenção centrada no indivíduo, privilegiando-se a Saúde da Família. Assim, pode-se inferir que “a Saúde da Família não é uma proposta nova. Na verdade, ela agrega saberes e práticas acumuladas há muito tempo por diversas pessoas e diversas instituições ao longo desse país” (Souza, 2000, p.15).

De fato, observa-se que os programas de Saúde da Família, nos seus mais diversos modelos dentro e fora do país, são herdeiros de experiências ligadas à atenção básica ou seus assemelhados como as “ações básicas de saúde”, ou “ações primárias de saúde”- “cuidados primários de saúde”, ou o mais universal: “atenção primária à saúde” ou simplesmente APS; tendo todos pontos em comum e aproximações conceituais. Dentre os conceitos mais difundidos, o de Alma-Ata sobre APS é, provavelmente, o mais conhecido e debatido. Segundo ele “a APS é o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país (...) representando o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde” (OMS, 1978, p. 5-6).

Outros autores refletem em direção semelhante. Starfield (2002) refere-se à APS como a base dos sistemas de saúde, enquanto Vuori (1985) já fala em *atenção continuada e integral*, tendo como referência das equipes de saúde os médicos generalistas ou de família, o que também se afina com os princípios da APS. Expressões como “assistência médica primária”, “atenção primária seletiva” e “atenção primária integral” encontram-se num estudo de Vasconcelos (1999) sobre as diferentes concepções e propostas de APS, que considerava a proposta de Saúde da Família do Brasil, naquela altura, condizente com o conceito de atenção

primária integral. Cordeiro (2001) estabelece uma conexão entre “cuidados básicos” e a estratégia de APS preconizada pela OMS, quando afirma:

Uma tendência importante, na atualidade, é a de enfatizar os cuidados básicos e ambulatoriais de saúde, transferindo parte das tecnologias mais complexas incorporadas ao atendimento hospitalar para as policlínicas, para os espaços familiares e comunitários, dando um novo conteúdo ao projeto de atenção primária à saúde formulado em Alma-Ata. (In: Arruda, 2001, p.96)

Goulart (2002), destacou pontos que unem os conceitos de APS e Saúde da Família, como se pode observar nas seguintes concepções:

1. As práticas de saúde como objeto da *intervenção do Estado*, o que as caracterizaria como partes de um corpo de *políticas sociais*;
2. O processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um *âmbito generalista*, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo de tipos de doenças;
3. Os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na *ampliação e superação dos conceitos tradicionais* antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;
4. A proteção voltada não apenas para indivíduos singulares, mas para *coletivos* (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de *práticas sociais de saúde*;
5. O desenvolvimento de *vínculos* entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

Aguiar (1998) também faz esta relação, porém sem grandes expectativas com relação ao PSF:

(...) como mais uma proposta de organização da atenção primária em saúde o PSF não parece introduzir inovações significativas, (...). Como projeto de extensão de cobertura da assistência médica, alinha-se a outras propostas, como Medicina Comunitária e a Medicina Familiar (...) (P. 111)

Há também autores que vêem o risco de que o PSF se torne um instrumento de legitimação das propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial, para

a região latino-americana, tornando-se um modelo de atenção voltado para os pobres (Paim, 1996, p. 19). Uma análise mais abrangente desse assunto está contemplada na tese de doutorado de Mattos (2000).

Ainda nessa direção, com a implementação da NOB-SUS/96, o Ministério da Saúde adotou, a partir de 1998, o conceito de *Atenção Básica em Saúde*, que definiu como “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Souza, 2000, in: *Manual de Atenção Básica*). E no documento do MS, abaixo citado, encontra-se a estratégia Saúde da Família como o projeto estruturante da atenção básica e apontava ações prioritárias para a reorganização da Atenção Básica como: o cadastramento da população, o cartão SUS, a referência e contra-referência e o acompanhamento e avaliação (MS/DAB, 2000).

Outro dado que se destaca no processo de reorganização e fortalecimento da atenção básica é a implantação pelo MS, em 2001, da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que visa a articular a atenção com toda a rede de serviços. Nessa Norma estão definidas as responsabilidades e as ações estratégicas mínimas que todos os municípios devem desenvolver no âmbito da atenção básica: saúde da criança e da mulher; saúde bucal; controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus; e eliminação da hanseníase (MS-SPS, 2002, p. 25). Neste processo a inclusão da saúde bucal também é considerado pelo MS como “outro incremento relevante”, que visou à ampliação do acesso da população a esse serviço, e ao incentivo do sistema para a organização da saúde bucal como um todo.

São também destacados no *Relatório de Gestão 2002* do MS-SPS, como estímulos ao fortalecimento e reorganização da atenção básica objetivos tais como: aumentos consecutivos de recursos específicos (46% de 2000 a 2002); implantação do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família (2001/2002); acompanhamento da implementação da NOAS acima referida. No aspecto da capacitação de recursos humanos, destaca-se a formação de Agentes Comunitários de Saúde, o acompanhamento e avaliação dos Pólos de Educação Permanente para o PSF, e o estímulo ao financiamento de cursos de especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família (MS/DAB, 2000, p. 29-48).

3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

3.1 Antecedentes – alguns aspectos históricos e políticos

Tomando por base o texto de Rocha (2002), trataremos aqui de alguns aspectos históricos e políticos da trajetória da formação profissional em saúde no Brasil.

Pode-se considerar como parâmetro histórico para o início do processo, o chamado “período colonial” (p. 47), a partir da vinda da família real portuguesa, na primeira década do século XIX. Foram criadas então as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, exatamente onde se localizaram as primeiras faculdades de medicina do Brasil. Nestas academias estavam incluídos os cursos de *Pharmacêutico* e de *Parteira*, embora somente o de Medicina tivesse o estatuto de curso de nível superior.

De acordo com essa autora, o período que se estende de 1800 a 1930, foram criados e regulamentados por decreto os cursos de odontólogo e de mestre em obstetrícia, como anexos às Faculdades de Medicina, onde já existiam aqueles já citados (medicina, farmácia e curso de parteira). É também desse período a regulamentação do Departamento Nacional de Saúde Pública, bem como o uso das Santas Casas de Misericórdia para treinamento de profissionais de saúde de nível médio, para os quais não havia ensino formal.

A partir de 1930, e até os anos sessenta do século XX, temos o que se pode chamar de “período desenvolvimentista” (p.48), ou seja, um processo de tentativa de modernização do país, que sucede à “república velha”. Foram editados vários decretos, leis e outras matérias constitucionais que aos poucos provocariam uma reorganização extensa e profunda do sistema educacional brasileiro. Assim foram surgindo profissionais vinculados a atividades diversas, como práticos de farmácia, técnicos de laboratório, massagistas, ortopedistas, entre outros.

Mas mesmo nesse contexto, a formação técnica e de nível médio dos trabalhadores de saúde continuava a ser feita sob a forma de treinamento em serviço, em instituições públicas e privadas e nas instituições militares, sendo que nesta altura apenas a formação médica estava consolidada no país. Os médicos respondiam pela formação dos demais profissionais, e pelo funcionamento em geral dos serviços de saúde, numa situação que persistiu por muitas décadas.

Apesar da proposta de modernização, este período continuava a refletir a divisão social brasileira, já que ainda pertencia às classes mais favorecidas o privilégio de cursar as escolas de nível superior, restando aos demais terem seu trabalho de certo modo expropriado sob a forma de treinamento em serviço.

Continuando na proposta de reflexão contida no texto de Rocha (2002), observa-se que após 1960, e até os dias de hoje, ocorre um período de intensa normatização no campo da saúde e da educação. Seria o “período internacionalista” (p.48), profundamente marcado pelas circunstâncias políticas e ideológicas do regime militar e da redemocratização do país. No debate de idéias que evidenciou as profundas contradições entre “contenção e liberação” (p. 49) também o campo da saúde foi amplamente discutido. Todas as ocupações da área da saúde foram extensivamente regulamentadas por portarias, decretos, resoluções, mas ainda assim, não se extinguiu a diferença de tratamento político-institucional entre a escola e o trabalho, de modo que a formação de nível médio seguiu na “tendência tecnicista” enquanto a formação superior buscava incorporar uma visão humanista moderna. Assim, um grande contingente de trabalhadores de saúde em atividade não possui, ainda nos dias de hoje, a qualificação formal escolar, continuando a ser formado “em serviço”.

Nesse contexto histórico, a autora chama a atenção para a marcante e polêmica influência, sobre as concepções do ensino médico no Brasil do século XX, do *Relatório Flexner*, de autoria do educador americano Abraham Flexner (1910), adotado como modelo no Brasil através da Lei 5.540/68. O *Relatório*, segundo Rocha, propõe em linhas gerais, o ensino prático tendo o hospital como referência; a ênfase na abordagem clínica/individual, na especialização, no privilégio da pesquisa biológica, e ainda, a autorregulação do exercício profissional.

Esse paradigma científico da formação em saúde, especialmente da formação médica, seguiu provocando discussões e reflexões críticas, como se vê, por exemplo, em Marsiglia (2004). Segundo essa perspectiva da formação, os pontos mais polêmicos, seriam, em termos gerais, a separação da formação teórica da formação profissional; o uso de métodos passivos de ensino-aprendizagem; o espontaneísmo nas práticas docentes; as estruturas curriculares rígidas, e a realização do ensino prático exclusivamente nos hospitais de ensino (p. 31).

No entanto, fortalecidos por um instrumento legal, acima referido, os ideais de Flexner vêm predominando no ensino médico brasileiro há mais de trinta anos,

perpetuando a desarticulação interprofissional e a desintegração do ensino com os serviços, na contra-corrente dos movimentos transformadores da formação em saúde, ora discutidos no Brasil, como veremos adiante.

Voltando a Rocha (2002), observa-se que as mudanças nesse campo do saber – a formação em saúde – serão mais efetivamente verificáveis a partir dos movimentos civis dos anos 80 e 90, que levaram à promulgação da Constituição de 1988. O texto constitucional redefiniu as bases conceituais, legais e operacionais dos setores de saúde e da educação nacionais, gerou a Lei Orgânica da Saúde (1990) e a criação do SUS, na esteira do Movimento Sanitarista, além da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – Lei 9.394/96 (Rocha, 2002, p. 50; Marsiglia, 2004, p. 33).

3.2 Crise do modelo e propostas de mudança

Dos anos 90 para cá vêm se avolumando estudos (Christófar, 1992; Teixeira e Paim, 1996; Almeida, Feuerwerker e Llanos, 1999; Sório, 2001; citados por Ceccim, 2002, e Rocha, 2002, entre outros), que questionam a qualidade dos profissionais de saúde formados no atual sistema educacional brasileiro, e a permanência concomitante do grande contingente de trabalhadores sem qualificação:

Sabe-se que estratégias isoladas das escolas ou dos serviços de saúde são insuficientes para arguir a contradição fundamental do processo de formação e de assistência à saúde: de um lado, a não incorporação da categoria “processo de trabalho em saúde” na formação e, de outro, os serviços de saúde não investirem na formação e qualificação (educação continuada) de seus trabalhadores (Christófar, 1992, p. 22. In: Rocha, 2002).

Teixeira e Paim (1996, p. 19-20), citados por Ceccim (2002, p. 147) apontam uma crise da *formação* e do *desenvolvimento* de recursos humanos em saúde no Brasil, decorrente tanto de *determinantes externos* – (complexo médico-industrial; organização dos serviços de saúde; mercado de trabalho e política de saúde do Estado), como de *determinantes internos* – (desintegração básico-profissional, e

biológico-social; especialismo; domínio da ideologia liberal; conservadorismo docente; desarticulação ensino-serviço, etc.).

Ceccim (2002, p. 148) faz uma distinção entre formação e desenvolvimento de RH, onde a formação implica habilitação de quadros para a saúde em geral, ocorre nos espaços de educação formal/órgãos formadores e gera titulação oficial; o desenvolvimento implica qualificação em serviço e educação permanente dos quadros profissionais ou em cada serviço em particular e pode ocorrer por núcleos de desenvolvimento junto às gerências de recursos humanos.

Nesse contexto de crise, as discussões avançam e as ações surgem como alternativas de superação da fragmentação da formação profissional. Por exemplo, desde a década de 70 vêm sendo propostas diversas experiências pedagógicas e curriculares, no campo da saúde, em tentativas de incorporar e articular outras áreas do conhecimento e de integração da formação com as comunidades.

Assim, numa proposição vanguardista, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, através do Centro de Saúde-Escola Murialdo, implantou em 1976 uma residência em *Saúde Comunitária*, antecipando-se às recomendações sobre cuidados primários à saúde que viriam no bojo da Conferência de Alma-Ata em 1978 (Ceccim, 2002, p. 144). A partir daí vieram outras experiências, já abordadas no item 2.1.

A Faculdade de Medicina da UFJF, em 1980, incluiu a Medicina Comunitária como um dos estágios obrigatórios para os estudantes do último ano do curso. Esse estágio funcionava nos espaços dos Centros de Saúde da Prefeitura (hoje UBS's), numa equipe constituída também por formandos de enfermagem e de serviço social, com os respectivos preceptores. Os prontuários nesses serviços eram organizados por família, e as visitas domiciliares faziam parte da rotina de estudantes e preceptores. Atuei como preceptor de Medicina neste estágio, no período de 1980 a 1985.

Na década de 80 desenvolveram-se experiências mais articuladas entre as instituições de ensino e os serviços públicos de saúde como as propostas de Integração Docente Assistencial – IDA –, financiadas pela Kellogg Foundation e apoiadas pelo MEC e pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – (Marsiglia, 2004, p. 32). Esta década ficou marcada internacionalmente (1988) por uma conferência sobre formação médica realizada na Escócia, cujo resultado foi divulgado na chamada *Declaração de Edimburgo*. O texto da Declaração traz

recomendações direcionadas a inovações pedagógicas, à extensão do ensino nos espaços comunitários, a definição de prioridades nacionais, a preparação dos estudantes para a promoção da saúde e a prevenção das doenças, o estímulo à educação permanente, entre várias outras (Marsiglia, 2004, p. 31).

A *integralidade* como eixo nas mudanças da formação dos profissionais de saúde é defendida por Ceccim e Feuerwerker (2004), quando propõe:

A integralidade é tomada como eixo para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação de profissionais, já que implica uma compreensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e de gestão setorial. (P. 11)

A crise do modelo e as propostas de mudança continuam na agenda dos anos 90, quando surgiram proposições que visavam avançar, de forma mais orgânica, nas articulações entre instituições formadoras, serviços públicos de saúde e movimentos organizados da população. Exemplo disso é o Programa UNI, que também logrou financiamento da Kellogg, na esteira das denominadas *Propostas de uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade – UNI* - (Marsiglia, 2004, p. 32).

Os projetos do programa UNI, desenvolvidos em instituições de ensino superior – IES – do Brasil e da América Latina, trabalhavam com base em quatro diretrizes: base epidemiológica; interdisciplinaridade; trabalho em equipe multiprofissional; e ensino-aprendizagem em serviço (Rosa, 1994, p. 26, citado por Ceccim, 2002, p. 152). Em 1995, as propostas IDA e UNI tornaram-se a Rede UNIDA, que passou a privilegiar o estudo das temáticas relacionadas à formação dos profissionais de saúde, visando à sua transformação (Marsiglia, 2004, p. 32).

Iniciado ainda na década de 90, mas estendendo-se até os dias de hoje, outro movimento que vem caminhando no sentido de transformar as práticas pedagógicas na campo da formação em saúde é o das associações de profissionais de saúde de nível superior, iniciado pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM -, e seguido pela Associação Brasileira de Ensino de Enfermagem – ABEn – e a Associação Brasileira de Ensino de Odontologia. Segundo Marsiglia (2004, p. 32), as associações “(...) demonstravam preocupações com a avaliação das instituições de ensino, com os modelos de formação dos profissionais de saúde e com a qualidade

da formação oferecida (...)"'. Nessa perspectiva crítico-propositiva foi criada em 1991 a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, que congrega as entidades ligadas ao ensino superior, entidades representativas de docentes e discentes, entidades médicas reguladoras, associativas e sindicais e, desde 1999, conta também com a presença de representantes dos gestores do SUS (Merhy e Aciole, 2003; citados por Marsiglia, 2004, p. 32).

Este conjunto de iniciativas com vistas à construção de novos paradigmas na formação profissional em saúde, juntamente com ações promovidas pelo Conselho Nacional de Educação – CNE - e o Conselho Nacional de Saúde – CNS – resultaram em ciclos de discussão sobre novas diretrizes curriculares para os cursos da área de saúde. De comum acordo com as entidades representativas dos profissionais de saúde, as instituições de ensino, e o sistema de saúde, o CNE passou a editar, a partir de novembro de 2001, as resoluções que foram construindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação profissional das doze profissões classificadas como da área de saúde: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Odontologia, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Educação Física e Psicologia (Marsiglia, 2004, p. 33).

Dentre as propostas que induziram essas experiências no campo da formação profissional, cabe também aqui uma referência ao PSF, pois à medida em que implementou uma nova orientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, o Ministério da Saúde acabou por interferir no mercado de trabalho e, conseqüentemente, na formação dos profissionais, para adequá-los à estratégia proposta pelo PSF.

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF, de 1997 a 2002 (Brasil, MS, 2002), e a idéia mais ampliada dos Pólos de Educação Permanente em Saúde – EPS -, criados em 2003 (Brasil, MS, 2003), foram as conseqüências mais imediatas da implantação do PSF. O impacto desta nova estratégia (saúde como produção social) no sentido de oferecer saídas para a crise do modelo da formação em saúde, tem sido objeto de análise na academia brasileira hoje.

Ao propor os Pólos de Educação Permanente em Saúde em 2003, através da Portaria nº 198/GM/MS, o Ministério da Saúde resgatou uma proposta da OPAS, formulada na década de 90 (Ribeiro, 2004), como

(...) uma proposição metodológica de Educação Permanente (EPS), centrada no reconhecimento do potencial educativo dos espaços de trabalho e na indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento em instituições comprometidas com a qualidade do cuidado. (P. 288)

No documento onde se encontra a proposta do MS para a criação dos Pólos de EPS, foi feito um levantamento de programas anteriores (pólos de saúde da família, residências, cursos, Promed, Profae, entre outros, que nem chegaram a se consolidar), que teriam sido implementados “de forma desarticulada ou fragmentada”, levando-os à uma baixa capacidade de “produzir impacto sobre as instituições formadoras” e de “promover mudanças ns práticas dominantes no sistema de saúde” (Brasil, 2004, p. 5).

A expectativa do MS, ao resgatar a idéia da EPS, é que essa proposta de educação permanente se constitua em um “eixo transformador; em uma estratégia mobilizadora de recursos e poderes; e em um recurso estruturante do fortalecimento do SUS” (Id. Ibid., p. 5-6).

3.3 Da educação em serviço aos espaços do conhecimento

O treinamento em serviço, como vimos no item 3.1, é um dos mais tradicionais processos de ensino-aprendizagem no campo da saúde no Brasil. Apesar da constância desse modo de formação, nem suas bases conceituais, nem a avaliação de sua eficácia encontram consenso entre os seus estudiosos.

Santana e Christófaró (2002, p. 01) vêem este processo “(...) como síntese e expressão do conjunto das relações sociais, portanto imbricados entre si e com todos os demais processos que impactam o mundo do trabalho(...)”. Essa reflexão sugere que se pense na alta complexidade existente no cotidiano dessas práticas, já que envolvem a necessidade de articular diversas instâncias profissionais, pessoais e sociais. Assim, envolvem então uma intrincada articulação intersubjetiva.

Considerando o sujeito em formação, Ceccim (2002) vê na educação em serviço uma das formas de desenvolver o *aperfeiçoamento profissional*. Nesse sentido o autor defende que

O contato continuado dos profissionais com os usuários das ações e serviços de saúde, atuando em equipes com trabalho

coletivo e co-responsável, permite o cruzamento de saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais (...) (p. 151)

Se desse ângulo há destaques positivos a fazer, há também aspectos em discussão. Repensar a articulação ensino-serviço à luz das inovações existentes na LDB é, em síntese, a proposta de Rocha (2002, p. 55), que parte da percepção de vários problemas no modo tradicional de se fazer a educação em serviço.

A autora destaca, sobretudo, o fracionamento entre formação e prática assistencial, devido à visão pré-concebida da prática, transmitida pelos educadores na graduação; a inserção sem critérios nos serviços de saúde tornando-o campo fértil para as práticas clientelistas ou pressões corporativas; a insuficiência de instrutores/supervisores nos espaços de atenção à saúde, assim como as precárias condições materiais encontradas nos serviços públicos de saúde; as metodologias educativas tradicionais e repetidoras de rotinas e protocolos, sem questionamentos das especificidades de cada caso.

A superação dos empecilhos apontados seria possível, segundo ela, pela consideração da LDB sob uma nova ótica, que permitisse redesenhar os currículos de modo a torná-los flexíveis e a permitir uma articulação eficaz entre a teoria da graduação e os saberes da prática cotidiana. A releitura das diretrizes ofereceria condições para uma educação permanente dos trabalhadores que estão na formação e dos que estão nos serviços, de forma integrada e multidisciplinar; manteria os educadores sempre atualizados quanto a metodologias inovadoras de ensino; e, ainda, garantiria incentivos econômicos necessários à melhoria geral do processo de formação (Rocha, 2002, p. 55-58).

Na mesma direção, a de pensar a transformação da atual perspectiva de se promover o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, encontramos o texto de Paulon, Robinson, Coelho e Flores (2002, p. 136). Para transitar de uma perspectiva baseada nas normatizações para uma que considere o plano da subjetividade, as autoras propõem como instrumento as bases teóricas da *Análise Institucional*⁶, que segundo elas permitiria “interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições”, e auxiliaria os grupos compostos de formações

⁶ Movimento construído na Europa, destacadamente na França (anos 60), sob a influência do marxismo e da psicanálise, cujo objetivo era o de rever tudo aquilo que fosse estabelecido como único modo de existência nas mais diversas esferas. Surge no Brasil nos anos 70, como instrumento de análise e intervenção nas instituições.

variadas a entenderem como conduzir seu dia-a-dia num ambiente de trabalho coletivo (multiprofissional). Ou seja, na Análise Institucional o propósito é apoiar o coletivo para que se torne sujeito do seu próprio destino e conduza o seu próprio processo de descobertas. Essas se constroem a partir das práticas discursivas dos atores envolvidos, que se articulam dialogicamente. A pertinência dessa estratégia se fundamenta no objetivo-chave da Análise Institucional que “busca a transformação das instituições a partir das práticas e discursos dos seus sujeitos” (L’Abbate, 1997, p. 265).

De fato, é imprescindível encontrar uma estratégia transformadora no campo da formação em saúde, como parte da produção e da difusão social de conhecimento, e da educação em geral.

No ambiente de constante renovação tecnológica em que vivemos é amplo e geral o reconhecimento de que a apreensão de novos conhecimentos extrapola os caminhos da formalidade e que esses novos conhecimentos passaram a ficar disponíveis em diversos espaços educativos, tais como nas empresas, na mídia em geral, nos cursos técnicos públicos e privados, no espaço domiciliar, na comunidade, na internet e em tantos outros. Compreender essa realidade nos conduz à necessidade de repensar todos os métodos de certificação de competências, por pelo menos dois motivos: primeiro, porque quem é considerado competente em determinado campo do conhecimento hoje pode não sê-lo daqui a seis meses; segundo, porque muitas competências são adquiridas fora do espaço formal. Neste sentido, Rocha (2002), propõe a adoção de um Sistema Nacional de Certificação de Competências Profissionais, na área da saúde, no Brasil. O objetivo principal deste sistema seria o de “transformar processos tecnicistas de aquisição do conhecimento em processos humanizadores, socialmente justos, e responsavelmente éticos” (p. 61).

Este universo de novas tecnologias, novos saberes e nova subjetividade é objeto da análise de Dowbor (1994), em interessante reflexão sobre a diversificação dos espaços educacionais em função de uma sociedade em profunda transformação. O autor considera que o mundo contemporâneo se configura hoje de modo totalmente diverso do mundo recentemente passado, graças ao progresso tecnológico, principalmente no que tange à informática, à biotecnologia, às telecomunicações, aos novos materiais e às novas formas de energia; à globalização ; à urbanização; às polarizações (entre ricos e pobres); e à dimensão

do Estado_(*máximo* nos países ricos e *mínimo* nos países pobres). Para cada um dos grandes *eixos de mudança* referidos por Dowbor, há um evidente impacto na educação.

Ao considerar este conjunto de transformações o autor deduz que ninguém mais consegue aprender tudo o que está sendo produzido, nem os especialistas; e por isso, hoje aprender a “navegar” é talvez mais útil do que muitas das práticas do aprendizado formal. Nesse mundo do simultâneo foi transformada a cronologia do conhecimento, não mais prevalecendo a sequencia estudar, trabalhar, aposentar. Por isso, também se modificou o papel do educando, principalmente o adulto, que virou sujeito de sua própria formação perante o leque de opções nos *espaços do conhecimento*.

Tratando mais especificamente dos novos espaços do conhecimento, o autor considera que é necessário compreender a dinâmica das novas tecnologias para que sejam usadas para o bem estar de todos e não para aumentar as polarizações e a desigualdade como acontece hoje. E principalmente chama a atenção para o fato de que o acesso aos espaços do conhecimento está ligado ao resgate da cidadania para a pobreza crescente no Brasil e no mundo. (Dowbor, 1994, p. 02-05)

Nesse cenário, o texto propõe uma urgente reconfiguração do papel do ensino institucional para que não se percam as potencialidades nele contidas, devendo a atenção ser especialmente maior nas universidades que vêm perdendo cada vez mais francamente sua dimensão universalizante e seu papel sócio-cultural nas comunidades, vendo-se cada vez mais incapazes, e não convencidas, de enfrentar a transformação da educação em mercadoria de alta lucratividade. (Rocha, 2002, p. 63-64). No caso do Brasil esta perda de importância das universidades públicas encontra-se particularmente agravada pelo desinvestimento progressivo a que estão submetidas por sucessivos governos, tanto no nível estadual quanto no federal.

Diante da reconhecida ineficácia do atual sistema educacional para a formação de profissionais que promovam uma verdadeira transformação no campo sanitário do Brasil, ao lado de políticas públicas promotoras de integralidade e dos demais princípios do SUS, é inescapável a discussão sobre o papel das instituições formais de ensino. Voltaremos a discutir especificamente o papel da universidade no item 3.4.

O debate de idéias a que nos reportamos nesse capítulo tem a participação de Ceccim (2002, p. 153), quando considera que, para inovar na gestão da educação

no SUS, seria oportuno desviar o foco da integração docente-assistencial ou ensino-serviço para priorizar a articulação formação-gestão-participação social, onde a integralidade seja o eixo, não só da atenção, como da gestão em saúde. No texto de Ceccim e Feuerwerker (*Physis*, v. 14, n.1, 2004) esta proposta de articulação, acrescida da atenção, é apresentada como o *quadrilátero da formação para a área da saúde*, formado por ensino, gestão, atenção e controle social. Nesta linha de pensamento as discussões metodológicas e pedagógicas relativas ao ensino dariam lugar a um amplo processo de cooperações técnicas e demais políticas de articulação interinstitucional e intersetorial onde o aprendizado se daria em trocas recíprocas e continuadas.

Entre as idéias inovadoras para a transformação das práticas das equipes de saúde pode se incluir também um outra proposição de Ceccim (2004, p. 265), de introduzir a ética *entredisciplinar* à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde, da qual falaremos adiante, no item 3.5.

3.4 Desafios e possibilidades para a formação profissional

Entre os desafios a serem vencidos na direção de uma educação transformadora para os profissionais de saúde, Marsiglia (2004, p. 40) destaca aspectos que revelam a dificuldade em se mudar cultura nesse campo, como a força hegemônica do ensino disciplinar nas escolas em contraposição ao saber popular. Paralelamente a esse aspecto, e tão problemático como ele, existe a ideia arraigada em muitas instituições de ensino em saúde de que a docência é uma mera decorrência da experiência profissional, não exigindo nenhum preparo específico.

Do ponto de vista institucional, o ensino também fica comprometido pelas múltiplas demandas e exigências do MEC sobre as escolas e seus docentes, devido à maior valorização da produção científica e da titulação dos professores do que sua dedicação ao ensino de graduação ou, eventualmente, aos egressos que voltam à sua escola com fins de educação permanente. Em se tratando a universidade de ser uma instituição de ensino e pesquisa, essa valorização é até compreensível, mas não se pode aceitar que ela seja contraposta ao ensino e à formação no nível da graduação do profissional de saúde.

Por outro lado, há que se reconhecer, como quer a autora (Marsiglia, 2004), que alguns fatores têm favorecido mudanças na formação profissional em saúde, como é o caso dos incentivos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde às prefeituras que implantam o PSF, criando assim novos postos de trabalho para várias categorias de trabalhadores em saúde. Esse é o caso também do estímulo às parcerias das Secretarias Estaduais de Saúde com as instituições de ensino, através dos Pólos de Educação Permanente, gerando condições para a implementação de algumas ações relacionadas à intersetorialidade (Id.Ibid.).

Nesse aspecto, retomando o referido texto de Marsiglia (2004), deve-se destacar mais especificamente o apoio governamental, através do MEC, à regulamentação das residências em saúde da família e à implantação de residências multiprofissionais, o que as fortalece politicamente no âmbito das instituições, funcionando também por esse aspecto como atrativo para os recém-formados. Ainda pode ser considerado positivamente para mudança de cultura, as pressões de diversas forças nesse campo a favor do cumprimento das diretrizes curriculares nacionais para os cursos das doze profissões de saúde (Id. Ibid.).

Com relação à docência, existe, na percepção desta mesma autora, que as diretrizes do PSF resgata ideais e valores vislumbrados por muitos profissionais da saúde, que foram aparentemente abandonados pelo poder público. Nesse sentido, os professores têm sido surpreendidos pelo interesse dos profissionais atuantes no PSF pelos cursos que freqüentam, o que certamente os motiva a se atualizarem e a se adaptarem pedagogicamente.

No campo ético, pode-se considerar que há uma positiva expectativa de que preconceitos de especialistas com relação aos profissionais da atenção básica serão paulatinamente superados, o que permite pensar na consolidação de um trabalho realmente colaborativo entre os vários níveis de atenção (Id.Ibid.).

Também contribuindo para a reflexão sobre os limites e as possibilidades de inovação nesse campo, Ceccim (2002, p. 148) aborda os aspectos desafiantes para a formação de profissionais destinados ao SUS, apontando os que ele considera mais desmobilizadores para os trabalhadores em saúde de nível médio: a baixa escolaridade e a reduzida profissionalização. Nos de nível superior a especialização, segundo sua avaliação, constitui-se num dos principais empecilhos por comprometer o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a atenção integral à saúde.

Quanto as possibilidades, Ceccim (2004, p. 274-275) sugere que seriam três os princípios ordenadores do trabalho e da educação dos profissionais de saúde. Um deles é que o sistema de saúde vigente – o SUS – deve ser a bússola tanto da formação quanto dos serviços, através das leis, princípios e valores que o regem. Outro, é a prioridade que deve ser dada ao trabalho em equipe, sendo essa de caráter multiprofissional; e, finalmente, o terceiro princípio diz respeito a tudo o que se refere ao atendimento integral à saúde, com toda a polissemia da integralidade (acesso assegurado aos serviços de saúde, acolhimento, respeito aos usuários, escuta, cuidado, e organização das práticas articulando formação, gestão, atenção e controle social).

Mudança nas práticas educativas, mais do que mudança nos espaços do conhecimento é, em termos gerais, a proposta que se depreende da visão de Rocha (2002). Para que isso ocorra, seria imprescindível a substituição da filosofia da competição pela da solidariedade e a da rivalidade pela da cooperação, o que permitiria se pensar na criação de “espaços de consenso” entre os vários segmentos da sociedade (como a intersectorialidade defendida pelo PSF), e no incentivo à participação e envolvimento de mais atores na construção da sociedade do conhecimento a (p. 65).

Nessa direção de mudança das práticas, mais que de espaço, a autora aponta para a oportunidade de que seja repensada a matriz decisória do setor educacional, reformulando-se a hierarquia vertical – níveis de governo – e a articulação horizontal dos sistemas público, comunitário e privado. Essa nova idéia, de caráter político estrutural, possibilitaria a coexistência de várias formas flexíveis de gestão da educação que, na dinâmica do processo de mudança, contribuiria para o desenvolvimento de um processo concreto de transformação do cotidiano (Id.Ibid).

3.5 Residências, pólos de educação, e o papel da universidade

A complexidade da formação em saúde cria a necessidade de uma atualização permanente, devido ao risco de que quase tudo o que é ensinado e aprendido durante a graduação se torne rapidamente obsoleto. Exige ainda o acompanhamento constante dos continuados avanços da pesquisa científica, para que o senso crítico permaneça sempre aguçado. Além disso, o profissional de saúde

deve levar em conta que é sua postura em relação aos usuários dos serviços de saúde e à equipe de saúde no seu conjunto, é que de fato indicará se ele é, ou não, um profissional adequado às necessidades de saúde da população e ao Sistema de Saúde, conforme o previsto na Constituição brasileira, que é o SUS.

O reducionismo ao biológico ou ao tecnológico, na lógica da formação tradicional, pode levar ao estabelecimento de uma indesejável relação *sujeito-objeto*, ou pior, se um profissional de medicina, às vezes até inconsciente ou involuntariamente, torna-se refém da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, a sua prática pode estabelecer até mesmo uma relação *objeto-objeto*. Nesse sentido, impõe-se a urgente necessidade de se resgatar nas práticas de atenção à saúde uma relação *sujeito-sujeito*. Nesse tipo desejável de relação, duas pessoas que se encontram numa situação de desigualdade emocional e em níveis diferentes de conhecimento, precisam ser reconhecidas como sujeitos capazes de pensar, de opinar e de agir com autodeterminação (Lima-Gonçalves, 2002, p. 69).

Como desejamos mais à frente inserir a discussão sobre a necessária relação *sujeito-sujeito* no caso concreto do Programa de Residência em Saúde da Família da UFJF, que é o objeto central desse estudo, vamos então historiar sucintamente a criação das Residências Médica, de Enfermagem, a de Serviço Social, e o desenvolvimento desses programas no Brasil, e posteriormente chegaremos ao momento de focalizar o caso da Residência em Saúde da Família da UFJF.

A percepção de que a formação do profissional médico não se encerra nos estudos formais do curso de medicina não é nova. Embora hoje se tenha o direcionamento para uma formação continuada mais plena e integral, no passado, a criação das residências médicas. Se por um lado levou às especializações dos campos disciplinares, por outro, pelo menos indicou a consciência de que o curso de medicina, em si, não era suficiente. Tendo sido o século XIX o das grandes descobertas que ampliaram os recursos diagnósticos e terapêuticos da medicina⁷, ficou patente a necessidade de se complementar a formação do médico após o regime de graduação.

⁷ O século XIX foi a época de Virchow, Morton, Laennec, Pasteur, Kock, Claude Bernard, Purkinje, e de outros grandes pesquisadores. Foi também nesse século que a ciência avançou no controle da dor, da hemorragia e da infecção, criando novos horizontes para a cirurgia e transformações na arquitetura hospitalar.

Nos Estados Unidos, em 1889, nasceu a pós-graduação em medicina, sendo o processo de Residência Médica – RM – formalizado naquele país em 1917. E já em 1927 a Associação Médica Americana organizou a primeira relação de hospitais aprovados para o desenvolvimento de programas de Residência Médica.

Os primeiros programas de RM no Brasil foram implantados em duas conhecidas instituições hospitalares: no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1945-1946; e no Hospital dos Servidores do Estado – IPASE – no Rio de Janeiro, em 1947-1948. Porém só em 1964, a Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM – convalidou os programas já implantados até essa época, e em 1976 o Conselho Federal de Medicina definiu, em parecer específico, as características da RM na mesma linha definida pela ABEM em 1964 (Lima-Gonçalves, 2002, p.70-71).

A UFJF, desde 1975, oferece RM nas quatro áreas básicas, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia e Gineco-Obstetrícia, que funcionam no HU-UFJF, e numa Maternidade conveniada com a Universidade. Em 1977 formaram-se os primeiros residentes médicos da UFJF. Posteriormente foram criadas outras residências, como a de Enfermagem, a de Bioquímica, a de Serviço Social e a de Psicologia.

No interesse da qualificação institucional da RM, em 1977 foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, como parte do Ministério da Educação, onde se acham representados a ABEM, a Associação Nacional dos Médicos Residentes, a Associação Médica Brasileira e a Associação Brasileira de Hospitais, seguindo recomendação do Conselho Federal de Educação (Lima-Gonçalves, 2002).

No mesmo decreto que criou a CNRM (n. 80.281 de 05.09.1977), foi também formalizada uma área considerada entre as preferenciais para RM, a de Medicina Preventiva e Social que, em vários casos, acabou dando origem a residências médicas ligadas de alguma forma à saúde da família. Mas, independentemente de reconhecimento formal pelo MEC, existiam experiências pioneiras em torno da Atenção Primária à Saúde – APS - que também evoluíram para residências voltadas para a Medicina Comunitária ou de Família, como em Porto Alegre no caso da experiência pioneira da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, através do Centro de Saúde-Escola Murialdo, que implantou em 1976 uma residência em *Saúde Comunitária* (Ceccim, 2002, p. 144), em São Paulo (USP, e posteriormente Unicamp e UNIFESP) , no Rio de Janeiro com o Serviço de Medicina Integral da

UERJ, assim como os programas financiados pela Fundação Kellogg⁸, genericamente designados como “Medicina Geral e Comunitária”, todos da década de 70 até o início da de 80 (Goulart, 2002, p. 293-296).

Em 1981, através da Resolução 07/81 da CNRM, foi oficializada a RM em “Medicina Geral Comunitária”, ratificada pela Resolução 1.232/86 do Conselho Federal de Medicina. Desde 2002 esta Residência passou a se chamar oficialmente de “Medicina de Família e Comunidade” e assim é reconhecida pelo Ministério da Educação (Falk, 2004, p. 01-03).

Na Enfermagem, pode-se considerar que o primeiro caso de treinamento em serviço que se tem registro é o da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública para o qual foi adaptado o Asilo São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro em 1890 (Fernandes, 1975; Gussi, 1987). Em 1939, na Escola Paulista de Enfermagem foi oferecido o primeiro curso, em nível de pós-graduação, em Enfermagem Obstétrica. O uso do termo “residência” foi inaugurado pelo programa de “aperfeiçoamento em enfermagem pediátrica”, criado em 1961 no Hospital Infantil do Morumbi, da Legião Brasileira de Assistência – LBA – (Lopes e Baptista, 1999, p.60-61).

A partir dos anos 70 surgiram então várias Residências propriamente ditas: UERJ, UNI-RIO, Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz-MS), UFBA, UFPE, o que levou o Conselho Federal de Enfermagem a editar a Resolução COFEN-259/2001, que estabelece padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista na modalidade de Residência em Enfermagem.

A Residência de Enfermagem da UFJF foi criada em 2000, com duração de dois anos, com duas vagas para “enfermeiros recém-formados”, desenvolvendo suas atividades nos ambulatórios e enfermarias do Hospital Universitário e nas Unidades Básicas de Saúde – UBS - de Juiz de Fora. Integrado ao programa de residência é realizado um curso de especialização em “Ações Institucionais e de Saúde Pública”, sendo obrigatória sua frequência pelos residentes de enfermagem. Tem como objetivo geral:

⁸⁸ Estes programas (“Programa UNI”) envolviam 23 projetos em 13 países latino-americanos, no Brasil com apoio do Ministério da Educação, que, segundo Cordeiro (2001), deram novo impulso às mudanças na educação médica ao incorporarem diversas metodologias, com componentes de integração docente-assistencial, APS, ensino-aprendizado baseado em problemas, regionalização de

... o atendimento à demanda de ações para a saúde, dentro dos princípios da 8a. Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem, (...) centradas na saúde coletiva (...), com a participação comunitária e atendimento integral. (*Programa de Residência em Enfermagem da UFJF*, 2000)

A Residência de Serviço Social da UFJF foi criada em 1998, na esteira das experiências de residência multiprofissional que surgiram após a promulgação da Constituição de 1998, e com ela a mudança de paradigma na saúde. Posteriormente, em 1997, o Serviço Social foi incluído na relação das profissões do campo da saúde, o que serviu de estímulo adicional ao projeto da criação da residência. Entretanto são poucas ainda as residências específicas de serviço social (UERJ, Grupo Hospitalar Conceição), estando os assistentes sociais participando mais de residências multiprofissionais/integradas (Mourão e al., 2001, p.).

Foi no Hospital Universitário que teve início a Residência de Serviço Social da UFJF, estendendo-se no seu segundo ano de funcionamento para as UBS's de Juiz de Fora, sendo o Serviço Social uma categoria que sempre esteve presente nas equipes de saúde, das unidades municipais, desde o início da década de 80. Os residentes frequentam também um curso de especialização em *Ações Institucionais e de Saúde Pública*, durante os dois anos de residência. As vagas são em número de 10 e os residentes recebem uma bolsa no mesmo valor dos residentes médicos do HU-UFJF. Tem como objetivo geral,

(...) o atendimento à demanda sócio-sanitária, dentro dos marcos firmados pela Constituição de 1988, quanto à descentralização, participação comunitária e atendimento integral. (*Programa de Residência em Serviço Social da UFJF*, 1997)

A residência em saúde da família como forma complementar de formação em saúde, após a graduação, é questionada por Souza (2001), que não enxerga nesta modalidade formativa “a idéia da formação conjunta com outros profissionais, (o que) já determina uma fragilidade em relação à intersectorialidade ou interdisciplinaridade” (p. 116). Esta inquietação da autora talvez encontre resposta na Residência Integrada em Saúde, abordada no item 3.6.

É ainda a mesma autora que argumenta com ceticismo em relação às residências em saúde da família, como uma das estratégias para transformar o ensino em saúde, quando diz:

(...) poderíamos dizer que o PSF se rendeu ao modo como a biomedicina se organiza e procura o reconhecimento utilizando o mesmo mecanismo, quer dizer, residência ou especialização em saúde da família. Ou seja, mais uma fragmentação ou segmentação da biomedicina. (p. 114)

Paralelamente à evolução das residências ligadas à Saúde da Família, o MS criou em dezembro de 1996 (Brasil, MS, 2002), os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o Programa de Saúde da Família, que representou uma relevante experiência de articulação entre o MS e o MEC na medida em que envolveu diversas universidades públicas, em várias regiões do país como sede desses Polos.

Em Juiz de Fora, a UFJF, através do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde – NATES -, foi selecionada por edital, para abrigar o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o Programa de Saúde da Família, abrangendo sudeste e sul de Minas Gerais. O propósito era reorientar as práticas do trabalho em saúde, envolvendo a adequação dos profissionais inseridos nos serviços de saúde e aqueles que estão em processo de formação, atingindo 198 municípios de sua área de abrangência que incluem 2,4 milhões de habitantes (MS, *Anais dos Pólos de Capacitação*, 2000, p. 49-50).

Os Pólos constituíam uma rede de instituições públicas comprometidas com a integração ensino-serviço, orientadas para atender a demanda de capacitação de pessoal para a estratégia Saúde da Família. Recebiam recursos do MS para o desenvolvimento de uma agenda de trabalho anual, onde eram contempladas as “ações necessárias” para a implementação dessa estratégia de capacitação para o PSF (MS/DAB, 2002, p. 22).

Até 2002, existiam 30 Pólos de Capacitação englobando cerca de 117 instituições públicas de ensino. Em curto prazo as ações dos Pólos deveriam estar voltadas para a Capacitação e Educação Permanente dos profissionais inseridos em equipes de Saúde da Família e a médio e longo prazos, para a formação na

graduação, gerando reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço, voltadas mais para a academia (Id.Ibid.).

Eram doze as atividades básicas realizadas pelos Pólos de Capacitação: o Treinamento Introdutório e capacitações diversas dirigidas aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, aos que trabalhavam em áreas prioritárias, como DST/AIDS, saúde bucal, tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial e nutrição. Capacitação destinada à atenção às doenças prevalentes na infância (AIDIPI); das equipes dos sistemas de informação da atenção básica (SIAB); para os profissionais que trabalhavam nos programas de saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso; e também a capacitação de gestores (Id. p.23).

Incluía atividades para integração das secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais e os pólos; e ações para aprimoramento da equipe técnica dos pólos. Ao mesmo tempo previa, ainda, projetos que visassem às transformações na formação dos profissionais de saúde (MS/DAB, 2002, p. 22-23).

O Ministério da Saúde e o da Educação, além da parceria nos Pólos citados acima, voltaram a atuar articuladamente em 2002 no Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed (v. 4.3).

Mas foi com a criação, pelo MS, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES – em 2003, que se colocou em relevo a importância da formação em saúde como elemento fundamental para a implantação definitiva do SUS. Na SGTES encontra-se o Departamento de Gestão e da Educação na Saúde – Deges – “que agrupou todas as ações que existiam anteriormente no Ministério e que foi ganhando uma outra construção teórica e de práticas, outra relação com os gestores do SUS e com os órgãos formadores” (Ceccim, 2004).

Desse mesmo Departamento partiu a proposta de uma “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS” em documento aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – realizada em Brasília em 18.09.2003. O MS, nesse documento, entre outras propostas, adota a “educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social” (p. 03). O mesmo documento considera a articulação entre educação e trabalho e entre formação e trabalho a diretriz chave da educação permanente em saúde, sendo o município o lugar apropriado para a concretização deste ato político (p. 34). Para essa articulação é proposta a criação de *espaços* para o estabelecimento do diálogo e da negociação

entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras – “rodas de debate e construção coletiva”.

Ainda neste mesmo conjunto de proposições e formulações, contidas no documento citado, a gestão da Educação Permanente em Saúde - EPS - será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esses Pólos trabalharão sempre com os elementos que visem à *integralidade* na atenção em saúde, conforme previsto na Constituição do país.

Para que se atendam os princípios da *integralidade*, recomenda-se observar: a “compreensão da clínica ampliada”⁹; o conhecimento da realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; o conhecimento e o trabalho com base nos perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de cunho regional, estadual e nacional como dengue, malária e tuberculose, por exemplo (p. 09-11).

No contexto definido por esses princípios, a Universidade Federal de Juiz de Fora propôs, já em dezembro de 2003, a constituição do Pólo de Educação Permanente em Saúde – PEPS - do sudeste mineiro (94 municípios), ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS - desta região. Internamente, na Universidade, foi criado um colegiado voltado para a EPS envolvendo as Pró-Reitorias de Formação, Extensão e Pesquisa, o Hospital Universitário (futuro Centro de Atenção à Saúde - CAS¹⁰), os cursos e Residências da área da saúde, Diretório Central dos Estudantes e o Sindicato dos Trabalhadores da UFJF (Resolução 32/03 do Conselho Superior da UFJF).

Neste Pólo do sudeste mineiro foram priorizados os trabalhadores de saúde inseridos nas equipes que atuam na:

- Atenção Básica;
- Urgência e emergência;
- Atenção domiciliar;
- Reabilitação psicossocial;
- Atenção ao parto;

⁹ Conceito desenvolvido por Campos, G.W.S. em “*A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*”, 1997.

¹⁰ CAS: Espaço físico em construção na UFJF, financiado pelo MS, que substituirá o atual Hospital Universitário como referência terciária para os programas do SUS local e regional.

- Gestão das ações e serviços de saúde.

Fazem também parte do público-alvo deste Pólo:

- Docentes e discentes, de graduação e pós-graduação, dos cursos da área de saúde;
- Usuários do SUS;
- Gestores/gerentes públicos de saúde;
- Dirigentes institucionais;
- Membros dos conselhos de saúde.

Os parceiros preferenciais deste Pólo são, além da UFJF, a Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura de Juiz de Fora, a Secretaria Estadual de Saúde, os Conselhos de Saúde (municipal, regionais e estadual), usuários dos serviços e do ensino público de saúde, além dos demais órgãos públicos ligados à área. Mas são também co-partícipes os movimentos sociais orientados para políticas de saúde, outras entidades formadoras de profissionais de saúde, centros e núcleos de saúde coletiva (UFJF, 2003).

No estado de Minas Gerais as primeiras experiências de implantação do PSF ocorreram em 1994, após a assinatura de um “protocolo de intenções” entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde/MG – SES-MG. Inicialmente 12 foram os municípios contemplados com recursos financeiros do MS para a montagem de uma infra-estrutura mínima necessária à implantação do referido programa (CIB-MG, 2003).

Minas Gerais foi o estado pioneiro na instituição de um incentivo financeiro aos municípios que assumissem o compromisso de desenvolver e manter em funcionamento programas específicos voltados para o atendimento à saúde da família (Lei 12.428/97). Esta medida ampliou significativamente a adesão dos municípios ao PSF (Id.).

Atualmente a SES-MG, juntamente com a Comissão Intergestores Bipartite – CIB-MB – além das diretrizes nacionais do PSF, tem procurado resgatar o papel regulador do Estado e o planejamento participativo, trabalhando com um modelo centrado na noção de parâmetro de necessidade e não de desempenho (Id.).

O pólo estadual é o “Fórum Estadual de Educação Permanente para o SUS-MG”, com um colegiado constituído por representantes das instituições formadoras, dos municípios e do governo estadual (CIB-MG, 2003).

Considerando que tanto as Residências como os Pólos de Educação na área da saúde envolvem universidades públicas, é oportuno que retomemos aqui a discussão sobre o papel da Universidade iniciada no item 3.3.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, com a criação do SUS, como resultado de uma ampla mobilização da sociedade, passamos a viver sob a égide de um novo paradigma: a produção social da saúde¹¹, que implica o reconhecimento de que os determinantes de saúde são mediados socialmente, havendo necessidade de ações intersetoriais para implementação das novas políticas de saúde e outras políticas públicas que possam superar as profundas desigualdades nacionais, e ações que promovam a articulação de diferentes saberes e práticas intra e intersetoriais (Santos e Westphal, 1999, p. 77). Este paradigma traz em seu bojo a vigilância à saúde¹², sua promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Com a progressiva implementação do Sistema Único de Saúde, a formação dos profissionais de saúde vem sendo transformada, em ritmos variáveis de avanço nas diferentes instituições de ensino e nas regiões do Brasil, requerendo das universidades e, especialmente das públicas uma adequação aos novos tempos.

Entretanto, as universidades viveram muitas transformações sociais, políticas e econômicas ao longo de seus oito séculos de existência, mas diante delas as universidades vêm perdendo sua capacidade de dominar todos os ramos dos novos conhecimentos tanto pela falta de suporte financeiro como pela crescente mercantilização do conhecimento (Mance, 1999, p. 3; Rocha, 2002, p. 63).

No centro do processo de sucateamento das universidades brasileiras encontram-se, paradoxalmente, as universidades públicas, deixando exposta a contradição entre o discurso governamental que prega o (suposto) papel de

¹¹ Definida como direito universal e resultante de condições de vida e trabalho, “garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, Senado, 1988. In: Santos e Westphal, 1999, p. 76).

¹² A consequência deste princípio na formação dos profissionais de saúde se consubstanciou na iniciativa da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA – ao lançar em dezembro de 2002 o *Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar)*, que é um curso destinado a servidores que atuam no campo da Vigilância Sanitária, desenvolvendo atividades de prevenção e controle de doenças, epidemiologia e promoção de saúde (In: *Radis*, n. 14, 2003, p. 7).

liderança das universidades públicas e, simultaneamente, se demite de sua obrigação com essas instituições negando-lhes suporte financeiro. De fato, com a hegemonia do neoliberalismo, as privatizações amplas e irrestritas também atingem frontalmente as universidades estatais na medida em que “os agentes financiadores internacionais, como o Banco Mundial, condicionam a liberação dos recursos à implantação de reformas educativas que, destinando menos verbas às universidades, forçam a sua progressiva privatização” (Mance, 1999, p. 7).

Na busca de “parcerias” com setores privados para poderem se manter, as universidades públicas têm formado recursos humanos e produzido conhecimentos que são apropriados pelas empresas financiadoras, afetando profundamente a autonomia universitária que passa a trabalhar a reboque dos “parceiros” (Id.Ibid).

Com perdas em financiamento, autonomia e de seu sentido universalizante “a maior parte das universidades (...) não está mais no centro da mudança social” (Id. p. 8-9). Diante dessa nova realidade, o autor considera que as universidades vêm sendo reduzidas a formadoras de profissionais para o mercado de trabalho, fazendo isso segundo as diretrizes do próprio mercado, e ao mesmo tempo desconsiderando as dimensões fundamentais da educação para a cidadania. Outro aspecto perverso neste processo de lenta destruição das instituições públicas de ensino superior é a sua transformação em celeiro de professores qualificados às custas dos cofres públicos e depois atraídos pelos melhores salários das universidades privadas.

Com a diversificação de novos *espaços do conhecimento*, como é o caso da internet, das redes digitais, das listas de discussão, das teleconferências, dos telecursos, dos *sites* educativos, o acesso aos novos conhecimentos torna-se mais aberto, mas a informação é apenas veiculada, sem um tratamento crítico-analítico, sem problematização, sem questionamento do já estabelecido. Nesse caso, não se poderia falar de educação para a cidadania, o que ainda é conceitualmente a prática das universidades públicas (Mance, 1999, p. 10).

Especificamente pensando na formação do trabalhador de saúde, o que se vê nesse quadro é que ele se encontra compelido a conciliar as tarefas tradicionais (técnicas, por exemplo) e, ao mesmo tempo, se equipar com o conhecimentos e as habilidades requeridas pelo novo universo paradigmático em que está inserido. A reflexão abaixo sintetiza, a nosso ver, as dimensões do problema e a complexidade do desafio que a universidade não pode, hoje, deixar de enfrentar:

Aqui talvez resida o maior desafio e a maior missão da Universidade no atual estágio da saúde brasileira: a intersetorialidade, condição básica para o progresso do sistema, traz dificuldades que lhe são inerentes e desafios que não são novos. No campo do ensino, por exemplo, devemos não apenas formar profissionais aptos ao diálogo técnico e leigo com os mais variados setores. Professores e alunos devem estar habilitados a desempenhar atividades antes não requeridas, como a atuação política junto a grupos populacionais, institucionais e órgãos da administração pública. (Santos e Westphal, 1999, p. 86)

3.6 A residência em saúde da família da UFJF

Desde 1996 a UFJF vem oferecendo o Curso de Especialização em Saúde da Família e criou, em 2002, o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com o objetivo de formar profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, para desempenharem suas atividades profissionais em Unidades Básicas de Saúde na estratégia de Saúde da Família – SF -, através de ações de abordagem coletiva e de abordagem clínica individual (UFJF, *Proposta Técnica para Residência em SF*, 2002, p. 8).

Antes de apresentar mais detalhadamente o Programa de Residência em SF da UFJF, vamos considerar brevemente a escolha terminológica. Atualmente há também programas intitulados Residência Integrada em Saúde¹³, e há autores como Ceccim e Ferla (2003, p. 217), que distinguem a Residência Multidisciplinar da Residência Integrada, sendo essa uma “modalidade de educação profissional pós-graduada multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante educação pelo trabalho, mantendo orientação técnica direta e orientação docente em sala de aula”.

O espírito desta forma de Residência é o de estabelecer a integração dos Programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especialização em área profissional); promover a integração entre trabalho e educação; a integração entre as diferentes profissões da saúde (equipe de saúde); a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS, e, finalmente, a

¹³ A criação da Residência Integrada em Saúde se deu pela Portaria SES/RS n.16, de 01.10.1999, e pela Lei Estadual n. 11.789, de 17.05.2002 (Ceccim e Ferla, 2003, p. 217).

integração do campo das ciências biológicas e sociais com a de humanidades, visando alcançar a atenção integral à saúde (Ceccim e Ferla, 2003, p. 217).

O Programa de Residência em SF da UFJF se insere na modalidade de educação em serviço que é uma das formas de desenvolver o *aperfeiçoamento especializado*, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva em equipe multiprofissional. Embora se intitule Multiprofissional, pode-se encontrar na sua *Proposta Técnica* (2002) a preocupação com os princípios gerais da *integralidade*; já na introdução desse documento, enviado ao Ministério da Saúde, faz-se menção à necessidade de se romper “com os tradicionais alicerces das atuais organizações de prestação de serviço, passando a se embasar nos princípios da universalidade, equidade, integralidade”, e preconiza o trabalho com a saúde de forma ampla e compartilhada por todos: governo, profissionais e sociedade organizada (UFJF, 2002).

Este programa propõe que a Residência seja desenvolvida na forma de treinamento em serviço e tendo como campo de prática as Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora-MG que já adotavam a estratégia de Saúde da Família. Sua clientela alvo consiste de profissionais de saúde de nível superior que tenham graduação em enfermagem, medicina ou serviço social que são recrutados mediante processo seletivo, divulgado através de edital público, e oferece 21 vagas anuais assim distribuídas: sete equipes compostas por enfermeiro, médico e assistente social alocadas em três Unidades Básicas de Saúde do município - , além do Auxiliar de Enfermagem e do Agente Comunitário de Saúde – ACS – (UFJF, 2002).

Durante todo o desenvolvimento da Residência são enviados relatórios periódicos à Coordenação de Desenvolvimento de Novas Práticas em Atenção Básica do MS, e à Comissão Estadual de Residência Médica que os repassa à CNRM (Id.Ibid).

No caso da UFJF, a Residência em Saúde da Família tem a duração de dois anos, em tempo integral (60 horas semanais), totalizando 5.520 horas, utilizando a rede de UBS locais, o Pronto Socorro Municipal e o Hospital Universitário da UFJF (clínicas básicas), além dos módulos teórico-didáticos. Ao final do primeiro ano de Residência cada residente deve apresentar também um artigo publicável versando sobre temática relacionada aos conteúdos referentes à Saúde da Família. No

segundo ano, além das atividades já exercidas no primeiro, são realizados seminários temáticos, discussão de casos clínicos, oficinas de trabalho, participação em eventos científicos e elaboração de uma monografia (UFJF, *Proposta Técnica para Residência em SF*, 2002, p. 11-12).

As áreas temáticas usadas nos módulos teórico-didáticos são: Atenção Primária à Saúde, Intervenção no Processo Saúde-Doença, Epidemiologia, Administração das Unidades de Saúde e Capacitação Pedagógica.

No treinamento em serviço são realizadas: consultas coletivas, atenção individualizada e coletiva, trabalhos grupais e visitas domiciliares - complementar à do Agente Comunitário de Saúde – (Id.Ibid.).

A preceptoria é realizada por profissionais que realizam o trabalho nas UBS onde estão os Residentes e foram escolhidos dentro do seguinte perfil: ser integrante de equipe de Saúde da Família há pelo menos dois anos; especialização na área de SF; estar comprometido com a articulação ensino/serviço e ter disponibilidade adicional de dez horas semanais, além das quarenta contratuais, para suas atividades de preceptoria - supervisão, avaliação e educação continuada – (UFJF, 2002).

A Coordenação Técnica da Residência, sediada no NATES, é composta por um docente de cada área profissional, que através do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dão apoio técnico/científico ao conjunto dos preceptores de ensino/serviço e às equipes de Residentes/SF. São docentes com experiência em integração ensino-serviço; representando cada área profissional da Residência, com formação/experiência em Saúde da Família ou Saúde Coletiva e disponibilidade de dez horas semanais (Id.Ibid.).

Como recomendação recorrente em programas e textos oficiais, a interdisciplinaridade precisa ser cultivada nesta e em todas as Residências de SF, sem cair na ilusão de que trabalhar/aprender no mesmo espaço institucional seja garantia de interdisciplinaridade se a dicotomia biológico x social continuar a ser reproduzida nas ações cotidianas da equipe de saúde.

Existe ainda um Comitê Gestor, de caráter deliberativo, constituído de um representante da DSSA/JF; de um representante dos Residentes (escolhido por seus pares); de um representante dos preceptores de ensino-serviço (escolhido por seus pares); de um representante do NATES; do coordenador da Residência Médica representando a Faculdade de Medicina; do coordenador da Residência de

Enfermagem representando a Faculdade e do coordenador da Residência de Serviço Social.

Este Comitê elege o Coordenador Geral da Residência em SF, dentre os representantes da UFJF, que será o responsável pela direção e operacionalização do programa de Residência (UFJF, 2002, p. 13-17).

O acompanhamento, a supervisão e a avaliação da formação teórico-metodológica da Residência estão estabelecidos através de módulos de acompanhamento realizados por preceptores ensino-serviço, coordenação técnica e coordenação gerencial de cada UBS, através da elaboração de relatórios descritivos abordando características específicas de cada categoria (UFJF, 2002, p.17-24).

No caso do preceptor ensino-serviço, seu papel é observar no Residente sua capacidade laborativa, a disponibilidade para a demanda dos usuários e o desempenho acadêmico pela leitura da bibliografia sugerida, pelos estudos de epidemiologia e pela correta interpretação dos indicadores de saúde.

No que tange à coordenação técnica, o eixo principal é trabalhar com a inter-relação entre o conteúdo teórico-metodológico e o processo de trabalho dos Residentes, avaliando múltiplos aspectos. A coordenação gerencial da UBS centraliza sua atuação na avaliação da operacionalização do programa de Residência proposto (Id.Ibid.).

A organização didático-pedagógica é executada pelas Unidades Acadêmicas envolvidas no programa: Faculdade de Enfermagem, de Medicina e de Serviço Social, que providenciam os registros acadêmicos, edital, divulgação de resultados de seleção, matrícula, certificados de conclusão e de Especialização em Saúde da Família.

Já o acompanhamento físico-financeiro está a cargo da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento de Ensino, Pesquisa e Extensão (FADEPE-UFJF), com aprovação preliminar e posterior da Coordenação de Desenvolvimento de Novas Práticas em Atenção Básica/MS.

Está previsto um programa de acompanhamento de egressos com educação continuada e outros recursos como indicadores de qualidade que foram estabelecidos pelos Pólos de Educação Permanente do PSF (UFJF, 2002, p. 24-28).

4 OBJETIVOS E REFERENCIAL METODOLÓGICO

O objetivo principal desta pesquisa consiste em compreender os sentidos e significados atribuídos ao termo *integralidade* pelos residentes e preceptores em sua prática cotidiana em um curso de residência em saúde da família, buscando identificar a existência ou não de nexos constitutivos com a formação profissional e as respostas dadas às demandas dos usuários.

São também objetivos específicos deste estudo: a contextualização do ambiente de atuação dos residentes em saúde da família, no que concerne aos aspectos sociais, institucionais, políticos e culturais; a identificação de signos da *integralidade* produzidos (ou não) pelas práticas de saúde implementadas pelos residentes de saúde da família na UBS de Santa Rita, em Juiz de Fora-MG; o mapeamento dos mecanismos e alternativas utilizadas pelos sujeitos na organização do processo de trabalho multiprofissional, buscando identificar as relações existentes (ou não) nas estratégias políticas de educação/profissionalização desenvolvidas no âmbito do SUS.

4.1 Estratégia metodológica

Conforme apresentado no item 4.3.1, a UBS do bairro de Santa Rita, em Juiz de Fora – MG, foi o espaço utilizado no desenvolvimento da observação para a presente pesquisa, e as entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde que ali trabalham, enfatizando o trabalho das equipes de Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFJF. Foram também compulsadas as atas do Conselho Local e do Conselho Regional de Saúde; os registros da Sociedade Pró-Melhoramentos do bairro; além dos documentos da prefeitura de Juiz de Fora, da UFJF, do NATES e dos Ministérios da Saúde e da Educação.

O período de observação foi de junho a agosto de 2004 com o uso de um diário de campo, onde foram registradas as observações do cotidiano da UBS, e fragmentos de conversas com e, usuários, lideranças do bairro, ex-residentes, ACS, outros trabalhadores da UBS, e com o presidente da Sociedade Pró-Melhoramentos do bairro de Santa Rita. Diferentemente das entrevistas com os atuais residentes e

preceptores, onde foi utilizado um roteiro semi-estruturado, com estes atores prevaleceu a conversa informal das quais foram extraídos dados relevantes para a compreensão do cenário da pesquisa.

O “diário de campo” é o meio mais básico de registro de dados, onde o pesquisador vai registrar curtas informações que ficariam perdidas na memória e são necessárias para a elaboração da síntese e do relatório da pesquisa. Deve haver uma cronologia dos registros e das atividades do pesquisador (Víctora, Knauth e Hassen, 2000, p. 73).

O desenho metodológico baseia-se num “Estudo de Caso”, assim definido por Tobar e Yalour (2001):

Circunscrito a poucas unidades de análise, entendidas estas como: pessoas, famílias, produtos, instituições, comunidades, regiões e países. Como se aplica a poucas unidades de análise, a riqueza não está na extensão, mas na profundidade deste tipo de pesquisa. Isto pressupõe uma lista relevante de variáveis com as quais se descrevam as unidades de análise, traçando seus perfis específicos com profundidade e com certo nível de detalhe. (P. 75)

Sendo a subjetividade de um grupo social específico o objeto de nossa pesquisa, optamos pelo uso da metodologia qualitativa como concepção teórica no seu desenvolvimento, metodologia esta entendida por Minayo (1992, p.10) como “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”.

Todos os entrevistados assinaram um “termo de consentimento” antes de serem iniciadas as entrevistas, termos esses que foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ.

As entrevistas foram feitas com base num roteiro pré-estabelecido (v. Anexo), em torno do qual os entrevistados puderam se manifestar livremente, com uma argumentação própria, sem um direcionamento que as restringisse quanto à amplitude e o tempo das respostas. Foram entrevistados seis residentes e três preceptores, identificados por pseudônimos.

Entre os dados obtidos no trabalho de campo, o material das entrevistas foi usado como o principal recurso para o estudo dos signos da *integralidade* a partir da percepção dos trabalhadores da Residência; além das entrevistas, recorreremos também a dados da observação realizada nas diversas visitas feitas à UBS (diário

de campo), além de outros documentos de arquivo. No entanto, o trabalho de análise das entrevistas será mais sistematicamente desenvolvido, pois elas nos parecem fundamentais neste *Estudo de Caso*, já que o nosso objeto (a percepção) está justamente relacionado à dimensão subjetiva desses protagonistas, expressa na suas falas relativas à *integralidade*.

Considerando a dimensão ideológica dos discursos, a palavra dos atores torna-se então o recurso privilegiado para a compreensão do “conteúdo simbólico” das idéias que orientam as práticas. É, portanto, estratégica a busca de signos da *integralidade* num espaço de assistência onde se pratica a atenção básica, e das percepções, expressas sob a forma de linguagem, reveladas pelas falas dos protagonistas desse estudo, inseridos em um espaço determinado (UBS).

No caso da presente pesquisa, embora o foco esteja dirigido à questão da *integralidade*, e a seus signos e percepções, compreende-se que ela não pode existir isolada dos demais princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, equidade e participação da comunidade, o que implica na apreensão, por parte dos profissionais da UBS em tela, de uma tomada de consciência da saúde como direito de cidadania, para uma prática profissional que contemple esse conjunto de princípios. Nesse sentido, é indispensável o “conhecimento do conteúdo da consciência dos sujeitos envolvidos” - manifestado nas percepções, interpretações, representações, idéias (Bosi, 1994, p.4).

Da análise de todo o material obtido na UBS de Santa Rita, podem ser elencadas ações e atitudes que favorecem a prática da *integralidade*, mas, por outro lado, percebe-se que existem também outras que a dificultam, essas principalmente associadas a fatores estruturais e conjunturais.

4.2 Unidade de análise e técnicas de pesquisa

A Unidade de Análise é composta por duas equipes de Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, e seus Preceptores, localizada na Unidade Básica de Saúde do bairro de Santa Rita, em Juiz de Fora, Minas Gerais.

Entre as técnicas de pesquisa utilizadas, pela ordem cronológica, o primeiro recurso foi a observação direta do comportamento e das atitudes da equipe de

residentes/preceptores, na forma de observação participante, que atende à necessidade de o pesquisador estar, ao mesmo tempo, “distante” e “próximo” do objeto de observação, como ensinam Víctora, Knauth, e Hassen, em *Pesquisa Qualitativa em Saúde* (2000, p. 62).

Em seguida, como outro instrumento para a coleta de dados para uma pesquisa de campo são entrevistas com os membros da equipe, que está no escopo do estudo, estendida aos preceptores e à gestora da Unidade Básica estudada. É vital para uma boa análise dos dados coletados desta forma, que se avalie permanentemente a metodologia usada para não haver graves distorções nos resultados (Víctora e al., 2000, p. 65).

Embora a análise documental seja pouco utilizada em pesquisa qualitativa, quando associada às outras técnicas de coleta acima mencionadas (trabalho de campo e entrevistas com os atores), pode constituir-se num valioso elemento (Id.Ibid., p. 71), particularmente nos registros realizados pela equipe de residentes em suas monografias de avaliação previstas no programa de residência. É também imprescindível, na presente proposta, examinar:

- Atas de reuniões dos Conselhos Local (S.Rita), Regional¹⁴ e Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG;
- Documentos oficiais e publicações da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora e de sua Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental;
- Documentos oficiais e publicações do MS referentes à Atenção Básica e ao PSF;
- Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica do MEC, particularmente as que tratam das Residências em Medicina de Família e ,Comunidade.
- Documentos e publicações do MS referentes aos Pólos de Educação Permanente para o PSF e aos Pólos de Educação Permanente em Saúde criados

¹⁴ O Conselho Regional de Saúde, neste caso, é composto pelos bairros da região leste da cidade: S.Rita, Alto Grajaú, Progresso, Marumbi, Bonfim, N.S. Aparecida e Manoel Honório.

pela Portaria 198/04-GM/MS, que instituiu a política de educação permanente em saúde como estratégia para o SUS.

- Relatório enviado ao MS e MEC, relativo aos 2 anos de funcionamento do Programa de Residência em Saúde da Família da UFJF.

- Documentos oficiais da Universidade Federal de Juiz de Fora.

4.3 O cenário da pesquisa

O município de Juiz de Fora-MG está localizado no sudeste mineiro, a 180 km da cidade do Rio de Janeiro, com aproximadamente 550 mil habitantes, e tem a indústria como principal atividade econômica , e o comércio como o maior empregador (Brasil, PMJF, 2004).

No período mais recente disponível no DATASUS (1996-2000), sobre a mortalidade em Juiz de Fora, cabe destacar a AIDS, que mostra uma queda relevante como causa de morte, nesse período, e as doenças vasculares (AVC, Infarto do Miocárdio), que representaram importância como causadoras de óbito em todo o período pesquisado. Nessa mesma tabela a mortalidade infantil tem um caráter decrescente, atingindo atualmente a marca de 19.2 por mil nascidos vivos.

No que tange à morbidade hospitalar em Juiz de Fora, os indicadores oficiais do MS mostram que as doenças infecciosas e as respiratórias atingem marcadamente as crianças menores de um ano; que os transtornos mentais atingem preferentemente a faixa etária dos 20 aos 49 anos; que os pacientes com mais de 65 anos são as maiores vítimas das doenças circulatórias; que as mortes ligadas a todos os tipos de violência incidem mais na faixa dos 10 aos 14 anos; que as neoplasias são caracteristicamente causas de morte acima dos 50 anos; e que é no período entre cinco e nove anos de idade que prevalecem as doenças do tubo digestivo (MS/DATASUS, 2004).

As informações e condições sobre os nascimentos na cidade de Juiz de Fora, de 1996 a 2000, demonstram que cresceram: o número de nascidos vivos, os nascidos com prematuridade, e os partos vaginais; e decresceram os partos cesáreos, permanecendo estável, nesse período, o percentual dos nascidos com baixo peso (Id.Ibid.).

Com relação à saúde, Juiz de Fora encontra-se sob gestão plena de atenção, sendo os serviços de atenção básica de natureza pública municipal, enquanto que na atenção hospitalar a quase totalidade dos serviços é prestada por hospitais privados e filantrópicos contratados pelo SUS, havendo hoje na cidade apenas três instituições hospitalares públicas: o Pronto Socorro Municipal, o Hospital Municipal Dr. Mozart Teixeira, o Hospital Universitário, e o Hospital Dr. João Penido, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG (2004).

A rede pública, além dos hospitais mencionados, é constituída de 54 UBS - Unidades Básicas de Saúde - sendo 65% com equipes de Saúde da Família, 03 Policlínicas, 07 Institutos (da criança, de saúde mental, da 3ª idade, de saúde do trabalhador, da mulher, de saúde bucal e de zoonoses),

um Centro de Atenção Psico-Social – CAPS - 02 Residências Terapêuticas”¹⁵, todos sob gestão municipal, e uma Casa de Parto da UFJF (Brasil, PMJF, 2004).

O Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora – SUS/JF – possui atualmente um contingente de 2.269 servidores das três esferas de governo, sendo gerido pelo município, através da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental – DSSA/JF – diretoria essa que substituiu a antiga Secretaria Municipal de Saúde na reforma administrativa promovida em 2000 pela prefeitura juizforana. Deste contingente, 585 são médicos das especialidades básicas (Clínica, Ginecologia e Pediatria), 87 são médicos com especialização/residência em medicina de família e comunidade, 119 são assistentes sociais, 131 são dentistas, 166 são enfermeiros; há, ainda, 407 auxiliares de enfermagem, 510 agentes comunitários de saúde, 67 técnicos em higiene dental, e 197 distribuídos entre outras categorias vinculadas à vigilância sanitária, saneamento, meio-ambiente e administração da DSSA/JF (PROESF, 2003, p. 50-53).

A lei 8.080/90 delegou ao município, como gestor do SUS, a responsabilidade pela formação e ordenação dos profissionais da saúde. Com isso, o gestor municipal de saúde ficou responsável pela qualificação dos trabalhadores em saúde, sua adequação e transformação de suas práticas para um modelo assistencial de saúde coerente com o SUS.

A princípio, a municipalização dos servidores federais e estaduais teria o aspecto positivo de facilitar a gestão única, permitindo a integração programática em todos os níveis de atenção, evitando com isso a superposição de ações. Entretanto, ao se colocar lado a lado trabalhadores com planos de cargos e carreiras diferentes e culturas institucionais distintas, possibilitou-se a formação de um novo foco de insatisfação entre servidores que, além de se sentirem insuficientemente remunerados, também se sentem tratados de modo desigual no desempenho de uma mesma função. (Brasil, PMJF, 2003).

Na intenção de minimizar as distorções salariais entre os trabalhadores de saúde municipais, estaduais e federais foi, então, aprovada a lei municipal 8.393/93 que prevê complementação salarial para os servidores públicos vinculados ao SUS. Ainda nesse sentido, como a implantação da estratégia de Saúde da Família - SF -

¹⁵ Os CAPS e as Residências Terapêuticas, juntamente com o programa *De Volta para Casa*, fazem parte do processo de desospitalização psiquiátrica do Ministério da Saúde, contemplado nas portarias GM/MS nº 106 e nº 1.220 do ano de 2000.

em Juiz de Fora foi posterior à lei municipal acima citada, encontra-se em estudo no DSSA/JF a criação de um plano de cargos e carreiras específico para a Saúde da Família, estando nele prevista a estruturação de quadros especiais de forma a permitir a progressão horizontal e vertical dos membros das equipes de Saúde da Família (Brasil, PMJF, 2003).

A educação permanente dos atuais membros das equipes de SF, que vinha sendo implementada pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, sediado UFJF, em convênio com a Prefeitura da cidade, passou para a esfera do Pólo de Educação Permanente em Saúde (v. 3.5). Em Juiz de Fora, nas UBS onde há equipes de Saúde da Família, elas se constituem de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos com formação complementar específica para o PSF. Nas demais UBS - 35% - o atendimento é feito por equipes que incluem Atendentes de Enfermagem, Enfermeiros, e Médicos das áreas básicas (Pediatria, Ginecologia e Clínica Geral).

A cidade possui Conselho Municipal de Saúde ativo e vários conselhos regionais. A manutenção da rede conta com os repasses do SUS e com recursos do orçamento municipal, cujo percentual encontra-se atualmente em torno dos 23% (Brasil, PMJF,

Dadas essas informações gerais, para apresentação do perfil da cidade no que diz respeito à saúde, passamos a apresentar o perfil da instituição parceira nessas ações. A Universidade Federal de Juiz de Fora existe desde 1960, quando foi federalizada; hoje possui cerca de 12.000 estudantes, distribuídos em cursos de graduação, especialização, mestrado e doutorado, oferecendo 2.070 vagas anuais em cursos diurnos e noturnos (Brasil, UFJF, 2004).

Nesse momento, os cursos de saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora encontram-se em processo de transformação de suas práticas pedagógicas, sendo que o curso de Medicina, especificamente, está inserido no Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed¹⁶.

¹⁶ Programa patrocinado pelo MS, MEC e OPAS, visando à incorporação de profissionais adequados à estratégia de Saúde da Família. Numa primeira etapa o programa dirige-se às escolas médicas, pela sua tendência à especialização precoce, gerando um perfil profissional inadequado para atuar na atenção básica (PROMED, Edital de Convocação, 2002, p. 17).

Os primeiros documentos resultantes das discussões já empreendidas permitem observar que seu projeto de reforma tem como objetivo principal a proposição de que o curso se desenvolva a partir de eixos organizativos voltados para a construção da *integralidade*. Assim a equipe gestora do Promed-UFJF coloca como sua primeira imagem-objetivo a incorporação da noção de *integralidade* do processo saúde-doença, como eixo central do ensino médico, levando-se em consideração as dimensões sociais, econômicas e culturais (Brasil, UFJF/Promed, 2002, p. 25).

Busca-se a ampliação de cenários práticos de ensino através de maior articulação com o Sistema Único de Saúde, sobretudo na atenção primária (ênfase no Programa de Saúde da Família, que funciona em 28 Unidades Básicas de Saúde), Secretaria Municipal de Educação, Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC), e outros. (Id.Ibid., p.32)

No citado documento do Promed-UFJF encontra-se, também, entre os principais objetivos da mudança curricular no curso de Medicina da UFJF, a “afirmação da interdisciplinaridade na ampliação do conhecimento sociobiológico, da humanização, do acolhimento e do vínculo no processo assistencial ...” (Id. Ibid., p. 36).

A reorganização dos processos de trabalho cotidiano nos serviços de saúde, tendo como base a interdisciplinaridade, a responsabilidade pelo cuidado, o trabalho em equipe, são também citados, entre outros, como objetivos a serem alcançados pelo projeto do Promed-UFJF (Brasil, UFJF/Promed, 2002, p. 36).

Assim, podemos observar que a necessidade de uma educação permanente do conjunto dos docentes e dos profissionais ligados ao SUS, em seus diferentes níveis, já se verifica na proposta de reforma curricular da Faculdade de Medicina da UFJF, que se formulou como resposta à demanda da comunidade, a possibilidade de se construir um campo de intercâmbio de práticas e saberes interinstitucionais e interdisciplinares (Id. Ibid., p. 44).

É preciso, nesta construção, destacar a importância da interdisciplinaridade nesta troca de conhecimentos e experiências entre instituições e disciplinas da saúde. A multidisciplinaridade (somação de disciplinas), ou a interdisciplinaridade¹⁷,

¹⁷ Entendida por Benevides de Barros e Passos (2000) como o movimento de criação de “uma zona de interseção entre (...) [as disciplinas], para a qual um objeto específico seria designado” (p. 75-76).

deveria vir trabalhada na formação dos profissionais de saúde desde o nível de graduação, para que, posteriormente, na residência em saúde, já se constituísse numa prática de um saber teórico apreendido na faculdade ou nos cursos técnicos de saúde. Evitar-se-ia assim a especialização precoce, que representa um dos maiores entraves à prática da integralidade. “(...) a excessiva parcelização e disciplinarização do conhecimento do saber científico faz do cientista um ignorante especializado (...)” (Souza Santos, 1988, p. 37).

Uma vez que há toda uma mobilização institucional para afinar as práticas formativas dos futuros profissionais de saúde tendo como eixo a *integralidade*, torna-se necessário situar também nesse contexto a prática da formação profissional direcionada à Saúde da Família e, assim, é preciso conhecer as percepções dos Residentes do Programa de Saúde da Família sobre *integralidade*, e observar como isso se relaciona com suas práticas no cuidado prestado.

4.3.1 A UBS de Santa Rita em Juiz de Fora - MG

A Unidade Básica de Saúde – UBS – onde se concentrará a presente pesquisa está localizada no bairro S.Rita, na parte alta da região Leste de Juiz de Fora, com relevo acidentado, sendo servida por duas linhas de ônibus que passam a cada 20 minutos, em média. Este bairro engloba as áreas administrativas 72 (2.632 habitantes) e 73 (2.368 habitantes).



Figura 2 – Mapa de localização do bairro de Santa Rita, em Juiz de Fora

Regiões de Juiz de Fora - MG

A faixa etária de 0 a 39 anos constitui 78% de seus moradores, com maior concentração na faixa de 0 a 19 anos. Limita-se geograficamente com o bairro Marumbi ao Norte, N.S. Aparecida ao Sul, Linhares a Leste e Bonfim a Oeste, todos com UBS's próprias (Mapa das regiões de Juiz de Fora e do bairro S. Rita – Anexos).

Entre seus recursos sociais encontramos uma Escola Municipal com pré-escolar e 1o. grau completo com um colegiado; 6 telefones comunitários; 01 salão social; 02 centros espíritas; 03 igrejas protestantes; 01 grupo religioso católico; uma Sociedade Pró-Melhoramentos – SPM – do bairro; 01 bloco carnavalesco; 05 mercearias; 01 padaria; 01 área de lazer e 01 conselho local de saúde¹⁸ (www.jfservice.com.br, 2004).

O bairro de S. Rita está incluído entre os mais pobres da cidade, estando 75,23% de seus moradores estratificados nas classes D e E (60,55 e 14,68%, respectivamente). A renda familiar predominante é na faixa de 3 a 5 salários mínimos

¹⁸ Composto por 13 membros, com mandato de 2 anos, e que se reúne regularmente na primeira quarta-feira do mês.

– SM – que, somado aos que ganham de 1 a 3 SM constituem 63,3% dos que habitam o bairro.

Pertencem ao sexo feminino 53,21% de seus habitantes que, quanto à escolaridade, estão concentrados na faixa dos que possuem 1º. ou 2º. grau - 34,86 e 33,03% respectivamente - (www.jfsservice.com.br, 2004).

Dentro do bairro uma das áreas de maior risco social, conhecida como “Vila do Sô Neném”, encontra-se localizada nos arredores da UBS com moradias precárias e risco de deslizamento, com saneamento básico insuficiente, estando incluída no *Programa Habitar-Brasil/BID*¹⁹; a outra é a área conhecida como “Matinha”, ainda não contemplada neste Programa.



Figura 1 – “Matinha” – Área de risco social no bairro de Santa Rita

A UBS de S.Rita está funcionando na lógica do Programa de Saúde da Família – PSF – desde 2002, ano de implementação do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde da Família em três UBS, sendo uma delas a de S.Rita. Encontram-se cadastradas 710 famílias na área administrativa 72 e 640 na área 73.

¹⁹ Programa gerido pelo Ministério das Cidades, com recursos federais e do BID, para intervir em assentamentos de risco ou favelas, promovendo melhorias nas condições habitacionais, construindo novas moradias, implantando infra-estrutura urbana, saneamento básico e recuperando áreas ambientalmente degradadas (www.caixa.gov.br, 2004).

Possui em sua área física uma sala de espera, 2 banheiros para os usuários e 2 para os para os funcionários da UBS, 2 consultórios simples e 1 para atendimento ginecológico, uma sala de Serviço Social, sala de injeções, sala de vacinas, sala de procedimentos diversos, sala de nebulização, sala de esterilização, farmácia e sala de convivência (onde se encontra provisoriamente instalado computador com impressora).



Figura 2 – Visão panorâmica do bairro de Santa Rita



Figura 3 – Unidade Básica de Saúde de Santa Rita

Duas equipes atendem nessa UBS, cada uma composta de Residentes de Medicina, Enfermagem e Serviço Social (1 para cada equipe), Auxiliar de Enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde, além dos 3 Preceptores de Serviço (um para cada área de Residência), um Auxiliar de Serviços Gerais e um funcionário da Central de Marcação de Consultas, sendo todos remunerados pela Prefeitura, exceto os Residentes que possuem bolsa do Ministério da Saúde.

O serviço de Odontologia está sendo estruturado num prédio ao lado da UBS, pertencente também à Prefeitura.

Os insumos básicos e os medicamentos são fornecidos pela Prefeitura Municipal, exceto os de Hanseníase e Tuberculose que estão a cargo da Secretaria Estadual de Saúde e os de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que estão por conta do Ministério da Saúde.

Além das consultas médicas e as de enfermagem, a UBS distribui suas atividades entre várias outras ações que incluem: atendimentos a grupos de hipertensos e diabéticos, de puericultura, SAD - Serviço de Atenção ao Desnutrido, de planejamento, de pré-natal e exame preventivo ginecológico, de atendimento domiciliar, e as reuniões internas das equipes para discussão dos casos e planejamento das ações da UBS a cada semana.



Figura 4 – Serviço de Atenção ao Desnutrido (SAD)

O Departamento de Atenção Primária da Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental da Prefeitura dá suporte ao atendimento à saúde mental com uma visita mensal de profissional Psiquiatra às UBS's (*Relatório da Saúde*, 2003).

5 SIGNOS DA INTEGRALIDADE NA PERCEPÇÃO DOS ATORES

Passamos, então, a trabalhar com as entrevistas visando à compreensão do processo de articulação entre uma consciência de saúde como cidadania, e ações de formação profissional, e práticas de atendimento exercidas no cotidiano, através das percepções que expressam essa articulação. O trabalho em saúde, por si só, já possui uma dimensão claramente educativa como ensina L'Abbate (1997, p. 274). De entremeio foram inseridas informações obtidas na fase da observação, que foram registradas no Diário de Campo.

Observações da prática na atenção básica, para o estudo da *integralidade*, como as que estão contidas na presente pesquisa, têm sua relevância demonstrada por Mattos (2004, p. 3), quando diz que

(...) no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. (...) ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame dessas experiências, em sua maioria localizada, que transformam as práticas na direção da integralidade (...). Analisar as experiências que se pautam pela integralidade é uma importante agenda de pesquisa.

Numa primeira análise das entrevistas procuramos observar seus conteúdos com base no que foi revelado em cada bloco de perguntas. No primeiro bloco (5.1), analisamos o entendimento que os protagonistas têm das práticas no cotidiano da relação da equipe com os serviços; no segundo (5.2), focalizamos o entendimento dos membros das equipes com relação às práticas no dia-a-dia do trabalho em equipe; e, numa terceira etapa (5.3), procuramos identificar o entendimento que têm sobre o processo ensino-aprendizagem.

5.1 As práticas no cotidiano da relação da equipe com os serviços

A primeira questão colocada foi sobre a organização e o funcionamento do programa de saúde da família. De forma geral, os entrevistados percebem o direcionamento para o trabalho em equipe e para as necessidades de saúde da comunidade, de modo a atender os princípios fundamentais do PSF. Observemos

como uma entrevistada se manifesta, tanto a respeito da organização do serviço em equipe multiprofissional, quanto da articulação do trabalho desses profissionais:

“Em termos de funcionamento (...) corresponde àquelas equipes de organização teoricamente determinadas, os médicos, as assistentes sociais, a enfermagem, que é a equipe mínima que a gente precisa, e é equivalente àquela que é determinada teoricamente. (...) ...(para funcionar) a gente tem que se articular para dar uma atenção mais ampla, a gente consegue fazer o possível...”

Essa fala, de uma residente de medicina, se repete quase que da mesma forma entre os demais entrevistados, revelando que os princípios gerais da organização e dos objetivos do serviço estão bastante consolidados na percepção dos atores.

No entanto, a mesma entrevistada faz uma ressalva importante: “...eu acho que *a teoria (...) é um pouco diferente da prática* no sentido de que a gente ainda não conseguiu trazer uma adequação perfeita da proposta (do PSF) em função das dificuldades que o serviço tem...” (grifos nossos).

Recorrendo ao ditado popular segundo o qual “na prática, a teoria é outra”, podemos sintetizar a percepção dos entrevistados de que existe uma tensão entre a proposta do programa, que todos consideram válida, e a realidade vivenciada, marcada pelas “dificuldades”. Avançando nos depoimentos, percebe-se que a dificuldade percebida por eles é o excesso da demanda por consulta médica.

Tanto as falas dos médicos quanto dos enfermeiros são marcadas pelo que eles chamam de “uma demanda incessante por consultas”, o que se transforma em um elemento gerador de tensão entre os residentes, especialmente os médicos.

Luiza, residente de medicina, expressa-se em termos de “ansiedade”. Segundo ela, a ansiedade é provocada pela alta procura por consultas, o que interfere de certa forma no projeto da ação articulada:

“... o que atrapalha um pouco o nosso intercâmbio (dentro da equipe) é mesmo a demanda que é muito grande, e isso para a gente cria uma ansiedade muito grande. Porque você está tenso e vai atender uma pessoa e tem mais cinco esperando lá fora...”

Essa também é a percepção de Gisele, preceptora de enfermagem, expressa quase que nos mesmos termos da residente médica:

“(temos que) falar novamente nessa questão da demanda (...) os profissionais saem daqui exaustos, porque o esforço que isso está exigindo tem sido acima do que a gente esperava (...) eu pessoalmente fico muito estressada (mas) a gente tem que manter o serviço funcionando...”

Aqui, no caso das residentes médicas esteja presente, mesmo que de forma inconsciente, o conflito entre o saber institucionalizado na “teoria das doenças” e a arte de curar, apanágio histórico da profissão médica. Pesquisando o ambulatório de Medicina Integral do Hospital Pedro Ernesto-UERJ, Camargo Jr. (1994) teve sua atenção voltada para este impasse, por ele observado:

(...) há no saber médico uma série de concepções implícitas acerca da natureza do adoecer, associando a existência de doenças à de lesões e reduzindo todo o processo à biologia; a esta combinação de grade conceitual, matéria médica e concepções implícitas denomino *teoria das doenças*. Do ponto de vista da prática profissional, ela coabita com a chamada *arte*, o ofício de curar. Esta coabitação forçada é outra fonte de tensões na atividade médica: saber e prática encontram-se muito mais apartados do que se poderia esperar (...). (p. 2-3)

No que diz respeito ao tema da demanda médica, a mais incisiva percepção da “dificuldade” vem, de forma resumida, mas significativa, da fala de Laís, residente em enfermagem:

“ eu acho que a demanda aqui está atropelando muito, está tipo um pronto-socorro, eles chegam e a gente atende....”

Analisando por outro ângulo, existe também a interpretação de que o tempo que os médicos vêm dedicando às consultas pode ser um sinal de integralidade. A forma como os pacientes são atendidos deveria se sobrepor à preocupação com o tempo a eles dedicado e, portanto, a demanda médica não deveria ser vista como um “problema”. Entre atender um paciente com integralidade ou apressar a consulta

para chegar a tempo às reuniões, não deve pairar nenhuma dúvida sobre qual é a conduta correta.

Laís parece pôr o dedo na ferida: a credibilidade do trabalho se constrói na tensão do esforço imenso de se praticar as ações de saúde segundo os princípios da articulação prevenção-assistência, e uma realidade cotidiana de muita carência por serviços de saúde, que pode configurar aquela situação sugerida pela residente da medicina de que “na prática a teoria é outra”.

No entanto, pode-se dizer que o princípio geral da justiça e da validade dos objetivos do programa prevalece na prática da equipe, pois, apesar das dificuldades resultantes de uma demanda contínua, as falas indicam o esforço para se manter a qualidade do atendimento, para preservar atitudes que denotam cuidado, como se depreende da fala de Luiza:

“...eu detesto dar a impressão para a pessoa que estou com pressa. Eu acho falta de respeito fazer isso com o paciente, você passar para ele que você está com pressa e você vai só olhar a pressão e falar pra ela tomar o remédio. Eu acho isso uma falta de respeito”...

e que denotam integração, como se depreende da fala de Gisele:

“A gente tem que prestar atenção com a nossa convivência diária, porque a gente passa mais tempo aqui do que na casa da gente. Então essa questão tem que estar muito clara na nossa cabeça.”

É, então, com base nesse princípio de realidade, desvelado logo na primeira questão proposta nas entrevistas, que daremos seqüência à apresentação de tópicos da análise pormenorizada dos dados.

Passamos à pesquisa dos signos da *integralidade* segundo as percepções dos profissionais envolvidos para, ao final, refletir sobre um possível alargamento semântico do conceito de *integralidade*.

A hipótese, a esse respeito, é a de que para além do atendimento o mais amplo possível das necessidades de saúde da população, a idéia de *integralidade* deve ter também o sentido de base para a formulação de políticas públicas que visem à cidadania, isto é, o conceito de *integralidade*, emprestado da área da saúde,

deve ser norteador de ações e programas que atendam às necessidades de educação, e não só educação para a saúde, emprego e renda, moradia, saneamento, acesso aos bens de consumo, e tantos outros aspectos sociais que atendam integralmente os direitos dos cidadãos. A baixa qualidade de vida da população brasileira como fator limitante para a prática da *integralidade* é melhor tratada no ítem 5.4.

Voltando mais especificamente à relação da equipe com o serviço, observamos que há uma espécie de consenso sobre a relevância do trabalho multiprofissional. Apesar de haver uma procura claramente preferencial dos usuários para consulta médica, os entrevistados, preceptores, residentes e gerente, unanimemente dão valor igual à todas as categorias profissionais no trabalho em equipe. Isso fica claro quando Beatriz, residente de serviço social aponta:

“A população já está muito acostumada a vir à UBS procurar um médico num momento de doença. Mas mesmo assim, dentro da unidade todos os membros, todos agentes são importantes”.

Essa percepção do equânime valor de todos os papéis profissionais se estende até a inclusão do Agente Comunitário de Saúde – ACS - (mesmo sendo o seu trabalho mais externo ao da UBS) Cristina, assistente social residente, entende que o ACS é um membro da equipe que, inclusive, surge como “um diferencial”, na medida que através dele se estreitam os vínculos com a comunidade adstrita:

“... eles acabam sendo braços mesmo da gente na comunidade”.

A esse respeito Cardoso (2004), ressalta a importância do ACS na equipe, ao afirmar:

(...) o agente desempenha um papel imprescindível devido ao seu duplo vínculo: ele faz parte da equipe, recebendo o treinamento técnico o qual o habilita a trabalhar como profissional na equipe de saúde, e, concomitantemente, pertence à comunidade à qual assiste. (p. 49)

Se a assistente social reconhece o valor do agente, a ex-residente de medicina, Mônica, usa coincidentemente a mesma expressão positiva em relação ao assistente social, para explicar sua importância na equipe:

“Um importante diferencial é a presença, hoje, do Serviço Social, para o qual há demanda permanente em vista das áreas de risco social existentes no bairro Santa Rita...”

Na interação entre os profissionais e da equipe com os serviços, também o papel da gerência é destacado como “presente e atuante” (Beatriz, residente de serviço social), sem ser centralizadora, como observou Mônica, ex-residente de medicina: “aqui em Santa Rita todos os membros das equipes se sentem autorizados a tomar decisões na ausência da gerente e dos demais preceptores”.

O resultado aparentemente pretendido é dar uma forma mais ampla ao atendimento, como entende Luiza, residente de medicina: “... a gente tem que se articular para dar uma atenção mais ampla...”. Ou, no dizer de Cristina, residente de serviço social: “... esta articulação visa a melhora do atendimento ao usuário. Organizar em função da atenção ao paciente, ao usuário”.

Mas foi particularmente Simone, a gerente da UBS, que teve a percepção da amplitude das articulações das equipes de saúde com a comunidade adstrita, ao dizer que:

“(...) trabalhar mais é com as questões intersetoriais. Um trabalho de parcerias com entidades, com escolas, com o conselho local, com outros setores dentro da comunidade, (...) vai influenciar mais a comunidade como um todo. Não fica muito focado no indivíduo, seria para melhorar a qualidade de vida da comunidade”.

Esta visão ampliada da articulação que incorpora os setores representativos da comunidade é corroborada por Ceccim (2002, p. 153), quando destaca o papel das políticas de interação e atuação interinstitucional e intersetorial:

(...) cooperações técnicas e interações refletem um modo de gestão da educação no Sistema Único de Saúde, trata-se de um conjunto de políticas de articulação e atuação interinstitucional e intersetorial e não a imposição de práticas

metodológicas de ensino, revisão de currículos ou desenvolvimento pedagógico de docentes.

Voltamos aqui a destacar o *quadrilátero da formação para a área de saúde* (Ceccim e Feuerwerker, 2004): *ensino, gestão, atenção e controle social*, como um eixo mais estratégico para a formação dos profissionais de saúde do que a integração docente-assistencial ou ensino-serviço.

Além do respeito manifesto entre os profissionais, revelado no reconhecimento da importância de todos os atores na prestação do cuidado e do atendimento, observamos na relação da equipe com o serviço o destaque a dois signos da *integralidade*, o *acolhimento*, explicitamente referido, e o *vínculo*, percebidos nos depoimentos. Ambos parecem estar sendo praticados nesta unidade de saúde, já que é quase unânime a referência às práticas relativas a estes dois signos.

O termo acolhimento já aparece como de uso corriqueiro na atenção prestada aos pacientes da UBS, sendo observado a partir daquele momento muito particular do encontro entre o profissional e o usuário: quando esse se refere aos seus problemas mais íntimos, sejam eles afetivos, emocionais, sexuais, financeiros, de dependência química, ou de todas as suas angústias. Pela via do acolhimento, o vínculo vai se estabelecendo no decorrer dos sucessivos contactos entre a comunidade e os profissionais da unidade.

Nas entrevistas, praticamente todos declararam que os usuários falam dessas questões espontaneamente, senão na primeira, mas já na segunda oportunidade de encontro com um dos profissionais das equipes da UBS. Vale a pena ver os que os profissionais dizem sobre isso:

Gisele, preceptora de enfermagem:

“Eles têm uma facilidade muito grande para falar da situação afetiva, do relacionamento com a família, de dificuldades sejam sexuais ou outra coisa”.

Luiz Carlos, preceptor de medicina:

“Sim, eles levantam (estas questões), porque eles já têm a expectativa de que a gente está interessado nessas questões. Eles já sabem”.

Cristina, residente de serviço social:

“No Serviço Social levantam. Eu acho até que eles confundem a nossa profissão com a dos psicólogos”.

Corresponder a uma expectativa de acolhimento por parte do usuário, demonstrar interesse, e criar condições para que o usuário possa falar com “facilidade” sobre questões que vão muito além da queixa da doença, são as atitudes que resultam na experiência comunicativa dialógica, fundamental para pôr em movimento o programa na direção da *integralidade*. Quando a assistente social comenta que o usuário confunde o seu trabalho com o do psicólogo, percebe-se que o usuário sentiu-se provavelmente atendido em um nível mais particular e subjetivo, e que a assistência, nesse caso, foi além do aspecto social que é, digamos, a especialidade desse profissional.

Quando a questão é o controle social relacionado ao trabalho da UBS de Santa Rita, há dois aspectos a destacar: o primeiro é que a grande maioria dos membros das equipes considera que há pouca participação da comunidade, ficando essa restrita aos que fazem parte do Conselho Local de Saúde e, quase sempre, apenas quando são convocadas reuniões. A preceptora Gisele (enfermagem) observa:

“Fica um pouco restrito ao Conselho Local de Saúde. As questões são discutidas, mas de forma tímida, sendo que poderiam ser mais ampliadas”.

Sylvia, médica residente, vai na mesma linha quando diz: “A gente abre (para participação) ao conselho de saúde. Só que geralmente eles não participam”.

Por sua vez, Cristina, assistente social e residente, opina que a população participa pouco por desconhecimento do direito que eles têm de participar na organização do atendimento: “... a população não conhece esse lado, que tem como estar participando da organização, da gestão do sistema de saúde com o conselho”.

Também a residente médica da outra equipe, Luiza, acha que o espaço para participação da comunidade,

“... até existe. Mas eu não vejo isso acontecer muito não, pelo menos até hoje eu não vi um usuário que não seja do conselho freqüentar essas reuniões”.

A meta positiva prevista no programa, que é a participação da comunidade, como se depreende dos depoimentos, nem sempre é atingida. Por múltiplos fatores, a população não usufrui de um direito disponível. Isso mostra que há muito ainda a fazer no plano da conscientização da comunidade, o que poderia ser de alguma forma articulado nos grupos educativos, por exemplo. Outra possibilidade de estimular a política do controle social seria o uso da sala de espera para ações que visem à informação mais ampla sobre os direitos dos usuários, inclusive os de propor e opinar²⁰.

Ainda nesse aspecto do controle social, se, como se viu acima, a participação espontânea nas reuniões praticamente inexistente, por outro lado um aspecto positivo deve ser destacado, quanto à possibilidade de se reconhecer traços de *integralidade*. Trata-se da atitude dos residentes e preceptores da UBS pesquisada no contato direto com as pessoas da comunidade, seja nas reuniões do Conselho Local de Saúde, seja nos grupos educativos. Destacamos algumas falas sobre essa experiência de boa interação:

“... o meu entendimento de grupos educativos ... oportunidade da troca de experiências... da troca de (...) informações, é aceitar a opinião, a postura daquele paciente...”

(Beatriz, assistente social, residente)

“... a gente tem a expectativa de que algumas mudanças vão acontecer ali, algumas mudanças dos pacientes e nossas também, e da relação entre nós e as pessoas da comunidade”.

(Luiz Carlos, médico, preceptor)

²⁰ A questão do controle social, no contexto das múltiplas carências em que vive grande parcela da população brasileira, talvez uma das mais complexas e difíceis, tem sido objeto de reflexão por parte

“Para tratar eu me baseio nos conhecimentos que a gente aprende na vida mesmo, o que a gente aprende na Faculdade, e às vezes, no conhecimento do próprio paciente”.

(Sylvia, médica residente)

“Para tratar a gente tem que conhecer, antes de tudo, a história da pessoa, o meio em que ela vive (...) e depois a gente aplica o que aprendeu na Faculdade”.

(Cristina, assistente social, residente)

“A conduta... com as pessoas que chegam aqui... a gente enfatiza a sabedoria dessas pessoas”.

(Luiza, residente médica)

Todas as falas acima apontam para a negociação entre os conhecimentos disciplinares trazidos pelos profissionais, de sua formação acadêmica e aqueles adquiridos pelos usuários de suas próprias vivências. Também interferem as experiências de vida dos profissionais, o que demonstra de modo muito positivo a abertura para o que Foucault (1976, p. 11-13) chama de “saberes de baixo”. Quando Sylvia, residente médica, se refere aos “conhecimentos que a gente aprende na vida mesmo” e aos “conhecimentos do próprio paciente” ela os coloca no mesmo plano de importância dos “conhecimentos que a gente aprende na faculdade”, parecendo exemplificar a conhecida reflexão de Foucault, no texto citado, em que ele inclui nos “saberes de baixo” o “saber do médico” em oposição ao “saber médico”, que é um saber institucional, disciplinar²¹.

O respeito e a consideração pelo que é trazido pelos moradores da comunidade pobre do bairro, revela a negociação das subjetividades, percebida no exercício cotidiano das práticas de saúde dessa unidade estudada, pois como afirma Beatriz, residente de serviço social, realiza-se nesse encontro de sujeitos sociais diferentes

de estudiosos da *integralidade*, como é o caso de Pinheiro (1996), ao fazer um *Estudo de Caso* de três conselhos municipais de saúde, que serve de referência para o tema.

²¹ Foucault chama de “*saberes de baixo*”, o “saber das pessoas”. Exemplificando: o saber do psiquiatrizado, do doente, do delinqüente, o do enfermeiro, e até o *saber do médico, paralelo e marginal ao “saber médico”, isto é, o saber disciplinar da medicina.* (1976, p. 11).

uma produtiva (no sentido de se atingir o princípio da integralidade) “troca de experiências”.

Como estamos trabalhando aqui com a percepção dos prestadores de serviço, podemos inferir que essa situação de acolhimento e estabelecimento de vínculo requer uma espécie de negociação dos papéis sociais, na medida em que o profissional necessita abrir mão do seu tempo e até do seu conhecimento prévio sobre a comunidade, para acolher o sujeito-indivíduo, particular e único, que se apresenta a ele. E esse acolhimento do outro faz parte também do seu processo formativo em direção à prática da *integralidade*. O caráter formador dessa relação de reciprocidade é destacada por Ceccim (2004):

“(…) a formação dos profissionais não é só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação. Uma atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações.”

A negociação de papéis será igualmente exigida para que a relação dos atores no interior da equipe seja eficaz no sentido de promover a prática da *integralidade*. Alguns aspectos dessa questão podem ser mais especificamente analisados na etapa que se segue.

5.2 As práticas no cotidiano do trabalho em equipe

Outra prática prevista no programa parece também ser atingida pela tensão entre o excesso de trabalho exigido pelo serviço e a percepção de sua necessidade. Trata-se das reuniões regulares das equipes, das reuniões gerais de todos os membros da UBS, e das que envolvem os grupos educativos onde são planejadas as ações de prevenção em conjunto com as equipes e com os usuários dos grupos.

Sem esquecer que os grupos educativos oferecem um espaço para negociação das diferentes concepções do processo saúde-doença. Também essas ações interativas parece serem afetadas pela demanda. Sobre isso, manifesta-se Sylvia, residente de medicina:

“Participo sempre que eu consigo. Geralmente eu chego atrasada por causa da demanda.”

Gisele, preceptora de enfermagem, refere-se constantemente ao longo da entrevista na “demanda aumentada” como um fator que tem interferido na qualidade do atendimento e ocupando o tempo de atividades de caráter mais preventivo, quando diz:

”... tem sido muito difícil que essas reuniões aconteçam por conta dessa dificuldade que a gente está tendo, por conta da demanda”.

E Luiza, residente médica, tem sentido esta mesma dificuldade:

“Mas a demanda é tão grande que às vezes a gente não acaba a demanda cedo, acaba tarde, aí a gente pega a reunião no meio do caminho”.

A interdisciplinaridade, que já representaria um avanço dentro do trabalho multiprofissional, pode estar sendo perdida na medida em que a organização do trabalho dentro da equipe está se dando nos limites de cada categoria profissional que compõem as equipes:

“Cada um dentro da sua especificidade, mas não perdendo o seu trabalho em equipe. Cada um com a sua parte”.

(Cristina, assistente social, residente)

O enfermeiro residente Augusto, por exemplo, acha que dentro de cada equipe organiza-se o trabalho “dentro da atividade de cada profissional...” “

Francisco, médico, ex-residente do programa acha que o ideal do trabalho em equipe ainda não foi atingido “... o paciente acaba sendo atendido duas vezes para o mesmo problema. Não houve ganho na transdisciplinaridade...” “

Apesar tendência das equipes em manter as fronteiras da diversidade apreendida na formação profissional, os atores aqui focalizados aparentemente não vêem este aspecto da formação acadêmica como um obstáculo ao trabalho em equipe. Parece, então, haver uma consciente esforço de superação das fronteiras da especificidade pelo menos por meio de uma preocupação com o relacionamento

ético e cooperativo no exercício cotidiano das práticas. Algumas falas apontam nesse sentido:“

A minha equipe funciona muito bem... a gente trabalha o dia inteiro assim, em equipe mesmo”.

(Sylvia, médica residente)

“Outra atividade também que a gente busca incentivar muito é a elaboração de grupos educativos formando uma equipe... fazendo com que eles interajam”.

(Gisele, preceptora de enfermagem)

“Aqui o tempo todo do atendimento a gente acaba trabalhando em equipe, porque a maiorias problemas a gente não resolve sozinho”.

(Cristina, residente, serviço social)

“... a minha equipe, a gente tem uma articulação muito boa, eu a Beatriz e a Sylvia... “

(Laís, enfermeira e residente)

Os depoimentos de residentes e preceptores revelam um aspecto importante que talvez explique o bom entrosamento entre os profissionais da UBS : parece haver uma consolidada consciência de que é preciso vencer os obstáculos da própria formação acadêmica, através de atitudes práticas de relacionamento em equipe. Nessa medida, percebe-se que os valores éticos estão sendo respeitados, como se depreende da afirmação do médico preceptor Luiz Carlos:

“... sobre os conflitos que surgem, a gente procura resolver isso conversando”.

Cristina, assistente social e residente, também descarta em sua fala qualquer dificuldade de caráter ético no interior das equipes da unidade:

“... a gente não teve esse tipo de problema não,

essa é uma coisa que a gente tem conseguido equilibrar bem”.

Gisele, preceptora de enfermagem, corrobora o entendimento dos demais, quando coloca o seu sentimento a respeito dessa questão:

“Com relação à gente aqui, eu considero que o nosso tratamento, (...) o mais respeitoso possível. (...) eu sinto muito respeito por parte de todos os profissionais”.

A ética como mediadora das duas dimensões, técnica e política, como preconiza L' Abbate (1997, citada por Mascarenhas e Almeida, 2002):

Assim, ao profissional dessa área (saúde) não basta 'saber fazer', é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso e ter a percepção do 'dever' para acionar mecanismos de transformação nos serviços de saúde. (P. 97)

Em conversa com a médica Mônica, ex-residente, ela fez questão de destacar que não foi apenas para o usuário que o PSF trouxe humanização, mas também para os residentes, na comparação com outras residências médicas que conhece.

Desse conjunto de falas podemos identificar mais uma vez a complexidade e a vitalidade, em termos de reflexão crítico-teórica, do tema que estamos investigando. A percepção dos atores expressa em seus relatos e em suas reflexões põem em circulação signos positivos e negativos em relação à *integralidade*. Apesar das práticas positivas e dos esforços dos participantes, não há como não perceber o fato de que, a julgar pelas equipes estudadas, não há um projeto claro de educação dos residentes (e dos preceptores) para o trabalho em equipe (nesse caso). Essa dificuldade provavelmente replica e repercute a mesma dificuldade essa já herdada das respectivas formações no nível de graduação, apesar de não se esgotar nesse nível da formação universitária as transformações necessárias à uma verdadeira prática da *integralidade*.

A esse respeito Ceccim (2004) já constatava que

“... um dos problemas acumulados no campo da educação dos profissionais de saúde é que ela não tem previsto e

ensinado a trabalhar, a aprender e a aprender a trabalhar em equipe matricial”.

Tais reflexões nos encaminham para a etapa seguinte, na qual passamos à análise dos dados levantados, com vistas à compreensão da percepção dos atores no que diz respeito à experiência ensinar-aprender.

5.3 O processo ensino-aprendizagem

Durante o processo de atendimento ao usuário, ou seja, na recepção, no encontro individual ou coletivo, e na conduta adotada em cada caso, podem ser destacadas pelo menos dois conjuntos de falas que sugerem signos de *integralidade*.

Já na recepção ao usuário, um primeiro conjunto de depoimentos revela uma preocupação dos profissionais em conhecer as reais necessidades²² do paciente; num segundo conjunto, vê-se que a maioria deles, entre residentes e preceptores, considera importante que o usuário nunca saia da UBS sem alguma resposta, mesmo que temporária, para suas demandas.

A preocupação com as necessidades do paciente na recepção fortalece a atitude de acolhimento, e pode ser considerado como um signo de responsabilização das equipes pela população adstrita à UBS; isso funciona também como uma primeira ação para a criação do vínculo comunidade-unidade.

Vejamos o que diz Simone, preceptora de serviço social e gerente da UBS:

“... aí seria um trabalho de acordo com a necessidade de cada um, (...) procurar saber para que eles te procuram, abordar e saber o que foi buscar.”

E as palavras do preceptor médico, Luiz Carlos:

“Então, tem um momento, que é o da recepção, de ver que tipo de atenção o paciente veio procurar aqui na unidade...”

²² O papel central das *necessidades de saúde* nas intervenções e práticas, foi abordada na Apresentação desse trabalho, tendo como base as proposições de Cecílio (2001).

Beatriz, residente de serviço social, se conduz também por esta trilha:

“A nossa conduta aqui consiste em saber o que a pessoa está necessitando, (...) a gente não procura só tratar aqui o que a pessoa faz com a demanda. (...) a gente já levanta outras questões.”

Essa atitude recorrente de procura do conhecimento da necessidade do usuário nos leva às considerações de Cecílio (2001), citadas na Apresentação desse estudo. Lá o autor propõe que as “necessidades de saúde” se constituam, para equipes e serviços, no centro de suas intervenções e práticas, o que proporcionaria um ganho na escuta do usuário.

No caso específico do bairro de Santa Rita cabe ressaltar que as precárias condições de vida dessa comunidade constituem um “obstáculo concreto à prática da integralidade” (Pinheiro, 2001, p.100-101), o que leva a reflexão de que já estaria assim já comprometido um dos quatro conjuntos de “necessidades de saúde”, conforme sugere Cecílio.

A circunstância de se procurar saber as necessidades das pessoas que recorrem aos serviços de saúde requer um bom uso de uma das principais ferramentas – e signo - da *integralidade*: a escuta.

Nesse aspecto é fundamental observar o que os nossos atores entendem por escuta. Começando por Beatriz, residente de serviço social:

“tem pessoas que chegam aqui com muitos problemas aparentes. Então aqui a escuta é fundamental, porque é nessa escuta que você vai conseguir achar o ponto em que as pessoas nem sempre são claras.”

Passemos a ouvir o preceptor médico Luiz Carlos:

“... eu acredito que é deixar a pessoa falar dos seus problemas e a gente estar como uma atitude receptiva, isenta de preconceitos.”

Augusto, residente de enfermagem, acha que a escuta vem depois de estar criado um clima de confiança intersubjetiva traduzido pelo olhar, pela expressão facial, e até pelas primeiras palavras trocadas, vindo então a prática da conversação:

“A escuta é muito importante, porque muitas vezes, como eu disse, a pessoa está precisando é de falar. (...) Eu acho que a escuta é mais importante do que o tratamento.”

Luiza, médica residente, é bem objetiva no seu conceito de escuta: “escuta pra mim é atenção”, resume ela. Por sua vez, Simone, assistente social, vê a escuta como um instrumento não só de interação com o usuário, mas também gerencial, na medida em que, como gerente, precisa estar sempre atenta às demandas da comunidade adstrita.

A residente médica Sylvia tem a percepção de que a escuta, juntamente com o tratar e o cuidar, são todos elementos que devem estar presentes numa consulta médica:

“... a consulta médica tem que ter todos esses elementos. Você tem que saber escutar, tem que saber tratar o paciente e cuidar. (...) Às vezes a pessoa está precisando mais de um cuidado geral mesmo, não só com remédio ou exame, mas, de um cuidado mesmo, saber ouvir o paciente.”

Num outro conjunto de manifestações dos entrevistados, quando as equipes se empenham em não deixar o usuário sair sem alguma resposta, fica destacado um dos pilares da *integralidade*: o cuidado.

É Cristina, assistente social e residente, quem deixa bem clara esta preocupação, quando diz:

“A gente tenta (...) dar uma resposta para o usuário naquela hora... (do acolhimento)... aqui todo mundo trabalha junto, trabalha no balcão, reveza, para não deixar nunca o usuário sair daqui sem algum tipo de resposta.”

Às vezes a resposta não é dada imediatamente no momento do acolhimento na fila, no balcão ou na sala de espera, ela pode se manifestar ao final de um atendimento ou quando do retorno do paciente. Ao dar sinais de satisfação após um encontro onde recebe atenção, orientação, um curativo ou uma receita, o usuário

está dando uma resposta, ou, às vezes, é num segundo momento no qual ele se sente mais à vontade para dizer de suas necessidades. Onde há satisfação provavelmente houve acolhimento, escuta, cuidado, responsabilização e muitos outros signos da *integralidade*.

A satisfação do paciente por ter se sentido atendido é o que mais recompensa, na percepção de quase todos os membros das equipes.

O preceptor de medicina, Luiz Carlos, por exemplo, se sente recompensado quando “... tanto o paciente se sentiu atendido naquilo que queria e eu também me senti útil.”

Laís, enfermeira e residente, se sente gratificada “quando a gente vê a satisfação do usuário.”

Quando “... a pessoa desabafou e saiu mais leve”, é o tipo de resposta que “recompensa muito” a residente médica, Luiza.

O enfermeiro residente, Augusto, relata:

“... muitas vezes a gente passa uma orientação e a gente nota que o usuário está satisfeito com aquilo. Só isso já nos traz satisfação.”

Recorremos novamente à fala da residente de serviço social, Cristina, que diz:

“... quando você vê que dá certo, que a pessoa conseguiu aquilo que ela queria, *conseguiu a resposta para aquilo que ela precisava*, mesmo que num primeiro momento não seja aquilo que ela quer, e que ela saia satisfeita, eu acho que isso te recompensa mais.”

Sylvia, residente médica, refere uma dupla satisfação, que não se excluem e fortalecem a *integralidade* do atendimento ao evidenciar sua preocupação em aplicar seus conhecimentos para obter a cura do paciente, em cuidar do paciente crônico e se gratificar com satisfação do usuário. Vejamos seu depoimento

“... acho que todo médico se sente recompensado pelo atendimento que ele atende, dá o diagnóstico, consegue tratar e fazer o paciente ficar curado. (...) acho que nenhum médico deixaria de ficar feliz. (...) você acompanha e é uma doença crônica (...) você sabe que ali você vai cuidar da pessoa, mas não vai curar. Eu acho que a gente fica mais recompensado é

quando o paciente fica satisfeito, independente se curou ou não, mas que ele fique satisfeito com o atendimento.”

Quando solicitados a se posicionar sobre seu modo de entender “tratamento”, alguns membros da equipe estudada dão uma relevância, que nos parece adequada, à questão do impacto cultural entre o conhecimento do profissional e as crenças do usuário. Reconhecem que nenhum tratamento irá funcionar sem que a dimensão dialógica esteja estabelecida entre os sujeitos. Neste sentido é significativa a percepção de Gisele, preceptora de enfermagem:

“... a gente procura fazer um plano de cuidados (...) O plano de cuidados , ele explicita que o usuário se torne conhecedor do que fazem aqui. (...) não adianta a gente passar a medicação mais valiosa do mundo, ou o cuidado mais fantástico do mundo, se ele não vai saber, porque ele não entende porque é que está fazendo. (...) fazer com que ele assuma a responsabilidade sobre o seu próprio tratamento.”

Esta questão, do usuário assumir o seu papel no processo de cura, também é uma preocupação da residente de serviço social, Cristina:

“Tratamento eu acho que mais de cinquenta por cento depende da disponibilidade do usuário, dele estar entendendo que é importante, dele estar entendendo o porquê, qual é o seu problema.”

Até agora já identificamos a presença de três dos mais importantes signos da *integralidade*, na escuta, no cuidado e no tratamento, entre outros, embora obstáculos à prática da *integralidade* também estejam presentes no dia-a-dia das equipes da UBS estudada. Numa abordagem direta quanto ao entendimento do que seja atenção integral e *integralidade* na percepção dos atores da pesquisa, veremos que a atenção integral é vista pela maioria como sendo uma visão da pessoa como um todo, como é o caso de Beatriz, residente de serviço social: “eu entendo por atenção integral atender a pessoa enquanto um todo.”

Embora de maneira mais explicada, é também esta a idéia que Sylvia, residente de medicina tem de atenção integral:

“... seria ver o paciente como um todo, não ver só assim: é uma dor de cabeça, olhar só a cabeça. Tem que olhar isso como um todo, olhar contexto da família, olhar o trabalho, ver o que ele está passando, o momento que ele vive.”

Essa visão da pessoa como um todo permeia também o entendimento da assistente social e residente, Cristina:

“... é você cuidar de uma pessoa inserida num contexto (...) É uma visão integral da pessoa, do todo.”

Aqui é oportuno resgatar a recomendação de Camargo Jr. (2003), sobre o risco implícito na “totalidade” quando se fala em atenção integral:

Deve-se interrogar se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. A contrapartida é o risco de um grau de controle sem precedentes, de perda de autonomia, uma medicalização também integral. (P. 37)

No entanto, deve-se compreender essas afirmativas dos residentes no contexto da percepção deles sobre *integralidade*, que é em linhas gerais a de não “distinguir mente e corpo” e, ao tentar “alcançar a totalidade-integralidade da pessoa”, “humanizar a relação terapêutica” (Bonet, 2003, p.349).

Outras percepções de atenção integral foram: atender a todas as necessidades das pessoas (Gisele); estar atento para perceber algum outro problema de saúde, diferente da demanda (Luiz Carlos); é a visão bio-psico-social do paciente (Simone).

Quando a questão colocada é a do termo “*integralidade*”, é preciso destacar algumas falas que são reveladoras de uma percepção mais consistente da *integralidade*, como a de Sylvia, médica residente, que fala em “interpretar o paciente”; ou a de Cristina, residente de serviço social, quando diz:

“... integralidade, eu acho que é a integralidade das ações, não fazer as coisas fragmentadas, fazer as coisas com muito cuidado. É o cuidado mesmo com o paciente.”

Luiz Carlos, preceptor médico, quando fala de *integralidade*, recomenda,

“... a gente não pode focar só no problema assim mais visível, a gente tem que pensar nos problemas que não estão visíveis e que podem afetar a saúde das pessoas.”

Enfim todas estas questões precisam ser compreendidas e exploradas como oportunidades para o aprendizado que a prática oferece e a própria experiência de trabalhar com o outro – outras subjetividades – e o significado dessa experiência que é o de poder ampliar os horizontes da formação dos atores envolvidos e, portanto, a sua qualificação profissional. Até o reconhecimento, na prática, dos limites da formação acadêmica, estimula a contínua apreensão das atitudes num ambiente multiprofissional, tornando as fronteiras da interdisciplinaridade mais tênues para todos os que ali atuam.

5.4 ***Integralidade*: limites e oportunidades**

Dos depoimentos acima, bem como das conversas com os usuários da UBS de Santa Rita, vê-se que o acesso ao serviço, um dos signos da *integralidade*, não está ainda satisfatoriamente resolvido. Este obstáculo talvez não tenha sido tão recorrentemente apontado em razão de estar havendo uma maior democratização do acesso e da introdução da prática do acolhimento, na implementação do PSF nesta unidade de saúde.

A demanda por consulta com os médicos foi considerado um fator gerador de ansiedade e tensão entre os profissionais, comprometendo as ações de prevenção, e prejudicando as reuniões de equipe, na medida em que os residentes médicos não conseguem delas participar.

Evidenciou-se, a partir dos depoimentos dos atores centrais desse estudo, um hiato na formação profissional das três áreas de saúde componentes das equipes, quando relatam seu despreparo para lidar com usuários portadores de deficiência, lançando mão do bom senso e da improvisação quando se deparam com esta situação. Na verdade este hiato é apenas a “ponta do iceberg” do maior desafio para a *integralidade*, a deficiente formação dos profissionais para o trabalho em saúde, e para o PSF em particular. Feuerwerker e Almeida (1999; citados por Mascarenhas e

Almeida, 2002), resumem assim esta que é uma limitação vital para o sucesso do PSF:

(...) não haver profissionais formados com perfil, competências e habilidades necessárias para que o PSF de fato leve a uma mudança de modelo de atenção. (P. 88)

Quando colocamos em pauta, nas entrevistas, o termo “*integralidade*” o entendimento é muito diversificado, corroborando a percepção de Mattos (2004), quando observou que “Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da *integralidade* seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas” (p. 2). Embora isso não signifique que ela não esteja sendo praticada²³, uma percepção mais ampliada da *integralidade* certamente contribuiria para a transformação das práticas nesta direção.

Um dos obstáculos, já referido, para uma atenção com *integralidade* é o relato dos profissionais de Santa Rita acerca das poucas oportunidades para a realização de reuniões gerais e mesmo para reuniões só das equipes. Com isso a organização dos processos de trabalho, o planejamento das atividades, o trabalho em equipe, e as ações de prevenção ficam prejudicadas. E esses processos, atividades, ações e interações constituem parte importante na construção da *integralidade* na educação em serviço. Supomos que uma maior compreensão de todos da UBS do significado destas reuniões, produziria um maior empenho para que elas se realizem com mais assiduidade.

A divisão do trabalho ainda dentro da lógica da separação entre as categorias profissionais, como se depreende das entrevistas, não contribui para a prática da *entredisciplinaridade* conforme proposição de Ceccim (2004, p. 265), dificultando assim o verdadeiro trabalho em equipe. Dois ex-residentes de Medicina (Mônica e José Antônio) consideram que o trabalho na Residência teve um caráter apenas multiprofissional, não tendo conseguido conquistar a “interdisciplinaridade”(no dizer de Mônica) ou “transdisciplinaridade”(como prefere Francisco, ex-residente).

Sendo o controle social da saúde um dos princípios basilares do SUS e, portanto, da *integralidade*, a tímida participação da comunidade de Santa Rita na

²³ Segundo Mattos (2004), “(...) há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta (*integralidade*), ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a *integralidade* no seu cotidiano” (p. 7)

organização do atendimento da UBS, na percepção dos residentes, é um desafio a ser enfrentado, tanto pelas lideranças do bairro quanto pelos trabalhadores que ali atuam. Para ampliar a participação dos usuários no cotidiano da UBS é vital que lhes seja transmitida uma consciência de cidadania através da

“(…) construção gradual de uma consciência sanitária que se alimenta de experiências vivenciadas na realidade cotidiana e, (...) (sobretudo da esfera da subjetividade). Portanto, falar com construção da cidadania e em participação popular como exercício de direitos no campo da saúde, pede uma reflexão sobre estas noções tal como se apresentam na subjetividade que se associa à prática dos profissionais do setor”. (Bosi, 1994, p. 2)

Uma pista de como superar esta (suposta) restrita participação da comunidade nos assuntos atinentes ao atendimento da UBS, talvez sejam os questionamentos a este respeito propostos por Mascarenhas e Almeida (2002), quando interrogam:

(...) qual a efetividade deste controle ? Que mecanismos de acompanhamento são desenvolvidos ? Qual a capacidade deliberativa do segmento popular envolvido (...) ? Quais os mecanismos que têm sido implementados para diminuir as ‘arestas’ entre os co-gestores da comunidade e a equipe profissional ? Quais os critérios que orientam a partilha de responsabilidades, direitos e deveres entre os co-gestores ? (P. 100)

A falta, com alguma freqüência, de insumos básicos para o bom atendimento na UBS é uma deficiência que atinge em cheio os interesses dos usuários; a canalização dos já poucos recursos financeiros para a média e alta complexidade (contradição entre discurso dos formuladores das políticas de saúde e a tabela de procedimentos do SUS); a falta de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus, a cargo do Ministério da Saúde. A escassez de recursos é destacada por Mattos (In: *Radis*, 2003, p. 7), como um

“entrave à construção da integralidade (...). Existem restrições internacionais importantes que exigem contenções de gastos públicos. Temos, no entanto, que nos mobilizar para aumentar as verbas para a saúde e podermos conquistar o SUS que sonhamos”.

A insuficiente organização dos serviços públicos em rede no município de Juiz de Fora (intersetorialidade, interinstitucionalidade), bem como as dificuldades para se implementar a regionalização dos serviços no âmbito da região da zona da mata mineira e da região sudeste do estado (migração incontrolável de usuários de outras cidades pela falta de ações de integração entre os municípios). Situações essas agravadas pela “baixa capacidade gerencial e operacional de grande parte das secretarias municipais de saúde”, como alude Mattos (In: *Radis*, 2003, p. 7), que também se constituem em empecilhos à prática da *integralidade*.

Uma grave limitação, constatada por todos em seu cotidiano e estampada diariamente pela mídia, especialmente pelos profissionais de saúde, é representada pelas más condições de vida da população brasileira (Souza, 2001, p. 49-51; *Direitos Humanos no Brasil*, 2004). No caso particular do bairro de Santa Rita, tido como o mais pobre da cidade de Juiz de Fora, este (o maior) obstáculo à *integralidade* atinge dimensões dramáticas: pela desnutrição infantil, por problemas de saneamento que permitem que o esgoto corra a céu aberto em alguns locais do bairro onde brincam crianças, pela existência de bolsões de miséria absoluta – Vila do Sô Neném e Matinha -, pelos altos níveis de desemprego entre os adultos jovens, e baixos salários dos que estão empregados, pelo alcoolismo e outras dependências químicas entre os desempregados e subempregados, devido ao desmoronamento de casas no período das chuvas em razão do próprio relevo acidentado do bairro, entre vários outros problemas decorrentes da pobreza. Sobre a relação direta entre condições de vida e saúde da população, Camargo Jr. (1994) nos dá um exemplo definitivo:

A redução na morbimortalidade associada à tuberculose pulmonar ocorrida entre os trabalhadores ingleses nos primórdios da Revolução Industrial, estudada por Engels, é paradigmática. Antes que se soubesse sequer o que poderia causar a tuberculose, houve melhoria nos indicadores sanitários daquela população, unicamente em função da correspondente melhora nas condições gerais de vida. (P. 28)

Como Juiz de Fora não está isolada do contexto regional e nacional, a falta de execução de vários programas sociais contidos em projetos e leis estaduais e federais também repercutem nas condições de vida dos munícipes, resultante da

alegada insuficiência de verbas por parte dos governos e pela transformação de políticas públicas em programas focais como constata Mattos (In: *Radis*, 2003):

(...) no âmbito da formulação de políticas públicas, a integralidade foi apresentada como uma forma de rearranjo do sistema, fazendo com que muitas políticas se transformassem em programas destinados a grupos ou doenças específicas, num processo de despolitização que acabou impedindo a construção da integralidade nas práticas de saúde. (P. 7)

O relatório *Direitos Humanos no Brasil 2004* denuncia a “omissão e lentidão do governo federal” acerca do resgate da enorme dívida social que vem se acumulando ao longo dos séculos no país, “ainda que existam políticas públicas e planos do governo federal para tratar dessas questões” as constantes violações dos direitos humanos no Brasil principalmente no que se refere aos índios (demarcação de terras), às pessoas expulsas de suas terras devido à construção de barragens (cerca de um milhão de pessoas ou trezentas mil famílias), ao déficit habitacional, às condições subumanas em que vivem imigrantes ilegais (cerca de 200 mil bolivianos só em S.Paulo), ao lento assentamento de famílias em terras improdutivas, à violência nas grandes metrópoles brasileiras, entre outras questões pendentes sobre os direitos humanos (*Relatório*, 2004, p. 01-03).

Apesar de ser reconhecida por moradores a democratização do acesso à UBS, ainda são controvertidas as opiniões, tanto de moradores quanto dos profissionais que ali atuam, talvez pelo fato de que nem sempre há *integralidade* no acesso, como se infere dos depoimentos citados abaixo.

Nas conversas com usuários, no trabalho de campo, há uma clara percepção de que houve uma melhor organização da marcação de consultas com a implementação do PSF. Destacaram também o fato de que as consultas são marcadas para o mesmo dia ou para o dia seguinte, o que trouxe uma evidente satisfação entre os usuários da UBS. Já uma Agente Comunitária de Saúde (portanto também moradora do bairro S.Rita) que foi ouvida, considera que o acolhimento trouxe uma melhora significativa no atendimento pela recepção, mas que a qualidade do atendimento cai quando a equipe de saúde não se encontra na recepção e esta fica a cargo somente das recepcionistas (uma agente administrativa e, eventualmente, uma auxiliar de enfermagem).

Já do lado dos profissionais de saúde também há interpretações diferentes de dois ex-residentes de Medicina, quanto ao acesso e ao acolhimento. Mônica considera que houve uma mudança na postura das recepcionistas por influência dos residentes e preceptores presentes ao acolhimento, mas Francisco acha que as filas para marcação de consultas ainda são um grande problema, embora tenham avançado em resolutividade com as mudanças implementação no processo de trabalho e com a prática do acolhimento por parte das equipes da UBS. Seja qual for a interpretação, o fato é que a importância da prática do acolhimento é referida por quase todos os entrevistados.

A complexidade do trabalho em equipe tem sido motivo de muitos encontros entre os residentes, os preceptores acadêmicos, e os de serviço no caso da Residência em Saúde da Família em estudo. Mesmo com as percepções relatadas de que a multiprofissionalidade possa estar prevalecendo sobre a inter/transdisciplinaridade, existem, entretanto alguns indícios de que há um sentimento difuso de se desejar alcançar uma imagem-objeto, que seria o verdadeiro trabalho em equipe, por parte dos trabalhadores da UBS de Santa Rita.

Dentro deste assunto, visando um afinamento das equipes na perspectiva do trabalho interdisciplinar, a Coordenação Técnico-Gerencial do Programa convidou uma consultora em Psicologia para desenvolver um trabalho com as equipes, tendo como instrumento a *Análise Institucional* (v. 3.3), estando neste momento em plena implementação, não sendo, portanto, ainda passível de avaliação nos seus resultados.

Embora a *imagem-objeto* do trabalho em equipe ainda esteja em construção, é perceptível, a partir das observações de campo e dos depoimentos dos profissionais, a existência de uma série de intenções, atitudes e ações que criam um ambiente propício ao alcance do trabalho em equipe com *integralidade*. Um destes elementos é o reconhecimento unânime de que todas as categorias profissionais têm igual importância no contexto da atenção à saúde prestada pelo serviço no qual estão inseridos. Outro é o entendimento da ex-residente Mônica de que “há empatia entre os membros das equipes”; e, ainda, Laís, residente de enfermagem quando diz que em sua equipe existe uma “articulação muito boa” entre ela, a Assistente Social e a Médica; ou a percepção de Cristina, residente de serviço social quando reconhece a necessidade de se trabalhar em equipe “porque a maioria dos problemas a gente não resolve sozinho”. Nesse caso é igualmente importante lembrar que todos

consideraram que os valores éticos têm sido preservados no cotidiano de suas práticas, o que muito contribui para se atingir o ideal do trabalho em equipe.

Embora possa parecer que este conjunto de indícios é irrelevante para um funcionamento harmonioso e interdisciplinar dentro e entre as equipes, Cardoso (2004) ensina que,

A equipe interdisciplinar não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes científicos, mas também a partir do encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas. É a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve. E também as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências... É na interseção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal – que as dificuldades começam a surgir (...) (P. 47)

Ainda dentro da temática do trabalho em equipe, mesmo tendo sido incluído no rol das dificuldades a serem superadas, na experiência aqui tratada, parece ter sua oportunidade prática no planejamento das atividades e quando conseguem organizar os grupos educativos. Por isso seria mais do que desejável que haja uma nova reorganização do processo de trabalho para que estas (e outras) ocasiões que oportunizam o trabalho em equipe sejam viabilizadas e ampliadas.

Outro dado que pode favorecer a prática com *integralidade* é a visão, mesmo que inespecífica, dos atores em foco, de que há um nexo perceptível entre educação, gestão, atenção e participação social, fazendo-nos retornar à idéia do *quadrilátero* proposto por Ceccim e Feuerwerker (In: *PHYSIS*, 2004) onde o eixo da *integralidade* perpassa todas as quatro dimensões da formação dos profissionais de saúde: ensino-gestão-atenção-controle social.

Quando o assunto é gestão percebe-se a presença de um elemento caro ao SUS, à *integralidade*, e às propostas inovadoras para a formação profissional: a descentralização. A ex-residente de Medicina, Mônica, destaca que a mudança da UBS para o PSF desconcentrou as decisões das mãos da gerência da unidade, segundo seu depoimento “hoje todos os membros das equipes se sentem autorizados a tomar decisões gerenciais na ausência da gerente e dos demais preceptores”.

Ainda na linha das atitudes, a abertura para as questões mais pessoais dos usuários, nas consultas, parece já ter sido incorporada pela comunidade adstrita à UBS, pois este é o entendimento de todos os entrevistados e está muito bem

representado na fala do preceptor de medicina, Luiz Carlos, quando diz que os pacientes falam de seus problemas mais íntimos “porque eles já têm a expectativa de que a gente está interessado nessas questões. Eles já sabem”. Este dado, por si só, é revelador de que, possivelmente, estejam presentes vários signos da *integralidade* neste encontro profissional-usuário: acolhimento, escuta, vínculo, diálogo, interação, alteridade, interesse, intersubjetividade, entre outros.

A intersetorialidade e a interinstitucionalidade defendidas por Santos e Westphal (1999, p. 86), e Ceccim (2002, p. 153) como resultados de um conjunto de políticas que otimizam a formação profissional, embora incipiente no caso da UBS de Santa Rita, abre um leque de possibilidades para a prática da *integralidade*.

Entretanto, com a diversidade de cursos e serviços de saúde, públicos e privados, disponíveis em Juiz de Fora, podemos considerar que ainda há muito o que avançar nesta meta, pois não se constituiu até hoje na cidade e na região uma verdadeira rede de serviços de saúde. Os poucos projetos terapêuticos integrados existentes se limitam à UFJF (educação física e nefrologia), comunidade adstrita (*Alcoólicos Anônimos* e igreja de S.Rita) e o curso de nutrição da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – essa uma instituição privada. A presença de uma universidade federal, portanto pública, na cidade de Juiz de Fora exercendo sua influência em todo o sudeste mineiro deveria ensejar políticas mais ampliadas, ao invés das articulações pontuais hoje acima referidas. A respeito disso é oportuno mencionar o que dizem Pinheiro e Mattos (2004):

(...) uma interinstitucionalidade, na qual a universidade, como produtora, reprodutora e formadora de sujeitos para ações de saúde, se revela no irrecusável e fundamental papel da produção de atos na saúde. (P. 7)

Isto não significa que os projetos terapêuticos individualizados devam ficar em segundo plano, pois neles também os Residentes encontram oportunidades para a prática da prevenção que, associada à assistência já prestada diariamente, também pavimenta o caminho em direção à *integralidade*. Neste encontro, quando andam juntas assistência e prevenção, ocorre uma verdadeira negociação entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços, que se configura noutra ocasião propícia para a formação dos Residentes na prática dialógica, como aponta Mattos (2004):

(...) Trata-se mais de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção (ou melhor, de um projeto terapêutico) capaz de dar (...) respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde. (P. 7)

Com efeito, a preocupação com as necessidades dos pacientes, constantemente referida pelos Residentes e preceptores, coincide com a proposição de Cecílio (2001, p. 113-114) de se considerar as *necessidades de saúde* como centro das intervenções e práticas das equipes e dos serviços de saúde, até como forma de melhor escutar os pacientes. A menção à procura do que o usuário realmente foi buscar na UBS, é claramente exposta nas entrevistas da maioria dos protagonistas da presente pesquisa, e o principal instrumento referido pelos profissionais é a escuta feita com interesse e paciência. Essa escuta qualificada, feita sistematicamente em cada consulta individual, é um aprendizado constante para os Residentes exatamente pela singularidade de cada atendimento, no que tange à compreensão da verdadeira origem do sofrimento de cada um.

A propósito da escuta, um dos pilares da integralidade, é importante voltar a destacar o entendimento que os atores do presente estudo têm desta prática: “achar o ponto” (a real demanda do paciente), “entender as demandas”, (ter) “uma atitude receptiva”, “é mais importante que o tratamento”, “saber o que o paciente está buscando”, “escutar o usuário é a primeira ação (...)”, configurando assim um conjunto de valores implícito na boa escuta.

Aprender com o outro, no caso o usuário da UBS, é um aspecto da formação profissional que tem um papel central na educação em serviço. Este reconhecimento de que há um saber popular a ser respeitado e apreendido é um aspecto que acrescenta *integralidade* às práticas. E essa postura que considera os “saberes sujeitos” (Foucault, 1976, p. 11) como fontes de aprendizado está presente nas falas de muitos dos entrevistados (quando se pergunta sobre os conhecimentos nos quais se baseiam para orientar o paciente): “da faculdade, da vida e do paciente”. Sobre a utilidade dos grupos educativos também se vê: “aceitar a opinião do paciente”, “troca de informações”, “aprender com os outros”, “aprender com o que eles sabem”.

Nesta linha de pensamento, um outro ganho para a *integralidade* está na aceitação, por parte dos profissionais desta UBS, da participação do paciente no seu

processo de cura quando opinam que o paciente precisa querer se tratar, que ele é o principal agente do tratamento, que a responsabilidade pelo tratamento deve ser compartilhado meio-a-meio entre paciente e profissional, ou quando dizem que o paciente “faz parte do processo”.

Embora o entendimento diversificado sobre *integralidade*, extraída das entrevistas, esteja apontado como um dos desafios a serem vencidos, em alguns depoimentos, no entanto, esta percepção múltipla pode também se constituir num avanço quando rememoramos algumas representações externadas sobre o princípio da *integralidade*. Dois médicos e uma assistente social foram os que mais se aproximaram dos sentidos atribuídos à *integralidade* pelos estudiosos do assunto: Sylvia, residente médica declarou que “saber interpretar o paciente” é como ela entende o termo *integralidade*; enquanto que o preceptor de medicina, Luiz Carlos, acha que “perceber os problemas não visíveis” é o principal significado da *integralidade*; princípio esse que é visto por Cristina, residente de serviço social, como a prática de ações sem fragmentá-las, e como sinônimo de cuidado. Essa última compreensão da residente Cristina nos conduz à referência sobre os nexos existentes entre cuidado e *integralidade* em Pinheiro e Guizardi (2004):

(...) compreender os nexos constituintes entre cuidado e integralidade como práticas cotidianas que ressignificam as relações sociais e tensionam as relações de produção, pelo reconhecimento do caráter intersubjetivo inerente à condição de *ser humano* em diferentes territórios, problematizando sua inserção nos processos de trabalho e nas interações entre sujeitos. (P. 21)

Dado que o *cuidado* abarca uma multiplicidade de dimensões da atenção à saúde, quer sejam políticas, sob a forma de programas ou ações de serviços e de profissionais, julgamos oportuno adotar o entendimento que Pinheiro e Guizardi (2004) expõem deste signo da *integralidade*:

Quando nos reportamos à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. (P. 21)

Um dos mais característicos signos da *integralidade* é a criação de vínculo comunidade-UBS e comunidade-equipe de saúde, paralelamente ao desenvolvimento do vínculo vem a noção de responsabilização nos dois sentidos, da equipe de saúde com a comunidade adstrita e dessa com a equipe, a UBS e, por extensão, com o sistema de saúde.

Este marco da *integralidade*, o vínculo, parece ser, entre os vários elementos que compõem o princípio da integralidade, o que está mais sedimentado na comunidade de Santa Rita com a sua UBS. Tanto nas observações de campo, quanto nas conversas com usuários e nas entrevistas é o vínculo comunidade-UBS o mais evidente dentre os signos da *integralidade*. Vejamos alguns exemplos:

No trabalho de campo, uma das mais antigas moradoras do bairro, D. Miriam, revelou que a comunidade pensou em fazer um “abaixo-assinado” para que a primeira equipe de residentes que estava concluindo seu curso não saísse da UBS. Outro caso é o depoimento dos ACS de não serem importunados em seu trabalho por supostos traficantes de drogas, e que esses suspeitos de envolvimento com o tráfico até procuram a UBS para se consultar. A presença dos membros das equipes de saúde e da gerência da unidade nas reuniões dos moradores do bairro, mesmo fora do horário de trabalho e mesmo que a pauta da reunião não tenha assuntos que se refiram diretamente à UBS, é o vínculo no sentido inverso e que acaba fortalecendo ainda mais a proximidade da comunidade com o serviço. Ou a facilidade com que os usuários se abrem com os profissionais, expondo suas demandas mais íntimas, como se infere dos depoimentos de residentes e preceptores vistos no capítulo 5.

Quando se fala em vínculo não se pode deixar de mencionar o papel central exercido pelo Agente Comunitário de Saúde como ponto de contato entre a comunidade e o serviço de saúde. Esta centralidade parece ser perceptível para todos da UBS e entre os usuários ouvidos, como é o caso de D.Miriam, já mencionada acima, que destacou o papel dos ACS como uma grande inovação em relação ao sistema que vigorava na UBS antes do PSF. Os próprios Agentes falam com clara satisfação de seu trabalho, pois acham que eles vivem os mesmos problemas que os usuários da UBS e são vistos como seus iguais. Também têm sua importância destacada por vários entrevistados (“são braços da gente na comunidade”, Cristina, residente de serviço social). Podemos ilustrar a importância

da presença dos ACS na equipe de saúde com a idéia que deles fazem Pinheiro e Guizardi (2004):

(...) destacamos os laços construídos pelos agentes comunitários, sujeitos de saberes e práticas cotidianas, detentores do desafio de estabelecer territórios comuns, pontos de contatos, o fluxo e o fixo de interações entre equipe de profissionais e comunidade.”

(P. 34)

No âmbito nacional há uma série de fatores que criam oportunidades para a prática da *integralidade* como a expansão e qualificação do PSF, fortalecendo a Atenção Básica, a regionalização da atenção à saúde (capacitação de gestores), várias ações estratégicas do Ministério da Saúde, especialmente sua ativa participação na formação profissional, com políticas voltadas para a formação permanente e para a qualificação do trabalho informal (Pólos de Educação Permanente, Proformar, Profae).

Para que a construção da *integralidade* seja realmente possível, Mattos (In: *Radis*, 2003) preconiza o fortalecimento da participação social, e também um outro tipo de participação do Ministério da Saúde, quando recomenda:

O Ministério deve definir possibilidades de ação e modos de construção de respostas eficazes para os problemas de saúde ao invés de determinar unicamente o que tem que ser feito. (P. 7)

Vimos acima os limites, mas também as oportunidades para a prática da *integralidade*, presentes, simultaneamente, nas práticas do mesmo serviço e do mesmo profissional. O que mostra quão complexas e transitórias são as condições para o trabalho em saúde nas comunidades, visto que a formação profissional é ainda inadequada para o novo paradigma da saúde, como produção social, e, por outro lado, o não engajamento da comunidade ao novo modelo por não compreendê-lo. Ou seja, os bons resultados do PSF como estratégia da atenção básica dependerão do grau de compreensão e de aceitação apreendidos por todos os indivíduos envolvidos, sejam os profissionais, os pacientes, e as famílias; rememorando as recomendações de Uchôa e Vidal (1994), abordadas no item 1.3.

6 CONCLUSÕES

Cotejando-se os objetivos pretendidos para essa pesquisa com os resultados observados no trabalho de campo, incluindo as entrevistas, podemos concluir que signos relevantes da *integralidade* estão presentes nas práticas dos residentes de saúde da família da UBS de Santa Rita, em Juiz de Fora – MG. A começar pelo conhecimento geral que têm das diretrizes do PSF e sua preocupação em exercitá-las na prática diária.

Desses signos, o acolhimento e o vínculo parecem ser os mais evidentes na relação dos profissionais com os usuários, quando se constata a facilidade com que os pacientes revelam problemas de sua estrita intimidade aos residentes e preceptores. Mesmo havendo a rotatividade das equipes de residentes a cada 2 anos, em tese um fator prejudicial à construção de vínculos, isso não parece afetar o grau de confiança que a comunidade deposita nos trabalhadores da UBS estudada.

As limitações decorrentes de uma formação inadequada não impedem que os residentes lancem mão de técnicas alternativas no atendimento; ao contrário, elas parecem motivá-los a ver a prática cotidiana e a interlocução com os usuários como fontes de conhecimento, renovadas no dia-a-dia. Também o trabalho em equipe, que começam a experimentar, parece ser vivenciado como caminho tanto de superação das inseguranças iniciais, como de aquisição de aprendizagem na base da cooperação interprofissional, e do cuidado com os valores éticos no interior das equipes de saúde.

Dentro destes aspectos formativos, observamos que muitos dos entrevistados reconhecem o saber do outro como relevante, assim como consideram que a vontade do paciente é determinante no seu processo de cura.

A presença de uma assistente social na gerência da UBS, com ampla aceitação das equipes e da comunidade, não deixa de representar uma ruptura com o modelo precedente, em que os cargos de chefia eram tradicionalmente restritos aos médicos.

Com uma Assistente Social na gerência, há a expectativa de que a participação popular na organização do atendimento da UBS venha a se intensificar, graças à importância que a gerente atual vem dando ao cultivo de relações intersetoriais no âmbito da população adstrita.

Entre os obstáculos para a *integralidade*, destaca-se a incessante procura da comunidade por atendimento médico, também constatada em outros estudos, vista como um empecilho para as práticas preventivas pelos residentes e preceptores, mas que pode ser também um fator positivo para a *integralidade* na medida em que comprova que o tempo dedicado aos pacientes é amplo. A tímida participação da população adstrita nas atividades da UBS e nas reuniões do conselho local de saúde, na visão dos residentes, associada à persistente procura por consultas médicas, tanto pode revelar uma baixa aceitação/conscientização do novo modelo de atenção por parte dos usuários, como também a fragilidade de suas condições de vida. Nesse sentido, Souza (2001, p. 112), considera que é estrutural na sociedade contemporânea a categoria *doença*. Em sua pesquisa, a autora verifica que, sobretudo em comunidades carentes, “a prática médica centrada na doença encontra grande receptividade na população atendida”.

Mesmo considerando que o financiamento do setor saúde no Brasil continua em discussão, a prática da intersetorialidade e da interinstitucionalidade poderia ser muito ampliada, particularmente no caso de Juiz de Fora-MG, com o propósito de otimizar os poucos recursos destinados à saúde no país.

Com base nas pesquisas realizadas para esta dissertação é oportuno destacar dois macroproblemas que podem ser compreendidos como os grandes entraves à prática da *integralidade* em todo o Brasil. Um é a formação profissional em saúde, não só pela educação inadequada em relação ao novo paradigma da saúde decorrente da Constituição de 1988, como pela existência de milhares de trabalhadores de saúde às margens da formalidade, o que resulta em um atendimento de má qualidade à população, e em negação de direitos a estes trabalhadores informais. Neste aspecto é forçoso admitir que o Ministério da Saúde tem tido uma ação propositiva diante da formação profissional parcializada e fragmentada, com a criação dos pólos permanentes de educação em saúde. A iniciativa pode ser avaliada favoravelmente até pela atitude altamente receptiva dos trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde, cujo interesse contínuo por novos conhecimentos, tem surpreendido os docentes que atuam nesta área.

O segundo grande problema para a *integralidade*, nunca é demais insistir, são as precárias condições de vida em que se encontra uma parcela significativa da população brasileira. Neste caso, não é prejudicada apenas a *integralidade* nas

práticas de saúde, como preceito constitucional e do SUS, mas também fica comprometida a integralidade como princípio democrático que deveria ser garantido em todas as circunstâncias da vida das pessoas. Sem emprego, sem educação, sem saneamento, sem respeito às minorias, sem equidade, sem habitação decente, ou seja, sem respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, a *integralidade* – a sua prática plena e abrangente - seguirá sendo uma utopia no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D.S., *A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?* Dissertação de Mestrado ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.
- ALMEIDA, M. J. *Educação Médica e Saúde*, Londrina-R.Janeiro, UEL-ABEM, 1999.
- ANDRADE, L.O.M., BARRETO, I.C.H.C., MARTINS JR., T. , *Por que a Estratégia Saúde da Família*. In: Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, n. 5, 2002.
- ARRUDA, B.K.G. (Org.) *A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social* , Recife, IMIP-MS, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. , *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, 2001.
- BAKHTIN, M. (Volochnov), *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. S.Paulo, Hucitec, 1981.
- BARROS, D. L. P. , FIORIN, J. L.(Org.), *Dialogismo, Polifonia, Intertextualidade*. S.Paulo, EDUSP, 1994.
- BONET, . A. R., *Aconselhamento Médico e Diversidade Cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (Org.). *Construção da Integralidade*. IMS-UERJ – ABRASCO: Rio de Janeiro, 2003.
- _____, *Os Médicos da Pessoa, um Estudo Comparativo sobre a Construção de uma Identidade Profissional*. Tese de doutorado/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.
- BOSI, M.L.M., *Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços*. In: Cadernos de Saúde Pública, v. 10, n. 4, out/dez, 1994.
- BRASIL, *Anuário Estatístico da Universidade Federal de Juiz de Fora*. Juiz de Fora, 2002.
- BRASIL, *Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais*, ata n. 31, de 16/07/2003. Belo Horizonte, 2003.
- BRASIL, *Direitos Humanos no Brasil 2004 – Relatório* - Ag. Carta Maior, 2004.
- BRASIL, 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* (Lei Orgânica da Saúde).
- BRASIL, Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993: *Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências*.

BRASIL, Ministério da Educação: *Censo Escolar INEP*. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Educação, Comissão Nacional de Residência Médica, *Decreto n. 80.281 de 05.09.1977 (Criação da CNRM e Regulamentação da Residência Médica)*, Brasília, 1977.

BRASIL, Ministério da Educação-CNRM, *Resolução n. 01/87*, Brasília, 1987.

BRASIL, Ministério da Educação-CNRM, *Resolução 05/2002*, Brasília, 2002.

BRASIL, *Anais da 10ª. Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde/SPS/DAB, *Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*. Brasília, Edit. MS-Rede UNIDA/Fundação Kellogg, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde: *Cadernos de Atenção Básica* (no. 1): Editora MS, Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde: *Manual de Atenção Básica*, Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde – Portaria n. 198/GM/MS, de 13.02.04, *Institui a Política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde/SPS – *Relatório de Gestão 2002*, Brasília, Edit. MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde/SPS/DAB – *Relatório Final da Reunião de Coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*. Brasília, Edit. MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde/SPS/DAB – *Avaliação da Implementação do PSF em Dez Grandes Centros Urbanos*, Brasília, Editora MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS*, Brasília, 2003.

BRASIL, Prefeitura Municipal de J.Fora/DSSA/Conselho Municipal de Saúde: *Plano Municipal de Saúde, 2002-2005*.

BRASIL, Prefeitura Municipal de J.Fora/DSSA: *Programa Municipal de Expansão da Saúde da Família – PROESF*, 2003.

BRASIL, Prefeitura Municipal de Juiz de Fora/DSSDA/GPV/Departamento de Atenção Primária, *Relatório da Saúde*, Juiz de Fora, 2003.

BRASIL, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: *Avaliação da Atenção Básica – Estratégias de Institucionalização*. Brasília, 29 e 30 de julho de 2003.

BRASIL, UERJ-IMS – Laboratório de Pesquisas sobre as Práticas de Integralidade em Saúde no SUS – LAPPIS-SUS: *Projeto Integralidade*, Rio de Janeiro, 2000.

BUENO, W. S. e MERHY, E.E., *Os Equívocos da NOB 96: uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes ?* Texto apresentado na 10^a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1996.

CÂMARA, V. M., *Relatório do Iº Seminário de Visita dos Maiores Programas Financiados pela Fundação W.K. Kellogg no Brasil*, Rio de Janeiro, UFRJ, 1986.

CAMARGO JR., K. R. , *Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A (Org.). *Construção da Integralidade*: Rio de Janeiro, IMS-UERJ – ABRASCO, 2003.

-----, *A Racionalidade Médica – Um Estudo de Caso: O Ambulatório de Medicina Integral*. In: *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 99, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1994.

CAMPOS, E.M.S., *Pólos de Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família: trabalhando um instrumento de acompanhamento e avaliação*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2002.

CAMPOS, G.W.S., *A Clínica do Sujeito: por uma Clínica Reformulada e Ampliada*. In: *Sistemas de Gestão em Saúde*, Campinas, Unicamp, mimeo, 2001.

CAMPOS, G.W.S., *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. S.Paulo, Edit. Hucitec, 1992.

-----, *Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, Rio de Janeiro, Abrasco-Fiocruz, 2000.

CARDOSO, C. L., *Relações Interpessoais na Equipe do Programa Saúde da Família*. In: *Revista de Atenção Primária à Saúde*, v. 7, n. 1, Juiz de Fora-MG, 2004.

CARDOSO, M. H. C. A., *Debate sobre o artigo de Mary Jane P. Spink*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 6, Rio de Janeiro, 2001.

CAETANO, R. e DAIN, S. , *O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centro Urbanos: velhos problemas, novos desafios*. In: *PHYSIS*, v.12, n.1, Rio de Janeiro, IMS/UERJ/CEPESC, 2002.

CECCIM, R. B., *Boletim Integralidade em Saúde (Entrevista)*, Rio de Janeiro, Lappis-SUS, IMS-UERJ, 2004.

CECCIM, R.B., ARMANI, T.B., *Gestão da Educação em Saúde Coletiva e Gestão do Sistema Único de Saúde*. In: Ferla, A.A. e Fagundes, S.M.S. (org.): *Tempo de*

Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Ed. Dacasa, 2002.

CECCIM, R.B. e FEUERWERKER, L. C. M., *Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, R. B., FERLA, A.A., *Residência Integrada em Saúde*. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A (Org.). *Construção da Integralidade*: Rio de Janeiro, IMS- UERJ/ABRASCO, 2003.

CECÍLIO, L. C. O., *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A (Org.). *Construção da Integralidade*: IMS-UERJ – ABRASCO. R. Janeiro, 2003.

CERVEIRA, M.A.C., *Relatório de Avaliação dos Pólos de Capacitação*. In: Brasil, Ministério da Saúde, *Relatório Final da Reunião dos Coordenadores de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*. Editora MS: Brasília, 2002.

DOWBOR, L., *Os Novos Espaços do Conhecimento*, In: *Educação e Trabalho no Capitalismo Contemporâneo*, S.Paulo, Editora Atlas, 1996.

FALK, J. W., *A Medicina de Família e Comunidade: histórico e perspectivas*. Porto Alegre, UFRGS-Fac.Medicina-DMS, 2004.

FAVORETO, C. A O., *Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva: IMS-UERJ, R. Janeiro, 2002.

FOUCAULT, M., "Aula de 7 de janeiro de 1976", in: *Defesa da Sociedade*. Ed. Martins Fontes, S.Paulo, 1999.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S. e MERHY, E. E. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim-MG, Brasil*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. R. Janeiro, 1999.

GOULART, F. A. A., *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso ?* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, FioCruz-ENSP-MS, 2002.

KISIL, M. e CHAVES, M., *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde*. Barueri, Fundação W.K. Kellogg, 1994.

L' ABBATE, S., *Comunicação e Educação: uma prática de saúde*. In: Merhy, E.E. e Onocko, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. S.Paulo, Hucitec, 1997.

-----, *A Análise Institucional e a Saúde Coletiva*. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA-GONÇALVES, E., *Médicos e Ensino da Medicina no Brasil*, S.Paulo, Eduz, 2002.

LOPES, G.T. ; BAPTISTA, S.S., *A trajetória da residência de Enfermagem no Brasil*. In: *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, v. 3, n. 1, Rio de Janeiro, 1999.

MALINOWSKI, B., *Argonautas do Pacífico Ocidental*, S.Paulo, Abril Cultural, 1976.

MALTA, D. C. , *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva: Campinas, Unicamp, 2001.

MANCE, E. A., *A Universidade em Questão – o conhecimento como mediação da cidadania e como instrumento do capital*. Campinas, Unicamp, 1999.

MARINS, J. J. N., REGO, S., LAMPERT, J. B., ARAÚJO, J. G. C. (Org.), *Educação Médica em Transformação*, S.Paulo, ABEM-HUCITEC, 2004.

MARSIGLIA, R. M., *Instituições de Ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou ?*. In: *Revista Brasileira de Saúde da Família*, ano V, n. 7, edição especial. Brasília, 2004.

MASCARENHAS, M.T.M. e ALMEIDA, C., *O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão*. In: *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, Rio de Janeiro, 2002.

MATTOS, R. A , *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A (Org.) *Construção da Integralidade*: Rio de Janeiro, IMS-UERJ - ABRASCO, 2001.

-----, *Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A (Org.) *Construção da Integralidade*: Rio de Janeiro, IMS-UERJ - ABRASCO, 2003.

-----, *Atenção integral à saúde inspira ciclo de palestras*. In: *Radis*, n. 14, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

-----, *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, n. 5, Rio de Janeiro, 2004.

MERHY, E. E., *Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy, E.E. e Onocko, R. (Org.) *Agir em Saúde*. S.Paulo/Buenos Aires, Edit. Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M. C. S., *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. S.Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MOURÃO, A. M. A., LIMA, A.M.C.A., SOUZA, A.S., *Residência em Serviço Social: um projeto de formação profissional*. In: *Libertas*, v. 1, n. 1, Juiz de Fora-MG, Editora da UFJF, 2001.

OMS-UNICEF, Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde: *Declaração de Alma-Ata*, 1978.

PAIM, J.S., *Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. In: *Estudos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, n. 4, pg. 11-25, nov. 1986.

PAULON, S., ROBINSON, P., COELHO, D. e FLORES, P., *Conexões em saúde: problematizando as políticas de desenvolvimento de RH no SUS*. In: *Boletim da Saúde*, v. 16, n. 1, Porto Alegre, 2002.

PEIRCE, C.S., *Semiótica e Filosofia*, S.Paulo, Edit. Cultrix, 1975.

PHYSIS, *Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2004.

PIANCASTELLI, C.H., CAMPOS, E.M.S., SOUSA, M.F., CERVEIRA, M.A.C., VILLAS BÔAS, M.L.C., *Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos*. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n° 21, CEBES/FIOCRUZ, 2000.

PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org.), *Os Sentidos da Integralidade*: Rio de Janeiro, IMS-UERJ/Abrasco, 2001.

-----, *Construção da Integralidade*: Rio de Janeiro, IMS-UERJ/Abrasco, 2003.

-----, *Cuidado. As Fronteiras da Integralidade*: Rio de Janeiro, Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2004.

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. e Mattos, R. A (Org.). *Os Sentidos da Integralidade*: Rio de Janeiro, IMS-UERJ - ABRASCO, 2001. 178 p.

PINHEIRO, R. , SILVA, J.P.V. , MACHADO, F.R.S., *Novas Práticas de Gestão da Atenção Especializada e a Construção da Integralidade no SUS*: In: Ferla, A.A. e Fagundes, S.M.S. (org.) *Tempo de Inovações*, Porto Alegre, Ed. Dacasa, 2002.

PINHEIRO, R. e GUIZARDI, F.L., *Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (Org.) *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec-IMS/UERJ-Abrasco, 2004.

RADIS, *Comunicação em Saúde*, n. 14, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

RIBEIRO, E.C.O., *Educação Permanente em Saúde*. In: Marins, J.J.N. , Rego, S., Lampert, J.B., e Araújo, J.G.C. (Org.), *Educação Médica em Transformação*. S.Paulo, Hucitec-ABEM, 2004.

- ROCHA, C.M.F., *Reflexões acerca de alguns dos atuais desafios da formação em serviço no setor da saúde no Brasil*. In: *Boletim da Saúde*, v. 16, n. 1, Porto Alegre, 2002.
- RONZANI, T. M. ; VAN STRALEN, C.J., *Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro*. In: *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 99-106, 2003.
- SANTANA, J.P. e CHRISTÓFARO, M. A. C., *Articulação Ensino-Serviço na Área de Saúde*, Brasília, NESP/CEAM/UNB, 2002.
- SANTOS, J. L. F. e WESTPHAL, M. F., *Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: o papel da universidade*. In: *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, S.Paulo, IEA/USP, 1999.
- SOUZA, H. M., *Estratégias para a organização da Atenção Básica no Brasil*. In: *Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*, Ministério da Saúde-SPS-DAB, Brasília, 2000.
- SPINK, M.J.P., *Psicologia Social e Saúde*, Petrópolis, Edit. Vozes, 2003.
- STARFIELD, B., *Atenção Primária à Saúde*, Brasília, UNESCO-Ministério da Saúde, 2002.
- SOUZA, S.P.S., *A Inserção dos Médicos no Serviço Público de Saúde. Um olhar focalizado no PSF*, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, UERJ-IMS, 2001.
- SOUZA SANTOS, B., *Um Discurso sobre as Ciências*, Coimbra, Ed. Afrontamento, 1988.
- TOBAR, F. e YALOUR, M.R., *Como Fazer Teses em Saúde Pública*: Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2001.
- UCHÔA, E. e VIDAL, J.M. , *Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 4, Rio de Janeiro, 1994.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, *PACI: Programa de Ação Comunitária Integrada*, Juiz de Fora, Editora da UFJF, 1981.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/FADEPE, *PROMED-UFJF*, Juiz de Fora, Edit. UFJF, 2002.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, *Proposta Técnica para Implantação de uma Residência de Serviço Social*, Edit. UFJF, 1997.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, *Proposta Técnica para Implantação de uma Residência de Enfermagem no Hospital Universitário*, Edit. UFJF, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/FE/FM/FSS/NATES, *Proposta Técnica para Residência em Saúde da Família*, Juiz de Fora, Ed. UFJF, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/FE/FM/FSS/NATES, *Proposta Técnica para o Reoferecimento da Residência em Saúde da Família*, Juiz de Fora, Edit. UFJF, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/Conselho Superior, *Resolução n. 32/2003*. In: Boletim da Reitoria da UFJF, Juiz de Fora, Edit. UFJF, 2003.

VAITSMAN, J., FARIAS, L.O., MATTOS, A.M. e CAMPOS F°, A.C., *Metodologia de elaboração do Índice de Percepções Organizacionais*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 6, Rio de Janeiro, 2003.

VASCONCELOS, F. , *Atenção integral à saúde inspira ciclo de palestras*. *Radis*, n. 14, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

VASCONCELLOS, M. P., *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. S.Paulo, Hucitec, 1999.

VIANA, A. L. A. , *Política de Saúde no Estado de S.Paulo nos anos 80: formação e tensões*. Tese de Doutorado, Campinas, UNICAMP, 1994.

VIANA, A.L.A. e DAL POZ, M.R., *Reforma em Saúde no Brasil. Programa de Saúde da Família; Informe Final*. In: *Estudos em Saúde Coletiva* (série): Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1998.

VÍCTORA, C.G. , KNAUTH, D. R. e HASSEN, M. N., *A Pesquisa Qualitativa em Saúde*: Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000.

VUORI, H., *A Relação de Escolas de Saúde Pública voltadas para a APS*. In: *Health Police*, 1985, n.4, p. 221-230.

XAVIER, C. e GUIMARÃES, K., *Uma Semiótica da Integralidade: O Signo da Integralidade e o Papel da Comunicação*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (Org.), *Cuidado, as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec-IMS/UERJ-Abrasco, 2004.

*** PÁGINAS CONSULTADAS NA INTERNET**

<http://agenciartamaior.uol.com.br>

www.datasus.gov.br

dialogoroche.com.br

www.ensp.fiocruz.br

www.ibge.gov.br

www.ims.uerj.br

www.lappis.org.br

www.nates.ufjf.br

www.periodicos.capes.gov.br

www.pjf.mg.gov.br

www.portal.saude.gov.br

www.redeunida.org.br

www.saude.gov.br

www.saude.mg.gov.br/cib-mg

www.sbmfc.org.br

www.scielo.br

www.ufjf.edu.br

ANEXO A – Roteiro utilizado nas entrevistas com os atores.Identificação:

Nome:

sexo:

idade:

tempo de formado (ou de preceptoria):

instituição que formou – especialidade:

início:

tempo de formado (ou de serviço na UBS):

1. Entendimento das práticas no cotidiano da relação da equipe com os serviços:
 - a) Como é organizado o Programa de SF no qual você atua? Como ele funciona na prática cotidiana ?
 - b) Você percebe a articulação entre a preceptoria (formação e posição institucional), a gerência (gestão) e a atenção ao paciente (política de saúde) no âmbito da UBS em que você atua?
 - c) Existe alguma prática/atividade de ensino que enfatize o trabalho em equipe, no que concerne à responsabilidade dos serviços de saúde na solução dos problemas de saúde das pessoas?
 - d) Existem espaços de participação dos usuários na formulação e implementação destas atividades (organização do atendimento) ? Você conhece os conselhos de saúde? Em caso positivo, fale da relação entre a UBS e os conselhos.
 - e) Você está orientado a como proceder com os portadores de deficiência? Há resolutividade na prática atualmente adotada?
2. Entendimento das práticas no cotidiano do trabalho em equipe.
 - a) Você participa de reuniões de equipe ? Como são ?
 - b) Como é a organização do trabalho dentro da equipe ?
 - c) Você conhece algum projeto terapêutico integrado ? Se positivo, como funciona aqui ?
 - d) Como são tratados os valores éticos entre profissionais da mesma categoria e de outras categorias ? Incluindo os casos de referência-contrareferência.
 - e) Já fez algum curso do NATES? Qual?

3. Experiência ensino-aprendizagem.

- a) Descreva os procedimentos que realiza no atendimento do paciente. Recepção, relação, conduta.
- b) O que você entende por escuta, tratamento e cuidado (acolhimento, vínculo, responsabilização).
- c) Quanto ao tratamento, em quais conhecimentos se baseia para orientar o paciente?
- d) Qual o papel do paciente no processo de cura ?
- e) Com que tipo de atendimento você se sente recompensado em atender? Por quê?
- f) O que você entende por atenção integral? E por integralidade?
- g) Qual o seu entendimento sobre grupos educativos ? Para que servem?