

VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO
FEDERAL: UM ESTUDO DE CASO**

Brasília

2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO
FEDERAL: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Maria Fátima de Sousa

Co-orientador Edgar Merchán-Hamann.

Brasília

2011

VLADIMIR ANDREI RODRIGUES ARCE

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO DE
CASO.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 23 de maio de 2011

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Maria Fátima de Sousa
Orientadora

Profª. Dra. Maria da Glória Lima
Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner
Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro
Universidade de Brasília (Suplente)

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família que tive o privilégio de conhecer durante as entrevistas, e com os quais tenho a pretensão de partilhar responsabilidades e vivenciar novos tempos para o cuidado à saúde das famílias no Distrito Federal.

Às importantes pessoas que demonstraram afeto e que me apoiaram incondicionalmente neste percurso.

*À minha família! Saudades!
Ao Rodrigo, pelo companheirismo!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço às várias pessoas que deixaram suas marcas e enriqueceram o processo de realização desta pesquisa de Mestrado.

Inicialmente, à professora e minha orientadora Maria Fátima de Sousa, com quem tenho, nos últimos anos, aprendido muito e vivenciado a oportunidade de compartilhar inquietações e desejos, encontrando em seus ensinamentos meios de transformá-los em ações que contribuam para o desenvolvimento da Universidade, da Saúde Coletiva, e claro, da sociedade. Na oportunidade, também agradeço ao professor Edgar Merchán-Hamann, co-orientador e docente de disciplinas que contribuíram para a definição do objeto deste estudo.

Aos profissionais do Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP, pela acolhida e suporte e aos profissionais do Laboratório de Informação e Comunicação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde – LICoSC/FS, em especial à professora Ana Valéria Machado Mendonça, pelos esclarecimentos metodológicos, e a Donizete Moreira de Oliveira, do Centro de Informática e Informação em Saúde – CIS/FS/UnB, pelo apoio na elaboração do questionário *on line* e na análise de parte dos resultados.

Aos companheiros e colegas de caminhada acadêmica, Adelyany Batista, Katerine Gonçalves e Rodrigo Dornelas, pelo suporte constante, sobretudo nos momentos mais árduos deste processo.

Aos profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sobretudo os que viabilizaram e apoiaram a operacionalização desta pesquisa. Dentre tantos, agradeço especialmente aos profissionais da Gerência de Monitoramento e Avaliação – GEMA/SESDF, pela disponibilização de dados secundários; aos profissionais da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família – DIAPS/SESDF, em nome da gerente de gestão da DIAPS Lauda Batista, pelo apoio enquanto gestor à execução deste projeto; aos gerentes e chefes das Gerências e Núcleos de Atenção Primária e Estratégia Saúde das Famílias – GAPESF/NAPESF das regionais de saúde participantes, pela identificação e mobilização dos profissionais para participação, em especial à gerente da regional do Paranoá, Eleuza Martinelli, e ao então gerente do Centro de Saúde do Itapoã, Suderlan Sabino

Leandro, por apoiarem meu afastamento das atividades profissionais para a realização deste estudo; e aos profissionais da Saúde da Família do Distrito Federal que gentilmente aceitaram participar e contribuíram fundamentalmente para a concretização deste projeto, transformando-o nesta dissertação de Mestrado.

Por fim, agradeço aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Itapoã/Paranoá, por suportarem e apoiarem os momentos de minha ausência da equipe, e por compartilharem comigo os desafios da construção da integralidade do cuidado no cotidiano de nossas práticas.

A todos, meu muito obrigado!

*Na percepção, não pensamos o objeto e não pensamos o pensante,
somos do objeto e confundimo-nos com esse corpo
que sabe mais do que nós sobre o mundo,
sobre os motivos e os meios que se tem de fazer sua síntese.
(MERLEAU-PONTY; Fenomenologia da percepção)*

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa que analisou as representações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal-DF acerca da integralidade do cuidado. A ESF vem sendo implantada no Brasil desde 1994 como uma estratégia política para reordenar o modelo de atenção à saúde, sendo atualmente ampliada no DF. Foram realizados entrevistas individuais semi-estruturadas e grupo focal com gestores locais e profissionais das equipes de 11 das 15 regionais de saúde. Utilizou-se o Discurso de Sujeito Coletivo (DSC) e a teoria das Representações Sociais para análise, buscando-se compreender a sociogênese da forma de pensar a partir de um olhar psicossocial sobre a realidade. Verificou-se que o cuidado é percebido como ato de solidariedade e atributo profissional; apoio às famílias em suas múltiplas necessidades; e articulação de ações interdisciplinares de prevenção, promoção e tratamento, visando qualidade de vida. A integralidade do cuidado permeia a noção de autonomia profissional e criação de vínculos de confiança e responsabilização, inserindo os usuários em todas as ações; o sujeito é percebido em sua totalidade, contextualizando a família na determinação e no enfrentamento dos problemas; e demanda a integração com demais serviços. O estudo demonstrou que o cuidado relaciona-se com diferentes dimensões da integralidade, refletindo potencialidades e desafios do modelo da ESF para o desenvolvimento de práticas ampliadas de saúde. Faz-se necessário que o processo inter-relacional estabelecido no território viabilize a qualificação das ações, sobretudo aquelas voltadas para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, integralidade, cuidado.

ABSTRACT

This qualitative research analyzed the social representations of the Family Health Strategy's teams (ESF) in the Distrito Federal - DF, Brazil, about the comprehensiveness care. The ESF has been implemented in Brazil since 1994 as a political strategy in order to reorganize the "health attention model", currently being expanded in the DF. The study was developed in 11 of 15 health regions in DF and the gather of informations was done through individual semi-structured interviews and focal group with local managers and professionals of the teams. The interviews were analyzed using the Discourse of the Collective Subject (DSC), based on the theory of Social Representations aim to understand the sociogenesis of thinking, taking into account the psychosocial reality. It was found that the care is realized as solidarity and professional attribute, to support families in their multiple needs, and articulating interdisciplinary activities of prevention, promotion and treatment, aiming to quality of life. The comprehensiveness care permeates the professional autonomy, creating bonds of trust and accountability, placing users in all actions; the subject is a whole, contextualizing the family in the determination and in the facing of the problems; and demands the integration with other services. The study showed that the care is related to different dimensions of comprehensiveness, reflecting the potential and challenges of the ESF model for the development of expanded health care practices. It is necessary that the interrelational process established in the territory makes possible within the qualification of actions, particularly those related to health promotion.

Key-words: Family Health Strategy, comprehensiveness, care.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 01 – Caracterização dos sujeitos entrevistados segundo regional de saúde e categoria profissional e participação do coordenador da equipe no Grupo Focal	36
FIGURA 01 – Distribuição dos profissionais que responderam ao questionário segundo regional de Saúde	48
FIGURA 02 – Tempo de atuação nas equipes em que estão lotados	48
FIGURA 03 – Distribuição dos profissionais segundo realização de estágio na ESF durante a graduação	49

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Caracterização dos sujeitos participantes da entrevista semi-estruturada	33
TABELA 02 – Caracterização dos sujeitos gestores locais participantes do Grupo Focal	35
TABELA 03 – Caracterização das regionais de saúde segundo número de equipes de Saúde da Família consistidas no SCNES em fevereiro de 2011 e demais serviços de Atenção Primária	44
TABELA 04 – Distribuição de profissionais da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário <i>on line</i> segundo categoria profissional no Distrito Federal	46
TABELA 05 – Distribuição de profissionais da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário <i>on line</i> segundo variável sexo	47
TABELA 06 – Distribuição de profissionais da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário <i>on line</i> segundo variável faixa etária	47
TABELA 07 – Distribuição de profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário <i>on line</i> segundo tempo de formação	47
TABELA 08 – Distribuição de profissionais de nível superior que responderam ao questionário <i>on line</i> segundo realização de especialização/residência profissional	50
TABELA 09 – Distribuição de profissionais de nível superior que responderam ao questionário <i>on line</i> segundo área da especialização/residência	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- APS:** Atenção Primária à Saúde
- APSP:** Associação Paulista de Saúde Pública
- CAPSi:** Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
- CEP:** Conselho de Ética em Pesquisa
- CMI:** Complexo médico-industrial
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- COMPP:** Centro de Orientação Médico Psicopedagógico
- DF:** Distrito Federal
- DIAPS:** Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família
- DSC:** Discurso do Sujeito Coletivo
- E-Ch:** Expressões-chave
- ESF:** Estratégia Saúde da Família
- GAPESF:** Gerência de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família
- GEMA:** Gerência de Monitoramento e Avaliação
- IAD:** Instrumento de Análise do Discurso
- IC:** Idéia Central
- MS:** Ministério da Saúde
- NAPESF:** Núcleo de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família
- NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NESP:** Núcleo de Estudos em Saúde Pública
- NOB:** Norma Operacional Básica
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PAB:** Piso de Atenção Básica
- PACS:** Programa de Agentes Comunitários em Saúde.
- PDR:** Plano Diretor de Regionalização
- PSF:** Programa Saúde da Família
- SAPS:** Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
- SCNES:** Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- SESDF:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB: Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	17
3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: BASES FÉRTEIS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	19
4 AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	22
5 METODOLOGIA	28
5.1 Procedimentos de coleta de dados	31
5.1.1 Entrevistas semi-estruturadas	31
5.1.2 Grupo Focal	33
5.2 Análise dos dados	37
6 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL	41
7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	52
7.1 ARTIGO – Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal	53
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
APÊNDICES	83

1 APRESENTAÇÃO

Definir a integralidade do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF – como objeto de estudo não foi tarefa simples, e tampouco instantânea, ou natural. Acredito ter sido uma descoberta, ou o resultado de uma reflexão cuidadosa sobre minha trajetória profissional. Este processo teve início quando, num exercício metodológico, busquei construir a questão de pesquisa que seria desenvolvida durante a formação que decidi seguir em minha carreira: a de pesquisador e docente. Tornei-me consciente de que diversas inquietações que me acompanhavam desde a graduação em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Minas Gerais contribuíram para a definição da linha de estudo a qual deveria prosseguir. Aproximei-me, assim, da Saúde Coletiva, e desde então busco encontrar nesse campo do conhecimento respostas – mesmo que temporárias - às várias perguntas acerca do como melhor pensar-fazer o cuidado integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Ainda na graduação pude vivenciar experiências de extensão universitária e iniciação científica que tinham a Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde – SUS como terrenos de estudos e práticas, e que foram fundamentais para a construção de minha identidade enquanto profissional da saúde. Passei a me inserir em espaços paralelos à formação proposta pelo currículo, tais como coletivos de estudantes, que buscavam problematizar suas formações bem como a situação precária que se encontrava a saúde pública. Desta forma, impulsionado pelo contexto mobilizador do movimento estudantil, e também em aproximação com movimentos sociais que debatiam a saúde, entrei em contato com novos conhecimentos que permitiram ampliar minha visão sobre o que é saúde e, sobretudo, sobre qual a minha responsabilidade e como deveria ser minha inserção na sociedade enquanto estudante, e tempos depois, já como profissional.

Minha inserção no mundo do trabalho se deu pela Saúde Mental, mais precisamente em um centro de referência para crianças e adolescentes, o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico – COMPP, onde mais tarde passaria a compor a equipe do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil – CAPSi. A aproximação com a Saúde Mental, a partir da imersão em seus pressupostos teóricos e na história da reforma psiquiátrica brasileira, permitiram que eu construísse um novo olhar sobre o cuidado à saúde das crianças e das famílias que estavam em situação de sofrimento psíquico. Assim, pude compreender e vivenciar uma proposta de cuidado em saúde pautado pela noção de território, de rede, de

cuidado integrado, de trabalho interdisciplinar, embora convivesse também com diversas dificuldades presentes no SUS que se colocavam diante da proposta da atenção psicossocial.

Considerando minha formação em Fonoaudiologia, as possibilidades de atuação na Atenção Primária pareciam remotas, tendo em vista que até então não havia possibilidade de inserção deste profissional nos serviços básicos de saúde do SUS no Distrito Federal – DF, embora existissem algumas experiências nesse sentido em outros estados e municípios brasileiros desde a década de 1980.

Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – pelo Ministério da Saúde – MS, e a partir do incentivo dado à Secretaria de Saúde para sua implantação no DF, foram constituídas equipes em diversas regionais de saúde, ao passo em que se buscava fortalecer e ampliar o número de equipes da ESF. Portanto, tornou-se possível minha incorporação à força de trabalho da Atenção Primária à Saúde – APS no DF, e assim ingressei na equipe do NASF da regional do Paranoá, em 2010.

O percurso desde a graduação até o momento em que se deu minha entrada no NASF, embora não tivesse viabilizado uma aproximação prática na realidade da APS, permitiu que seus pressupostos teóricos e políticos fossem consolidados em minha identidade profissional. Desta forma, já inserido na Atenção Primária, especificamente na Estratégia Saúde da Família, passei a vivenciar uma proposta de ampliação deste modelo no DF, a partir da regional de saúde do Paranoá, que engloba as cidades Paranoá e Itapoã. Minha entrada na equipe do NASF coincidiu com a criação de cinco novas equipes no território do Itapoã, que se somaram a outras sete equipes da regional, compondo este o campo de minha atuação enquanto apoiador, que por meio de uma proposta de Apoio Matricial nos moldes da Educação Permanente, tem a desafiadora tarefa de apoiar as ações das equipes de Saúde da Família na busca pela integralidade do cuidado no âmbito do território, a partir da inserção de novos olhares e novas abordagens sobre os problemas de saúde.

Para além de repensar a prática dos profissionais que compunham o NASF – todos da equipe fomos formados atendendo a uma lógica privatista, tecnicista e centrada no indivíduo e na doença – passamos a interrogar qual era o objetivo de se trabalhar numa proposta como a ESF, que trazia à tona nossas fragilidades técnico-conceituais para a APS e nossas raízes biomédicas frente às necessárias transformações que tivessem como eixo a integralidade, com privilégio de ações de prevenção e promoção da saúde. Percebi que este desafio era coletivo, e envolvia os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Desta forma, vários desafios são colocados aos profissionais da Atenção Primária e aos gestores da saúde, que se vêem imersos em uma realidade que nem sempre permite o pleno desenvolvimento de ações de saúde que visem a transformação e a produção de saúde nas localidades. Dentre vários desafios, cito a formação profissional, a complexidade dos problemas sociais das comunidades, a gestão da saúde muitas vezes fragmentada, a pouca participação social e a fragilidade da organização dos coletivos, a desarticulação dos serviços e dos níveis de atenção, a pouca articulação com outros setores da sociedade, dentre outros, que podem ser tanto de caráter micro quanto macro-estrutural, e que implicam em conseqüências importantes para a ampliação e fortalecimento da Atenção Primária e da ESF.

Portanto, com o reforço desta experiência cotidiana no mundo do trabalho em saúde, aliado ao processo histórico de falta de investimento neste novo modelo de atenção durante anos, o cuidado integral à saúde das famílias assumia uma posição idealizada, por vezes utópica. Embora, no discurso, seja um dos primeiros objetivos apontados pelos profissionais e gestores da saúde.

Desta forma, conciliando minha inserção atual no campo da saúde, e a partir de minha trajetória profissional, senti a necessidade de compreender melhor os processos que estão envolvidos na busca pela garantia da integralidade do cuidado no âmbito do território pelas equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. Tal inquietação levou-me a querer estudar como as equipes representavam o cuidado integral, e como este se dava no contexto das práticas cotidianas, considerando os atributos esperados nos serviços de Atenção Primária. Por limitações de tempo, optei por desenvolver nesta dissertação de Mestrado o estudo sobre as representações dos profissionais acerca da integralidade do cuidado, sendo este o primeiro passo desta nova caminhada acadêmica.

Entretanto, os dados que foram coletados referentes ao objetivo de verificar como a integralidade do cuidado se relaciona com a questão do acesso à saúde, da longitudinalidade e da coordenação das práticas estão sendo trabalhados e serão posteriormente publicados no meio científico, de modo a tornar este objeto um contínuo processo de inquietações que se convertam em novas propostas de pesquisas, assumindo a intencionalidade de construir elementos que possam fortalecer a ESF e afirmar os preceitos históricos da Reforma Sanitária, em especial o direito de todos à integralidade do cuidado à Saúde.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS – é fruto de uma luta histórica do movimento da Reforma Sanitária brasileira que culminou com a garantia da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, estabelecendo um sistema estruturado de serviços de saúde pautados nos princípios da equidade, universalidade e da integralidade. Tais princípios são considerados marcos para a organização do sistema, que passa a ser orientado por uma concepção ampliada de saúde, contrapondo a lógica biomédica hegemônica de atenção à saúde, favorecendo a substituição do paradigma da multicausalidade pelo da determinação social da saúde e da doença, constituindo um novo modelo de atenção que é também um novo modelo de organização do trabalho em saúde e dos serviços, propondo um sistema integrado, que amplia o acesso a todos os níveis de atenção em função das necessidades, demandas e representações da população ¹

Dentre os princípios do SUS, a integralidade se destaca enquanto importante eixo para a transformação desta lógica, pois envolve diferentes dimensões da atenção à saúde, tanto em relação à estruturação dos serviços quanto das práticas profissionais, sendo que estas passam, sobretudo, pelo entendimento que os profissionais da saúde têm em relação às necessidades de saúde das comunidades.

Tal constatação fica mais evidente quando consideramos a reestruturação do modelo de atenção à saúde no Brasil, que incorpora a Estratégia Saúde da Família – ESF – como principal modelo para a construção de práticas pautadas nas necessidades de saúde identificadas em um território. É importante ressaltar que a ESF surgiu a partir da necessidade de problematizar e reorientar a Atenção Primária à Saúde – APS, assumindo importante papel na reorganização do sistema de saúde brasileiro e na superação do modelo biomédico que ainda é hegemônico na contemporaneidade, buscando deslocar a centralidade do cuidado no hospital, no profissional médico e na doença, para as unidades de saúde territorializadas e integradas em rede, o trabalho em equipe, com foco na saúde. Portanto, é uma estratégia que busca, sobretudo, afirmar a integralidade do cuidado nas práticas de saúde.

Portanto, a integralidade passou a ser concebida como objeto de diversos estudos e pesquisas, tanto em relação à definição de seu arcabouço teórico quanto em relação aos desdobramentos que a partir dela podem ser observados na conformação das práticas de saúde, assumindo importância acadêmica e política no campo da saúde. Faz-se necessário

qualificar o debate sobre a integralidade tomando como categoria central de reflexões o cuidado à saúde, uma vez que é neste contexto que se propõe o fortalecimento da APS no Brasil.

Neste sentido, o cuidado em saúde passa a ser ressignificado no âmbito dos serviços, fortemente influenciado pela concepção de determinação social do processo saúde-doença, que amplia substancialmente o campo de reflexões e de práticas dos profissionais, em especial dos que atuam na APS. A perspectiva da integralidade, reconhecida enquanto importante atributo da Atenção Primária, evidencia novos rumos para os serviços e os sistemas de saúde que buscam garantir o cuidado integral à saúde das famílias.

Esta busca pela integralidade do cuidado permeia diversos conhecimentos e práticas que os profissionais constroem e vivenciam a partir do estabelecimento de vínculos com os diferentes sujeitos em seus territórios e do contato com demais serviços de saúde e outros equipamentos que compõem a rede social na qual estão inseridos, demonstrando que o processo de cuidar, tal qual a vida humana, é dinâmico em sua essência, e por este motivo deve ser constantemente repensado, frente às convergências e dissonâncias que podem ser observadas na prática cotidiana das equipes em relação aos pressupostos da APS e da ESF.

Essa dinamicidade, aliada à complexidade encontrada nas realidades vivenciadas pelas equipes, deixam marcas na maneira como os profissionais percebem a comunidade e suas necessidades, ou seja, no modo como tomam consciência e apreendem a situação de saúde. Este modo, no âmbito da APS, tem a potencialidade de fomentar a construção de práticas que abordem a saúde e seus determinantes, numa perspectiva psicossocial. Portanto, assume-se que há um conhecimento de senso comum construído a partir das relações sociais estabelecidas no processo de cuidado à saúde, e que permeia as práticas das equipes de saúde da família, e é neste fértil campo de experiências de trabalho em saúde que se constrói a proposta desta pesquisa.

Percebe-se que as práticas de saúde são necessariamente permeadas pela maneira como os profissionais representam para si o cuidado integral, sendo este um desafio constante para as equipes de Saúde da Família. Pensar sobre tais representações e seus desdobramentos permite um primeiro passo em direção a uma melhor compreensão sobre possíveis potencialidades e limites da ESF no Distrito Federal, podendo subsidiar futuras ações que aprimorem a estratégia nos níveis locais e central da atenção e da gestão da saúde.

Neste sentido, esta pesquisa buscou colaborar com as reflexões acerca do tema a partir de uma análise do Distrito Federal, que se encontra em um contexto de fortalecimento e ampliação da ESF em seu sistema, e que necessita de pesquisas que apóiem a leitura de sua realidade. Portanto, tem-se como objetivo conhecer e discutir as representações sociais dos profissionais da ESF acerca da integralidade do cuidado à saúde das famílias.

3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: BASES FÉRTEIS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Entendida como nível do sistema de saúde responsável pela entrada de todas as novas necessidades e problemas da população, a Atenção Primária apresenta funções exclusivas no âmbito do sistema de saúde, bem como atributos próprios, como a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade. Assim, a atenção às pessoas deve ser proporcionada ao longo do tempo, de modo coordenado, podendo haver uma integração a outros níveis do sistema, que passam a ter o trabalho organizado pela Atenção Primária ².

A Conferência Internacional de Alma Ata, promovida por organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), exerceu alguma influência sobre a reforma sanitária brasileira e as primeiras experiências de Atenção Primária à Saúde (APS), que buscavam contrapor a atenção convencional, proposta pelo modelo biomédico hegemônico, a partir de um enfoque na saúde, na prevenção, na reabilitação e na cura, na promoção da saúde e na atenção continuada e abrangente, organizadas por uma equipe de diferentes profissionais, onde a responsabilidade é compartilhada, com participação da comunidade e com colaboração intersetorial ³.

Principalmente a partir de Alma Ata a APS assume função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde, correspondendo assim a uma concepção de modelo assistencial e de reorientação e organização de um sistema de saúde integrado, centrado na APS abrangente ou ampliada, com garantia de atenção integral ⁴.

Com a criação do SUS, que tem como objetivo garantir a saúde das pessoas e das populações a partir da integração de ações e serviços públicos de saúde, e que tem dentre suas

diretrizes a integralidade ⁵, o Brasil assume a importância do papel da APS na organização do sistema de saúde e na transformação das práticas historicamente construídas e vivenciadas nos serviços de saúde, o que é reiterado pela Política Nacional da Atenção Básica ⁶. O Pacto pela Vida ⁷ definiu como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde.

Para tanto, torna-se um desafio expandir a Atenção Básica – como foi nomeada e concebida a Atenção Primária no Brasil – segundo o paradigma da determinação social da doença, organizando os serviços e o sistema em função das diversificadas necessidades sociais da saúde em mudança da população, influenciando a resposta das pessoas aos seus problemas de saúde ². Busca-se a reorientação do modelo de atenção frente ao crescimento da oferta de ações e serviços, e, portanto, do acesso de toda a população. Esse processo expandiu a cobertura e apoiou a integração das ações e serviços de saúde de vários níveis de atenção, unificando o sistema de saúde ¹.

Neste contexto de busca por transformações das práticas e das políticas de saúde, a Estratégia Saúde da Família surge como Programa Saúde da Família (PSF) em março de 1994, representando uma estratégia política para organizar as ações de Atenção Primária, fortalecendo-a no âmbito do SUS, fundamentando-se, pois, em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades ⁸. Visa atender o núcleo familiar, descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população que se manifestam como prioridades ⁸.

Apresenta-se como estratégia potencialmente transformadora, pautada no conceito de saúde como qualidade de vida, e capacidades humanas determinadas socialmente, coerentes com os princípios do SUS ⁹, materializando, assim, uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades ¹⁰.

O modelo preconiza uma equipe multiprofissional que trabalha em território de abrangência definido, com adscrição de clientela da área, que é cadastrada e acompanhada. A equipe deve conhecer as famílias e a comunidade do seu território, identificar os problemas de saúde e as situações de risco, programar atividades para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, por meio de ações educativas e intersetoriais, prestando assistência integral às famílias no âmbito da Atenção Primária ¹¹.

A Saúde da Família tem como ponto central o vínculo e a criação de laços de compromisso entre profissionais e população, visando reverter o modelo assistencial até então

vigente, promovendo e integrando atividades em um território para enfrentar e resolver os problemas identificados. Baseia-se na responsabilidade integral sobre a população, entendendo a família a partir do ambiente onde vive e constrói suas relações, buscando promover a melhoria das condições de vida. Suas ações e serviços, portanto, vão além da assistência médica e têm por base o reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, o que permite atualizar a perspectiva da APS dentro das políticas públicas brasileiras, cujo objetivo é a proteção social pela garantia da universalidade e integralidade da atenção^{12, 13}. Neste sentido, a partir da inserção das equipes de saúde no contexto das comunidades, espera-se que o cuidado à saúde seja permeado pelos princípios do SUS, sobretudo pela integralidade.

Conill¹⁴ constata que a ESF apresenta mais potencialidades em relação às unidades tradicionais de Atenção Primária, tendo em vista a incorporação de práticas de territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas, e desta forma afirma que a ESF deve ser continuada. Entretanto, ajustes em relação à diversidade de práticas e situações devem ser considerados. O acesso permanece como grande desafio, com dificuldades na estrutura física e nas equipes, além de fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços, sendo necessário fortalecer a rede básica e mudar o modelo assistencial, para que se avance em direção à integralidade^{15,14}.

Tendo em vista o caminho construído pela Atenção Primária na realidade do SUS nos últimos anos, observa-se uma intensa associação entre o fortalecimento da ESF e a efetivação de um modelo assistencial que seja organizado tecnologicamente de maneira a afirmar a integralidade. Se esta associação pode ser entendida enquanto objetivo do sistema de saúde, representa também grande desafio para gestores e trabalhadores, configurando-se como um dos pontos críticos do sistema.

É possível perceber que a noção de integralidade funciona como uma ancoragem das construções teóricas que embasam a noção de APS no Brasil, sobretudo quando estruturada sob o modelo da ESF, estando presente de forma recorrente na busca pela reorientação das práticas e consolidação das políticas de saúde. Desta forma, destaca-se a seguir a principais dimensões do conceito de integralidade definidas no campo da saúde coletiva.

4 AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Diante do entendimento de que a integralidade permeia as ações e os serviços de saúde, e considerando o contexto brasileiro da Atenção Primária estruturado sob a lógica organizacional da ESF, faz-se necessário ampliar o debate acerca do conceito de integralidade. Na literatura, a integralidade assume sua polissemia, podendo ser observada em relação às práticas, aos serviços e às políticas, e que dialogam com o processo de cuidado estabelecido na ESF, compondo assim diversas dimensões. A dimensão do cuidado será aprofundada na estrutura do primeiro artigo, que fora redigido a partir dos achados desta pesquisa.

Embora seja considerado um termo polissêmico, as diferentes dimensões da integralidade apontam para a complexidade envolvida na atenção à Saúde da Família, e devem ser consideradas e reconhecidas pelos profissionais da saúde, sobretudo na conformação de suas práticas. Para tanto, ressalta-se que a organização da assistência à saúde buscou garantir que ações de caráter individual e coletivo coexistissem, bem como as de cunho preventivo e curativo. Entretanto essa organização técnica da assistência à saúde não garante que a integralidade, enquanto prática política se efetive, uma vez que um sistema integral não passa pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares existentes, mas sim que se remete, sobretudo, ao plano das inter-relações, na construção ativamente coletiva de realidades sociais. Portanto, a busca pela integralidade representa desafio para o cuidado das equipes de saúde da família junto às comunidades em seu território, entendendo o importante papel que estas possuem para a saúde em sua produção social.

Camargo Jr.¹⁶ defende que a idéia de integralidade não pode ser compreendida como uma atenção dirigida à totalidade das necessidades dos seres humanos, tendo em vista o risco de se negar a autonomia, num processo de medicalização integral. O autor aponta os riscos de se direcionar intervenções voltadas à demanda por atenção à saúde, entendendo que estas demandas são permeadas por fatores culturais e econômicos, ou seja, são contextualizadas no modelo de sociedade vigente. Portanto, a realidade atual, fortemente influenciada pela hegemonia do Complexo Médico-Industrial (CMI), representa um obstáculo a propostas de integralidade, já que a demanda por atenção à saúde é interferida pela percepção, que é culturalmente determinada, e assim sendo, pode reforçar o modelo hegemônico da saúde.

Sendo a noção de integralidade horizontal às práticas de saúde, espera-se que as necessidades de saúde de uma comunidade possam ser incorporadas no cotidiano das equipes de saúde da família. Tomando como eixos de reflexão a constatação de que a Atenção Primária deve responder por cerca de 85% dos problemas de saúde da população^{2,12}, e que a integralidade do cuidado ultrapassa a idéia de que os níveis de complexidade secundário e terciário são extensões naturais do sistema de saúde e que somente acessando estes níveis poderia se garantir a integralidade do cuidado, as equipes de saúde da família são colocadas a estruturar suas ações de forma que possam fortalecer o processo de produção da saúde das comunidades, de modo que profissionais e usuários sejam co-responsáveis pelo processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida¹⁷.

A lei orgânica do SUS define atendimento integral como articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis do sistema¹⁸. Na oportunidade, observa-se que a integralidade pode ser entendida enquanto articulação de uma rede de práticas e serviços, configurando-se princípio doutrinário do sistema de saúde. Tais práticas devem ser pensadas a partir de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, integradas nos diferentes níveis do sistema, que devem ser articulados e organizados a partir da Atenção Primária, estabelecendo uma rede de atenção à Saúde. Desta forma, o processo de produção da saúde passa a ser entendido como objetivo das equipes de saúde, e não apenas a atenção aos processos patológicos dos indivíduos.

Esta rede, enquanto estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, é entendida como arranjo organizativo de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado a partir de relações horizontais entre os pontos de atenção. Para tanto, a APS deve funcionar como o centro de comunicação do sistema, centrando-se nas necessidades em saúde de uma população, na responsabilização pela atenção contínua e integral, no cuidado multiprofissional, no compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos¹⁹. Deste modo, para garantir a integralidade, faz-se necessário operar mudanças na produção do cuidado nos diferentes níveis do sistema²⁰.

Mattos²¹ aprofunda a discussão da integralidade em relação às práticas, considerando que estas são configuradas socialmente, sendo atributos dos profissionais da saúde compreender e atender a outras necessidades da população que não diretamente ligadas à

presença da doença, ou seja, que extrapolem o foco das práticas de prevenção ou recuperação. Isso demanda uma redefinição dos processos de trabalho da equipe, que carecem da interação de saberes e práticas necessários para o cuidado integral à saúde, subsidiando a adoção de linhas de cuidado, pactuadas entre os diferentes atores envolvidos nos serviços e nos recursos assistenciais ²⁰. Starfield ² aponta que a Atenção Primária deve disponibilizar uma variedade de ações, caracterizadas pela autora como serviços, a partir do reconhecimento adequado das necessidades das pessoas, configurando uma ampla variedade de intervenções, que incluem a prevenção e a promoção da saúde.

Cecílio ²² contribui com a dimensão das práticas ao considerar que estas existem no campo das micropolíticas de saúde e suas articulações, ou seja, evidencia que a necessidade de saúde deve ser captada em sua expressão individual, concebendo o que conceituou como integralidade focalizada, que demanda maior capacidade de escuta dos profissionais em suas práticas.

Associando as práticas e os serviços, Pinheiro ²³ assume que a integralidade é uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação entre demanda e oferta nos planos individual e sistêmico da atenção à saúde, considerando tanto os aspectos objetivos quanto os subjetivos.

Considerando a integralidade em relação à dimensão da organização dos serviços de saúde, estes devem estar sempre abertos a assimilar uma necessidade não contemplada previamente, considerando demanda espontânea e demanda programada ²¹, articulando-se com uma rede mais complexa composta por outros serviços de saúde, que devem ser menos pensados como compondo um sistema em forma de pirâmide e organizado racionalmente de forma hierárquica, e mais pensados de maneira horizontal, considerando a participação de outros setores, na perspectiva de uma integralidade ampliada ²².

Em relação à dimensão política, Mattos ²¹ afirma ser esta a expressão de um conjunto de valores que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária, representando uma recusa ao processo de redução dos diferentes sujeitos a objetos descontextualizados no âmbito das políticas. No campo macro, que envolve os modelos hegemônicos de atenção à saúde, a integralidade deve ultrapassar os limites da assistência, com vistas à transformação das práticas de saúde para o desenvolvimento da promoção, da prevenção e da reorientação da assistência individual, tendo como referência a heterogeneidade das condições de vida e da

situação epidemiológica de diversos grupos da população, o que constitui uma integralidade da atenção à saúde ²⁴.

Analisando o contexto da Atenção Primária, tomou-se como categoria central de análise deste estudo a dimensão do cuidado à saúde da população, e desta forma focou-se nas representações e nas práticas desenvolvidas e relatadas pelas equipes de Saúde da Família no âmbito do território voltadas para a garantia do cuidado integral, entendendo que tal dimensão apresenta potencialidades para o fortalecimento da concepção ampliada de saúde afirmada pela proposta da ESF. Esta dimensão e suas bases teóricas encontram-se apresentadas e discutidas no primeiro artigo do capítulo de resultados desta dissertação.

Desta forma, entende-se território enquanto cotidiano vivido, onde uma população específica vive em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas com condicionantes e determinantes que emergem de um plano geral. O território não é visto em si mesmo, mas em relação ao seu uso, incluindo assim todos os atores, e, portanto, a sociedade exerce permanentemente um diálogo com esse território usado, o que inclui as coisas naturais e artificiais, a herança social e a sociedade em seu movimento atual ²⁵. O território é entendido, portanto, enquanto uma apropriação social, dinâmica, sujeito ao conflituoso jogo de poder das relações sociais, implicando em diferentes funções e usos espaciais, que devem ser entendidas quando se busca a delimitação territorial de um espaço para a implementação de práticas de saúde ²⁶. Portanto, além da delimitação espacial, há um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, em permanente construção.

Ao se discutir as práticas dos profissionais voltadas para a construção da integralidade do cuidado, faz-se necessário explicitar o que se entende por práticas de saúde neste estudo, sobretudo quando se identifica a proposta contemporânea no campo da saúde coletiva de se transformar as práticas hegemônicas, historicamente construídas e consolidadas a partir de diferentes paradigmas de saúde, que ainda estão presentes em nosso contexto.

Mendes e colaboradores ²⁷ referem-se às práticas sanitárias, entendendo-as como o conjunto de processos de trabalho articulados em operações que age estrategicamente sobre os determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos deles num território. Essa concepção de práticas sanitárias é fundamental para pensar a organização do enfrentamento dos problemas de saúde no espaço do distrito sanitário, constituindo tanto

práticas voltadas para problemas de enfrentamento contínuo, caracterizando a vigilância sanitária, quanto práticas de intervenção pontual, ou de enfrentamento ocasional, no nível individual, a atenção à demanda.

Para Conill ¹⁴ a construção de novos modos de práticas no sistema de saúde precisa levar em conta o papel e a expressão dos diversos grupos sociais envolvidos. As práticas de saúde, por meio de seus saberes técnicos e políticos, refletem o modelo de atenção implementado. Paim e Almeida Filho ²⁸ afirmam que as práticas de saúde referem-se aos processos de trabalho, podendo ser individuais e coletivas, clínicas e epidemiológicas, relacionando-as às demais práticas sociais, pois tomam como objeto as necessidades sociais de saúde. Segundo o autor, essas práticas podem utilizar conhecimentos das Ciências Sociais para a compreensão e instrumentalização do processo de trabalho.

Ayres ²⁹, ao discutir a noção de sujeito nas práticas de saúde, revela que estas práticas possuem alcances ainda muito limitados, sobretudo quando o sujeito é tratado como núcleo individual e permanente de produção de coisas, sendo transformado em mais um objeto no mundo, perdendo assim a possibilidade de se participar da construção de identidades e de fortalecer o poder transformador de indivíduos e grupos. Faz-se necessário entender o sujeito nas práticas de saúde a partir dos aspectos relacional, existencial e pragmático, que por sua vez não se reduz ao eixo técnico, mas abrange também dimensões éticas, afetivas e estéticas.

Ainda para o autor os sujeitos podem ser concebidos como diálogos, e o campo das práticas de saúde deve ser experimentado a partir da inter-subjetividade. Neste sentido controlar a doença, a patogênese, os sintomas ou as epidemias não deve ser critério normativo de sucesso das práticas de saúde, e tampouco esse sucesso deve ser entendido unicamente como êxito técnico. Por fim, o autor defende a idéia de que numa concepção ampliada de intervenção na saúde coletiva, curar, tratar e controlar tornam-se posturas limitadas, pois são práticas estáticas, individualizadas, objetificadoras, sendo a noção de cuidar uma importante referência para as práticas, devendo-se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde ²⁹.

De modo a afirmar o olhar ampliado sobre a noção de práticas de saúde, este estudo assume como tais práticas as formas de se selecionar, ofertar e executar ações de saúde no cotidiano do trabalho, o que envolve conhecimento técnico, político e das relações pessoais e

sociais, onde são estabelecidos processos intersubjetivos entre profissionais e usuários, mediados por sentimentos, emoções, valores, hábitos, costumes, símbolos e signos³⁰.

Embora diferentes estudos sobre a integralidade em suas várias dimensões tenham sido realizados, percebeu-se a necessidade de se propor análises que envolvessem a compreensão dos mecanismos adotados pelas equipes na conformação de suas práticas de saúde e de seus processos de trabalho na intencionalidade da integralidade do cuidado no âmbito do território. Assume-se que conhecer tais mecanismos pode revelar os caminhos para a afirmação dos atributos da Atenção Primária, e conseqüentemente, da Estratégia Saúde da Família, que é objeto deste estudo. Ressalta-se que o conceito de Atenção Primária à Saúde será entendido como sinônimo de Atenção Básica.

5 METODOLOGIA

Por ter como objeto a integralidade do cuidado no âmbito da saúde, assume-se que esta é uma pesquisa social, devido ao entendimento de que há uma consciência histórica neste objeto, ou seja, os sujeitos dão significado a suas ações e construções, dentro de uma racionalidade presente nas ações humanas, no caso, as relacionadas à saúde. Para Minayo³¹ na pesquisa social existe uma identidade entre sujeito e objeto, revelando um substrato comum de identidade com o investigador, tornando sujeitos e pesquisador imbricados e comprometidos numa mesma ciência. Além disso, assume-se a não neutralidade diante da implicação da visão de mundo do pesquisador em todo processo de conhecimento. Diante da realidade social observada, a abordagem qualitativa permite uma aproximação à existência humana, ainda que de forma incompleta, por meio de instrumentos e teorias que demonstrem o caminho do pensamento.

Portanto, assumindo este estudo como de cunho qualitativo, propõe-se uma análise do tipo estudo de caso³², na qual foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados com o objetivo de ampliar as informações referentes ao objeto desta pesquisa, de modo a se ter maior aproximação da realidade. Segundo Minayo³³, a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza.

Esta pesquisa buscou estudar o Distrito Federal enquanto um caso, considerando o objetivo de conhecer e discutir as representações sociais dos profissionais da ESF sobre a integralidade do cuidado à saúde das famílias. Neste sentido, Yin³² revela que o estudo de caso é uma estratégia adequada de pesquisa qualitativa para se compreender fenômenos sociais complexos, sobretudo quando se colocam questões do tipo “como”, em situações em que o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos, focando-se em fenômenos contemporâneos que estão inseridos em algum contexto da vida real. O estudo de caso permite ao pesquisador lidar com uma ampla variedade de evidências, tais como entrevistas e observações, e permite uma generalização em relação a proposições teóricas, e não a populações e universos, buscando assim fazer uma análise generalizante.

Considerando que, segundo Yin³² o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga o fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente

quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, e que a investigação de estudo de caso baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados, optou-se por utilizar este desenho metodológico para abordar o objeto desta pesquisa. Desta forma, considerando como objeto a ser estudado a integralidade do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família, no contexto da reconfiguração da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal que busca ampliar e fortalecer este modelo de atenção, tornando-o principal estratégia de reorganização da APS e do sistema, entendeu-se ser possível considerar o DF como caso a ser analisado neste estudo, sendo que as equipes de Saúde da Família configuram a unidade de análise do estudo, e os profissionais e gestores locais configuram o sujeito coletivo a ser estudado.

Foram sujeitos da pesquisa gestores locais, que eram os coordenadores das equipes, e demais trabalhadores das equipes de Saúde da Família. Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal – PDR, de 2007, existem 15 regionais de saúde no DF, organizadas em sete regiões de saúde.

Frente às diferentes realidades de cobertura populacional nas regionais de saúde, bem como tempos de implantação das equipes distintos, definiram-se critérios para a seleção das equipes e dos profissionais a serem incluídos na amostra de sujeitos deste estudo.

Visando atingir os objetivos propostos, optou-se por uma amostra intencional, por meio da seleção de informantes-chave, indicados pelos gestores regionais da Atenção Primária no Distrito Federal, as Gerências ou Núcleos de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família (GAPESF/NAPESF) de cada regional de saúde. Assume-se esta indicação como um limite da pesquisa, uma vez que os gestores regionais seriam os responsáveis por definir quais equipes comporiam os sujeitos deste estudo. Entretanto, considerando que não há no âmbito da Secretaria de Saúde como definir equipes por meio de indicadores objetivos para uma pesquisa que envolva a temática proposta, que é essencialmente qualitativa, e assumindo a intencionalidade de se abordar equipes que fossem reconhecidas como referência para o desenvolvimento do cuidado integral às famílias, considerou-se as indicações como a melhor maneira de se definir os sujeitos da pesquisa.

Os critérios elaborados pelo pesquisador foram fornecidos aos gestores regionais de modo a apoiar a definição das equipes a serem indicadas, e continham pontos subjetivos e objetivos, de modo a complementar a análise dos gestores. Os critérios foram os seguintes:

- a) equipe considerada referência na regional de saúde para o desenvolvimento de ações de cuidado integral às famílias;
- b) equipe completa com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- c) equipe que há pelo menos um ano conta com a mesma composição de trabalhadores.

Desta forma, das quinze regionais de saúde do DF, uma regional não tinha equipe de Saúde da Família, duas regionais não tinham equipes formadas há um ano da data de coleta de dados, e uma regional não compareceu ao local agendado para a realização dos procedimentos, resultando em onze regionais de saúde participantes. Foi indicada uma equipe por regional de saúde estudada, que não serão aqui identificadas por motivos éticos.

5.1 Procedimentos de coleta de dados

A coleta dos dados para esta pesquisa foi realizada por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas com roteiro elaborado pelo pesquisador e Grupo Focal. Um caderno de campo também foi utilizado para registro dos sentimentos e impressões do pesquisador referentes ao processo de coleta de dados.

5.1.1 Entrevistas semi-estruturadas

De modo a se atingir os objetivos desta pesquisa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais com profissionais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal, com roteiro previamente construído pelo pesquisador (APÊNDICE - A). Reforça-se que para atingir o objetivo deste estudo, apenas os dados referentes às questões 1 e 2 foram analisadas, sendo que os demais serão analisados na continuação desta pesquisa. A compreensão do mundo de vida dos entrevistados é a condição fundamental da entrevista qualitativa e deverá ser individual quando tem o objetivo de explorar em profundidade as diferentes relações referentes ao mundo do sujeito. Para Minayo³⁴ a entrevista, como fonte de informação, permite fornecer dados que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. Tais informações tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, e que o cientista somente pode acessar com a contribuição da pessoa. Enquanto privilegiada forma de interação social, a entrevista está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na sociedade. E tendo em vista a entrevista semi-estruturada, a autora afirma que esta modalidade facilita a abordagem e assegura que os pressupostos serão cobertos na conversa. Segundo Gaskell³⁵, a pesquisa qualitativa busca explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre determinado assunto em questão, sendo toda pesquisa com entrevistas um processo social, uma interação em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas.

Para tanto, definiu-se que cada regional de saúde teria uma equipe participante, e desta equipe um profissional seria convidado a participar da entrevista. Para este estudo considerou-se apenas as equipes mínimas de Saúde da Família, abrangendo, portanto, médicos,

enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Na seleção aleatória de profissional por regional de saúde, as regionais de Recanto das Emas e do Paranoá teriam os enfermeiros das equipes entrevistados, entretanto estes profissionais também eram os coordenadores de suas equipes e por este motivo foram convidados a participarem do Grupo Focal, não sendo realizadas as entrevistas com os mesmos. Quando da realização do Grupo Focal, a regional do Recanto das Emas não compareceu e foi excluída da pesquisa.

A regional de Planaltina teve a enfermeira inserida na realização da entrevista após esta não ter comparecido à realização do Grupo Focal, e mesmo assim ter demonstrado interesse e solicitado participar da pesquisa por meio de entrevista. Diante da disponibilidade e da vontade da profissional, optou-se por inseri-la nos sujeitos entrevistados, sendo, portanto a única regional com dois profissionais inseridos nesta etapa da coleta de dados.

Desta forma, a amostra de sujeitos entrevistados foi composta de três agentes comunitários de saúde, três médicas, duas enfermeiras e três auxiliares de enfermagem, totalizando onze sujeitos entrevistados. O perfil dos sujeitos entrevistados pode ser observado na tabela 01.

TABELA 01 – Caracterização dos sujeitos participantes da entrevista semi-estruturada

Sujeito	Profissão	Sexo	Idade	Tempo de equipe	Tempo de atuação na ESF	Tempo de formação (nível superior)	Especialização em Saúde da Família/ Medicina de Família/ Saúde Pública
Sujeito 1	ACS	Masculino	26	05 anos	05 anos	-	-
Sujeito 2	Técnica de enfermagem	Feminino	42	05 anos	06 anos	-	-
Sujeito 3	Médica	Feminino	30	03 anos	03 anos	04 anos	Não
Sujeito 4	Técnica de enfermagem	Feminino	50	04 anos	04 anos	-	-
Sujeito 5	Enfermeira	Feminino	58	03 anos	08 anos	32 anos	Sim
Sujeito 6	Técnica de enfermagem	Feminino	55	06 anos	11 anos	-	-
Sujeito 7	Médica	Feminino	32	02 anos	07 anos	08 anos	Sim
Sujeito 8	ACS	Feminino	27	03 anos	03 anos	-	-
Sujeito 9	ACS	Feminino	33	05 anos	05 anos	-	-
Sujeito 10	Médica	Feminino	38	03 anos	03 anos	09 anos	Sim
Sujeito 11	Enfermeira	Feminino	3	03 anos	07 anos	09 anos	Sim

De forma geral, observa-se que a maioria dos sujeitos estão há menos de cinco anos na mesma equipe, sendo este tempo coincidente, em geral, com o tempo que atuam na Estratégia Saúde da Família. Dos profissionais de nível superior, apenas um não possui especialização na área de Saúde Coletiva/Saúde Pública/Saúde da Família.

O quadro 01 demonstra a caracterização dos sujeitos entrevistados por regional de saúde.

5.1.2 Grupo Focal

De modo a ampliar o olhar sobre a realidade estudada e permitir um aprofundamento sobre possíveis conflitos de diferentes idéias, realizou-se também um Grupo Focal com os coordenadores das equipes de Saúde da Família, de modo a se obter dados a partir de sujeitos que atuam nas equipes e ocupam cargos de gestão local da Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se o mesmo roteiro da entrevista individual (APÊNDICE - A). Para Gaskell ³⁵, o Grupo Focal pode ser considerado um debate aberto e acessível a todos, onde o assunto em questão é de interesse comum e o debate se fundamenta em uma discussão racional de troca de pontos de vista, idéias e experiências, sem privilegiar indivíduos particulares ou posições.

As equipes de Saúde da Família do Distrito Federal, de forma geral, possuem a coordenação a cargo dos enfermeiros, o que caracterizou o grupo como homogêneo do ponto de vista da formação superior. Diante desta constatação, optou-se pela realização do Grupo Focal para o levantamento dos dados referentes aos sujeitos que ocupam cargos de gestão local, corroborando o que Minayo ³¹ propõe para que a técnica seja bem sucedida.

Para tanto, os coordenadores foram convidados via contato telefônico a participarem do Grupo Focal, que foi realizado em sala isolada específica, nas instalações do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), em horário de trabalho dos profissionais. Esta pesquisa recebeu o apoio da Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DIAPS/SESDF), órgão responsável pela gestão central das equipes no DF, que liberou e incentivou os trabalhadores a participarem do grupo.

Quando do convite, dez coordenadores confirmaram a presença e um informou não poder participar. No dia combinado, sete coordenadores compareceram, sendo este o número da amostra de sujeitos do Grupo Focal, sendo o perfil destes sujeitos apresentado na tabela 02.

TABELA 02 – Caracterização dos sujeitos gestores locais participantes do Grupo Focal

Sujeito	Profissão	Sexo	Idade	Tempo de equipe	Tempo de atuação na ESF	Tempo de formação (nível superior)	Especialização em Saúde da Família/ Medicina de Família/ Saúde Pública
Sujeito 1	Enfermeira	Feminino	27	02 anos	04 anos	06 anos	Sim
Sujeito 2	Enfermeira	Feminino	28	02 anos	02 anos	07 anos	Não
Sujeito 3	Enfermeira	Feminino	45	02 anos	13 anos	15 anos	Sim
Sujeito 4	Enfermeira	Feminino	52	02 anos	07 anos	31 anos	Sim
Sujeito 5	Enfermeira	Feminino	56	04 anos	08 anos	32 anos	Sim
Sujeito 6	Enfermeiro	Masculino	28	04 anos	04 anos	06 anos	Sim
Sujeito 7	Enfermeira	Feminino	56	05 anos	05 anos	16 anos	Sim

De acordo com o perfil levantado dos coordenadores das equipes, observa-se que a função é atribuída aos enfermeiros, que em sua grande maioria possuem especialização em Saúde da Família ou área afim. O tempo de equipe não é maior que 05 anos, embora mais da metade destes coordenadores já tenham tido outras experiências em Saúde da Família. O tempo de formação variou bastante.

O quadro 01 demonstra a relação dos sujeitos que participaram do Grupo Focal por regional de saúde, bem como das entrevistas.

QUADRO 01 – Caracterização dos sujeitos entrevistados segundo regional de saúde e categoria profissional e participação do coordenador da equipe no Grupo Focal

Sujeito	Regional de Saúde	Categoria Profissional entrevistada	Participação do coordenador no Grupo Focal
-	Asa Norte	-	-
-	Asa Sul	-	-
Sujeito 1	Brazlândia	ACS	Não
Sujeito 2	Gama	Técnico de enfermagem	Sim
Sujeito 3	Guará	Médica	Sim
Sujeito 4	Núcleo Bandeirante	Técnico de enfermagem	Sim
-	Paranoá	-	Sim
Sujeito 5	Planaltina	Técnico de enfermagem	Não
Sujeito 6		Enfermeira	
-	Recanto das Emas	Enfermeiro	Não
Sujeito 7	Samambaia	Médica	Sim
Sujeito 8	Santa Maria	ACS	Sim
Sujeito 9	São Sebastião	ACS	Não
Sujeito 10	Sobradinho	Médica	Sim
Sujeito 11	Taguatinga	Enfermeira	Não

5.2 Análise dos dados

Para a análise dos dados coletados, considerou-se os pressupostos da Análise de Discurso, segundo Orlandi³⁶. Para esta autora, o discurso pode ser entendido como uma palavra em movimento, uma prática de linguagem, podendo-se assim observar o homem falando. Na análise de discurso busca-se compreender a língua fazendo sentido, “enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”³⁶. A língua deixa de ser entendida como um sistema abstrato, sendo contextualizada no mundo, evidenciando maneiras de significar, e considerando a produção de sentidos enquanto parte das vidas dos homens, seja enquanto sujeito, seja enquanto membro de uma determinada sociedade. O discurso é então, um objeto sócio-histórico, e a Análise de Discurso propõe refletir sobre a maneira como a linguagem está materializada na ideologia e como a ideologia se manifesta na língua, e deste modo visa pensar o discurso em seu sentido dimensionado no tempo e no espaço das práticas do homem.

Busca-se assim constituir um dispositivo de interpretação, não estacionando nesta em busca de um sentido verdadeiro, pautado numa idéia de verdade oculta atrás do texto, mas sim entendendo que há gestos de interpretação que constituem o texto e que devem ser analisados, a partir de um dispositivo teórico, de modo a permitir a sua compreensão. Ainda segundo Orlandi³⁶, compreender é saber como um objeto simbólico produz sentidos, procurando explicitar os processos de significação presentes no texto, permitindo-se escutar outros sentidos que ali estão, compreendendo como estes se constituem.

Para realizar a Análise de Discurso, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC³⁷ - que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos obtidos nas entrevistas individuais e no grupo focal. O DSC é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, visando expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. Para tanto, considerou-se os profissionais e os gestores locais entrevistados como um sujeito coletivo.

Para Lefèvre e Lefèvre ³⁸ quando se busca resgatar, por meio de uma pesquisa social empírica, o pensamento de uma coletividade, é preciso considerar que o pensamento dos indivíduos compõe essa coletividade, podendo ser acessado como um depoimento discursivo, que possui uma idéia central, seus conteúdos e argumentos. Um pensamento gerado num grupo não é necessariamente um pensamento coletivo ou social, mas sim um fenômeno psicossocial resultante de uma dinâmica grupal, ou seja, o pensamento coletivo está mais presente no indivíduo, pois representa a internalização no pensar de cada um dos membros da coletividade de esquemas sociocognitivos ou de pensamento socialmente compartilhado. Portanto, é necessário convocar os indivíduos a exporem esse pensamento social internalizado, de modo que as individualidades representem uma coletividade.

Ainda segundo Lefèvre e Lefèvre ³⁸ pensar é sempre discursar, desdobrar uma opinião sobre algum tema, com seus conteúdos e argumentos, não significando escolher uma alternativa, nem reduzir a uma categoria, tampouco tomar a realidade empírica e reconstituí-la como metadiscurso teórico.

Para o uso da técnica do DSC, foram utilizadas como figuras metodológicas nesta pesquisa as Expressões-chave (E-ch), as Idéias Centrais (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo o processo de identificação destas figuras realizado a partir do uso do Instrumento de Análise de Discurso (IAD) (ANEXO – A). As expressões-chave são trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser ressaltadas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento, ou o conteúdo discursivo, sendo consideradas como a matéria-prima dos DSC. A Idéia Central revela e descreve, de maneira precisa e fidedigna, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave. Não se trata, portanto, de uma interpretação, mas uma descrição do sentido dos depoimentos. O Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito representa um discurso-síntese composto pelas expressões-chave, que têm a mesma Idéia Central ³⁷. Ainda segundo os autores, a proposta do DSC rompe com a tradicional categorização que é pautada numa lógica quantitativo-classificatória, pois com esta técnica, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria unificadora, mas sim reconstróem, com pedaços de discursos individuais, tantos discursos-síntese quanto forem necessários para expressar um dado pensar, ou a representação social sobre fenômeno.

O referencial teórico-metodológico utilizado neste estudo se baseia na Teoria das Representações Sociais, por ser esta a base teórica da técnica do DSC para pesquisas que

tomam por base o saber comum ³⁹. Segundo Santos ⁴⁰, ao romper com a forma de conhecimento tradicional da psicologia, que separava o sujeito de seu contexto social, Moscovici provoca um debate sobre as dimensões individuais e coletivas do conhecimento social e da relação entre sujeito e objeto no processo de construção da realidade social, propondo um olhar psicossocial sobre a realidade. Propõe, portanto pensar o sujeito como ativo, construtor e construído na realidade social, constituindo-se nas relações com o outro em um dado contexto social e em um momento histórico preciso.

Ainda segundo a autora, a Teoria das Representações Sociais considera que o pensamento espontâneo, de senso comum, não se opõe ao conhecimento científico, sendo elaborado a partir de processos de objetivação e ancoragem, e tem como funções orientar condutas, possibilitar a comunicação, compreender e explicar a realidade social, além de uma função identitária. Permite ao pesquisador compreender a sociogênese da forma de pensar, trazendo a idéia de indissociabilidade entre o sujeito e a sociedade. Na perspectiva das Representações Sociais, o estudo de conteúdo permite estudar as marcas sociais do pensamento pela cultura e o processo de constituição de um objeto de representação e compreender como o conteúdo, enquanto pensamento constituído, afeta o tratamento da informação em relação aos objetos que estão em jogo.

Assenta-se em três aspectos importantes – a comunicação, onde as representações são entendidas como moduladoras do pensamento onde convergências e conflitos operam a mudança social; a reconstrução do real, onde na constante dinâmica comunicação-representação os sujeitos reconstroem a realidade, que só existe nas interações dos indivíduos e grupos com os objetos sociais; e o domínio do mundo ⁴¹.

A passagem do saber de seu próprio domínio para o mundo da conversação entre os leigos é um fenômeno psicossocial, e envolve a mobilização de elementos psicológicos - afetivos, cognitivos, imaginários, fantasmáticos – impregnados de conteúdo social - sociológico, histórico, cultural, lingüístico – dissolvendo assim a dicotomia indivíduo-sociedade ⁴².

Para Minayo³⁴ as Representações Sociais significam a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento e que enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade representam material importante para pesquisas em Ciências Sociais. Ainda segundo a autora, as Representações Sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas,

podendo ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação é a linguagem do senso comum, pois possui graus diversos de nitidez em relação à realidade, sendo fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia das classes sociais, e sua expressão marcando o entendimento das classes com seus pares, seus contrários e com as instituições. As Representações Sociais possuem núcleos positivos de transformação e de resistência, correspondendo às situações reais de vida. Portanto, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa contradições e conflitos. Não são necessariamente conscientes, e são uma mistura de elementos da dominação e da resistência, dos conflitos e do conformismo.

Para a realização das entrevistas e do Grupo Focal, os participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES B e C), em duas vias, e a coleta de dados desta pesquisa foi realizada somente após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP/SESDF, protocolo número 229/10, sendo realizada entre os meses outubro e dezembro de 2010, atendendo, portanto à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

6 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL

Faz-se necessário contextualizar a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

Numa perspectiva histórica, observa-se que em 1979 a Secretaria de Saúde elaborou o Plano de Assistência à Saúde com o objetivo de estabelecer uma rede de complexidade crescente das unidades de saúde no DF, visando a implantação de unidades satélites de saúde em distribuição espacial estratégica e quantidade adequada e a regionalização da prestação de serviços visando facilitar e direcionar o acesso às estruturas médicas, de acordo com os graus de complexidade ⁴³. A proposta nasce a partir da identificação de que o sistema de saúde até então vigente no DF era centrado na instituição hospitalar, sendo extremamente dispendioso para os cofres públicos ³⁰.

O trabalho proposto pelo Plano de Assistência à Saúde preconizava a implantação de unidades de saúde que seriam responsáveis pelo atendimento primário, sendo implantados Centros de Saúde nas coordenações regionais então existentes. Com a expansão do DF e conseqüentemente do sistema de saúde local, em 1998 foram criadas 15 Diretorias Regionais de Saúde, que tinham como atribuições planejar ações de saúde a partir das necessidades sócio-sanitárias da população, garantindo o controle social; fomentar e coordenar as ações de saúde das unidades executivas e programas existentes na sua área de abrangência, incluídas as de referência e de contra-referência; articular as políticas e os recursos intra-setoriais e intersetoriais; coordenar e execução de política de recursos humanos, recursos materiais e recursos econômico-financeiros das unidades de saúde na área de abrangência ⁴³.

Neste contexto, Hildebrand ³⁰ nos mostra como a organização do sistema de saúde proposta neste Plano coincidia com os níveis de prevenção da História Natural da Doença, de Leavell e Clark, atribuindo assim à atenção primária um forte caráter preventivista com características do paradigma da Medicina Comunitária. Entretanto, esta organização foi implantada no DF, sofrendo diversas mudanças ao longo do tempo, sobretudo com vistas a atender o então recém criado Sistema Único de Saúde e suas Normas Operacionais Básicas, tais como a NOB 93 e a NOB 96, que buscavam garantir meios de se atingir a descentralização do sistema ⁴⁴.

No plano nacional surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1992 e o Programa Saúde da Família - PSF, em 1994, tendo este sido institucionalizado no Distrito Federal em três diferentes momentos, sendo denominado Programa Saúde em Casa, em 1997-98, e que chegou a ter aproximadamente 300 equipes implantadas; Programa Saúde da Família, entre 1999 e 2003, que teve 134 equipes; e Programa Família Saudável, entre 2004 e 2006, que teve 59 equipes ³⁰.

O Programa Família Saudável buscava reorientar o modelo de Atenção Primária à Saúde no DF, porém se encerrou após o término do contrato da Secretaria de Estado de Saúde – SESDF – com a Fundação Zerbini, instituição sem fins lucrativos que ficara responsável pela gestão e contratação dos profissionais para o Programa. Com a demissão dos trabalhadores, a SESDF realizou concurso e contratou novos profissionais para em seguida reiniciar a composição e implantação de novas equipes de Saúde da Família, nos moldes da Estratégia Saúde da Família – ESF.

Embora possam ser identificadas iniciativas de APS no Distrito Federal, de forma geral, observa-se que a gestão da saúde no DF deu prioridade, por vários anos, a investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais, sendo que as iniciativas para fortalecer a APS foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidades, definindo o hospital como *locus* central do sistema de saúde, com centralização da gestão financeira e de recursos humanos, reforço na residência médica especializada, foco no uso de tecnologia de ponta, considerando, assim, a APS como acessória ao sistema hospitalar ⁴³.

Em relação ao processo de regionalização da Saúde, com o crescimento populacional do DF, em 2002 foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização da Assistência - PDR, buscando envolver as 15 Diretorias Regionais de Saúde e agrupá-las em seis Regiões de Saúde (Centro Norte, Centro Sul, Leste, Oeste, Sul e Norte), definidas a partir da capacidade instalada da rede de serviços de saúde, perfil social, demográfico e epidemiológico da população, dentre outros. Em 2004 o PDR foi revisto devido ao contingente populacional da Região Oeste, sendo criada a Região Sudoeste, totalizando, portanto sete Regiões de Saúde, que são mantidas até os dias atuais.

De acordo com os dados coletados no mês de fevereiro de 2011 junto à GEMA – Gerência de Monitoramento e Avaliação da SESDF, há equipes de Saúde da Família implantadas em todas as regiões de saúde do DF, mas ainda existem regionais de saúde que

não possuem equipes, ou possuem equipes incompletas, o que torna a cobertura populacional da ESF por regional de saúde bastante variável conforme pode-se observar no quadro 04.

Segundo estes dados, o DF possui 113 equipes completas de Saúde da Família consistidas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES – que atendem a 331.144 pessoas, o que corresponde a uma cobertura de 15,87% de toda a população, considerando a estimativa utilizada pelo Ministério da Saúde para pagamento do Piso de Atenção Básica, o PAB fixo, que é de aproximadamente 2.608.099 habitantes em 2009. Este total de equipes equivale a 977 profissionais da saúde, de todos os níveis de escolaridade, considerando os profissionais das equipes básicas e equipes de saúde bucal, não incluindo os profissionais lotados nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que no período da coleta de dados correspondiam a 13 equipes no DF, e que têm como diretriz do trabalho o fortalecimento da integralidade no âmbito da Atenção Primária, dentre outras descritas na portaria do Ministério da Saúde número 154, de fevereiro de 2008⁴⁵.

A tabela 03 também demonstra a situação de implantação de outros serviços ligados à Atenção Primária no Distrito Federal, a exemplo das equipes de Atenção Domiciliar, de Saúde Prisional e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que se articulam com as equipes de Saúde da Família nos diferentes territórios.

TABELA 03 – Caracterização das regionais de saúde segundo número de equipes de Saúde da Família consistidas no SCNES em fevereiro de 2011 e demais serviços de Atenção Primária

Regional de Saúde	Número de equipes completas ESF	Cobertura da ESF	Atenção Domiciliar	NASF	Saúde Prisional
Asa Norte*	01	1,5%	01	-	-
Asa Sul*	-	0,0%	-	-	-
Brazlândia	02	22,6%		01 incompleta	-
Ceilândia*	06	5,0%	01	-	-
Gama	04	9,9%	01		01
				-	01 incompleta
Guará/ Estrutural	06	13,0%	01	01 incompleta	01
Núcleo Bandeirante/ Candangolândia/ Riacho Fundo I e II	12	39,9%	-	01 completa 01 incompleta	-
Paranoá	12	38,7%	01	01	-
Planaltina	09	17,7%	01	02 incompletas	-
Recanto das Emas	06	16,2%			-
Samambaia	30	56,4%	01	02 02 incompletas	-
Santa Maria	06	18,5%	-	-	-
São Sebastião	13	66,2%	01	01	05 03 incompletas
Sobradinho	05	10,4%	01	01 incompleta	-
Taguatinga/ Águas Claras	01	1,0%	01		-
				-	-
TOTAL DE EQUIPES COBERTURA DO DF	113	15,8%	10	13	11

*Regionais que não possuíam equipes de Saúde da Família funcionando há pelo menos um ano na época da coleta de dados, e que, portanto não foram inseridas na pesquisa.

De modo a caracterizar o perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família no DF e subsidiar a contextualização do cenário deste estudo serão apresentados a seguir gráficos e tabelas obtidos a partir de informações coletadas por meio de questionário eletrônico que fora divulgado para todas as regionais de Saúde do DF. Este questionário foi enviado aos profissionais lotados na ESF, sendo, portanto incluídos os profissionais da Saúde Bucal e dos NASF. Esta etapa da pesquisa não tem o objetivo de analisar estes dados em relação aos achados obtidos na abordagem qualitativa, mas ilustra parte importante do que é a realidade estudada, a partir das respostas dos profissionais que se disponibilizaram a preencher o questionário. Estes dados foram coletados entre os meses de novembro de 2010 e janeiro de 2011, a partir da resposta de 127 profissionais, o que corresponde a 12% de um total de aproximadamente 1.070 profissionais que atuam na ESF no DF, desconsiderando os profissionais que estão lotados em equipes incompletas e, portanto não consistidas no SCNES. No período da coleta de dados, o DF apresentava quinze equipes não consistidas.

A tabela 04 expressa a prevalência das categorias profissionais que responderam ao questionário, de acordo com o universo de 127 sujeitos. Observa-se que houve maior participação dos profissionais que compõem as equipes básicas de Saúde da Família, ACS (31,5%), enfermeiros (26%) e médicos (17,3%). Os profissionais que compõem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família corresponderam a 12,6% do total.

TABELA 04 – Distribuição de profissionais da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário *on line* segundo categoria profissional no Distrito Federal.

Profissão	Frequência	%
ACS	40	31,5
Técnico de enfermagem	10	7,9
Enfermeiro(a)	33	26,0
Médico(a)	22	17,3
NASF - Assistente Social	2	1,6
NASF – Fisioterapeuta	5	3,9
NASF – Nutricionista	4	3,1
NASF – Pediatra	1	0,8
NASF - Terapeuta Ocupacional	1	0,8
NASF- Fonoaudiólogo	3	2,4
Odontólogo	5	3,9
Técnico de Higiene Dental	1	0,8
Total	127	100,0

A tabela 05 demonstra o perfil dos profissionais que responderam ao questionário segundo a variável sexo, podendo ser observado a predominância de mulheres na composição destas equipes.

TABELA 05 – Distribuição de profissionais da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário *on line* segundo variável sexo

Sexo	Frequência	%
Feminino	93	73,2
Masculino	34	26,8
Total	127	100,0

A tabela 06 demonstra o perfil dos profissionais que responderam ao questionário segundo a variável faixa etária. Observa-se que mais da metade dos profissionais estão na faixa etária de 26 a 35 anos, havendo poucos profissionais com mais de 55 anos.

TABELA 06 – Distribuição de profissionais da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário *on line* segundo variável faixa etária

Faixa etária	Frequência	%
18 a 25 anos	13	10,2
26 a 35 anos	78	61,4
36 a 45 anos	25	19,7
46 a 55 anos	9	7,1
acima de 55 anos	2	1,6
Total	127	100,0

A figura 01 demonstra o perfil dos profissionais que responderam ao questionário segundo a Regional de Saúde em que estão lotados. De acordo com a figura, houve maior participação dos profissionais lotados nas Regionais do Núcleo Bandeirante (23,6%), Paranoá (15%) e Samambaia (15%), que possuem maior quantidade de equipes implantadas no DF.

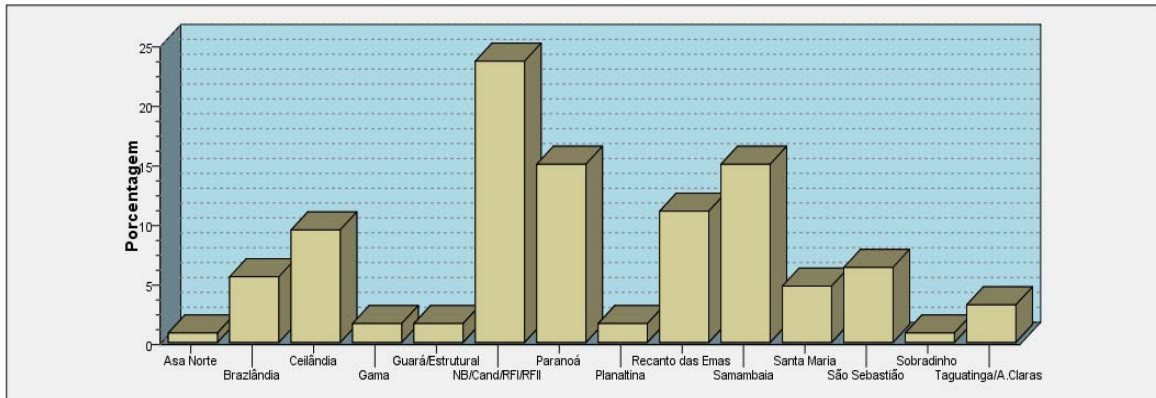


FIGURA 01 – Distribuição dos profissionais que responderam ao questionário *on line* segundo regional de Saúde.

A figura 02 demonstra o tempo de atuação na equipe em que os profissionais que responderam ao questionário estão atualmente lotados. Observa-se que mais da metade dos profissionais (51,2%) atuam na mesma equipe num período de 01 a 05 anos, e que apenas 4,7% dos mesmos estão lotados na mesma equipe há mais de 10 anos, evidenciando uma falta de estabilidade na composição das equipes.

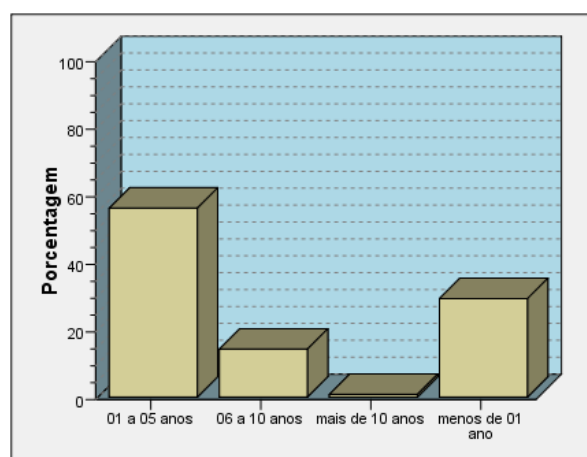


FIGURA 02 – Tempo de atuação dos profissionais que responderam ao questionário *on line* nas equipes em que estão lotados.

A tabela 07 demonstra o perfil dos profissionais de nível superior que responderam ao questionário segundo a variável tempo de formação. Observa-se haver uma distribuição próxima entre os tempos de formação 01 a 05 anos e 06 a 10 anos, considerando o total de 76 profissionais que ocupam cargos de nível superior.

TABELA 07 – Distribuição de profissionais de nível superior da Estratégia Saúde da Família que responderam ao questionário *on line* segundo tempo de formação

Tempo de formação	Frequência	%
Menos de 01 ano	2	2,6
01 a 05 anos	25	32,8
06 a 10 anos	31	40,8
Mais de 10 anos	15	19,9
Não respondeu	3	3,9
Total	76	100,0

A figura 03 demonstra que 44,7% dos profissionais de nível superior que responderam ao questionário não fizeram estágio na Estratégia Saúde da Família durante sua formação no nível de graduação.

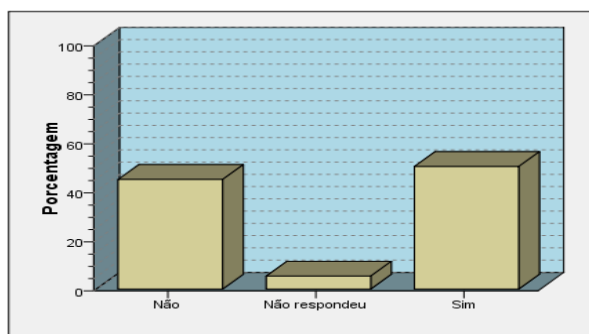


FIGURA 03 – Distribuição dos profissionais que responderam ao questionário *on line* segundo realização de estágio na ESF durante a graduação

A tabela 08 demonstra que 71% dos profissionais de nível superior das equipes que responderam ao questionário realizaram alguma residência ou especialização.

TABELA 08 – Distribuição de profissionais de nível superior que responderam ao questionário *on line* segundo realização de especialização/residência profissional

Especialização/ Residência	Frequência	%
Sim	54	71
Não	18	23,7
Não respondeu	4	5,3
Total	76	100,0

A tabela 09 demonstra que dentre os profissionais que relataram ter finalizado algum curso de especialização ou residência, 25,9% fizeram na área de Saúde da Família, e 29,6% fizeram na área de Saúde Pública/Coletiva.

TABELA 09 – Distribuição de profissionais de nível superior que responderam ao questionário *on line* segundo área da especialização/residência

Área da Especialização / Residência	Frequência	%
Medicina de Família e Comunidade	14	25,9
Saúde Pública/ Coletiva	16	29,6
Outras especialidades clínicas	20	37,1
Não Respondeu	4	7,4
Total	54	100,0

Os dados apresentados acima, embora não atendam diretamente ao objetivo deste estudo, sendo assim levantados apenas para melhor caracterizar o cenário estudado nesta pesquisa, permitem a identificação de algumas tendências em relação ao perfil dos profissionais das equipes de Saúde da Família que responderam ao questionário eletrônico. Desta forma, observa-se um predomínio de profissionais mulheres, a maioria dos profissionais está na faixa etária de 26 a 35 anos, sendo que mais da metade do total está na mesma equipe há no mínimo um ano e no máximo cinco anos. Em relação aos profissionais de nível superior, a maioria possui até 10 anos de formado, metade não fez estágio na Estratégia Saúde da Família durante a graduação, a maioria possui algum tipo de especialização ou residência, e embora 29,6% tenham se especializado em saúde pública/coletiva, apenas 25,9% têm especialização específica em Saúde da Família.

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados sob a forma de artigo científico, intitulado: *Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal*.

Este artigo explicita e discute os principais achados da pesquisa referentes ao objetivo de se conhecer e discutir as representações sociais acerca da integralidade do cuidado dos profissionais das equipes da ESF do Distrito Federal, tendo sido submetido à revista científica *Saúde e Sociedade*, da Associação Paulista de Saúde Pública – APSP, em abril de 2011.

7.1 ARTIGO

Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal.

Comprehensiveness care: social representations of Family Health teams in Distrito Federal, Brazil.

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Maria Fátima de Sousa

Edgar Merchán-Hamann

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa que analisou as representações sociais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Distrito Federal-DF acerca da integralidade do cuidado. A ESF vem sendo implantada no Brasil desde 1994 como uma estratégia política para reordenar o modelo de atenção à saúde, sendo atualmente ampliada no DF. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas e grupo focal com gestores locais e profissionais das equipes de 11 das 15 regionais de saúde. Utilizou-se o Discurso de Sujeito Coletivo (DSC) e a teoria das Representações Sociais para análise, buscando-se compreender a sociogênese da forma de pensar a partir de um olhar psicossocial sobre a realidade. Verificou-se que o cuidado é percebido como ato de solidariedade e atributo profissional; apoio às famílias em suas múltiplas necessidades; e articulação de ações interdisciplinares de prevenção, promoção e tratamento, visando qualidade de vida. A integralidade do cuidado permeia a noção de autonomia profissional e criação de vínculos de confiança e responsabilização, inserindo os usuários em todas as ações; o sujeito é percebido em sua totalidade, contextualizando a família na determinação e no enfrentamento dos problemas; e demanda a integração com demais serviços. O estudo demonstrou que o cuidado relaciona-se com diferentes dimensões da integralidade, refletindo potencialidades e desafios do modelo da ESF para o desenvolvimento de práticas ampliadas de saúde. Faz-se necessário que o processo

interrelacional estabelecido no território viabilize a qualificação das ações, sobretudo aquelas voltadas para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, integralidade, cuidado.

ABSTRACT

This qualitative research analyzed the social representations of the Family Health Strategy's teams (ESF) in the Distrito Federal - DF, Brazil, about the comprehensiveness care. The ESF has been implemented in Brazil since 1994 as a political strategy in order to reorganize the "health attention model", currently being expanded in the DF. The study was developed in 11 of 15 health regions in DF and the gather of informations was done through individual semi-structured interviews and focal group with local managers and professionals of the teams. The interviews were analyzed using the Discourse of the Collective Subject (DSC), based on the theory of Social Representations aim to understand the sociogenesis of thinking, taking into account the psychosocial reality. It was found that the care is realized as solidarity and professional attribute, to support families in their multiple needs, and articulating interdisciplinary activities of prevention, promotion and treatment, aiming to quality of life. The comprehensive care allows the professional autonomy, creating bonds of trust and accountability, placing users in all actions; the subject is a whole, contextualizing the family in the determination and in the facing of the problems; and demands the integration with other services. The study showed that the care is related to different dimensions of comprehensiveness, reflecting the potential and challenges of the ESF model for the development of expanded health care practices. The interrelational process established in the territory makes possible within the qualification of actions, particularly those related to health promotion.

Key-words: Family Health Strategy, comprehensiveness, care.

INTRODUÇÃO

Este artigo trata dos resultados e discussões alcançados a partir de uma pesquisa sobre a integralidade do cuidado à saúde no âmbito da Atenção Primária, junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) das diferentes regionais de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF).

Para tanto, concebe Atenção Primária enquanto nível do sistema de saúde responsável pela entrada de todas as novas necessidades e problemas da população e pela organização de um sistema de saúde integrado, apresentando funções exclusivas no âmbito do sistema de saúde, bem como atributos próprios, como a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade (Starfield, 2004). Portanto, integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação, envolvendo outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde, reorientando o modelo assistencial com garantia de atenção integral (Starfield, 2004; Giovanella, 2008).

No Brasil, a ESF, que tem como ponto central o vínculo e a criação de laços de compromisso entre profissionais e população, e que entende a família a partir do ambiente onde vive e constrói suas relações, buscando constantemente garantir a proteção social por meio da universalidade e integralidade (Brasil, 1997; Mendonça e colaboradores, 2008), surge como principal estratégia política para essa reorientação do modelo de atenção à saúde, fundamentando-se, pois, em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades (Sousa, 2008), refletindo significativamente no processo saúde-doença e em sua relação com o cuidado.

Assim, tem-se como objetivo deste artigo apresentar e discutir as representações de integralidade dos profissionais das equipes da ESF do DF, assumindo a dimensão do cuidado como categoria de análise. Neste contexto de afirmação de um novo modelo, o cuidado passa a representar o propósito do sistema de saúde, demandando um novo saber-fazer, além de permitir o diálogo com as demais dimensões envolvidas na integralidade, sendo, por estas razões, tomado como categoria central de análise neste estudo. As representações dos profissionais evidenciam um amplo espectro de subjetividades e saberes que não raramente fundamentam e determinam as práticas que são desenvolvidas no cotidiano de seus processos de trabalho, sendo necessário compreendê-las e debatê-las, de modo a fomentar o surgimento

de novas perspectivas para o desafio da construção da integralidade do cuidado na contemporaneidade.

Integralidade(s): assumindo o cuidado como eixo da Estratégia Saúde da Família

Na literatura, a integralidade assume sua polissemia, podendo ser observada em relação às práticas, aos serviços e às políticas, conforme afirma Mattos (2006). Transversalmente, relaciona-se à noção de cuidado, compondo assim diversas dimensões no campo da saúde. Dar-se-á ênfase neste artigo à dimensão do cuidado e suas bases teóricas, buscando articulá-las às representações dos profissionais das equipes da ESF.

Mattos (2006) discorre sobre três principais sentidos do termo integralidade no âmbito da saúde. Em relação à dimensão das práticas, ao considerar que são configuradas socialmente, afirma que os profissionais da saúde devem compreender e atender a um conjunto de necessidades que a população apresenta e não apenas as diretamente ligadas às doenças, sendo a integralidade um valor sustentado e defendido nas práticas dos profissionais, expressando a forma como estes respondem aos usuários. Portanto, relaciona-se a uma atitude voltada para a boa prática profissional, que não se reduz à prevenção e ao controle das doenças.

Considerando a integralidade dos serviços, o autor critica a dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, afirmando que a integralidade deixa de ser uma atitude profissional e passa a ser um modo de se organizar o processo de trabalho em equipe, que deve produzir impacto positivo sobre a saúde da população, mas não unicamente por meio da assistência médica. Portanto, uma forma horizontal de programar os serviços de saúde deve ser concebida, utilizando-se da epidemiologia, mas não só dela, para estabelecer respostas mais adequadas às necessidades da população, associando demanda espontânea e programada.

Mattos (2006) revela ainda a dimensão política da integralidade, à medida que a define como bandeira de luta e imagem-objetivo da configuração de um sistema que diferentes atores, numa arena política, consideram desejável, e que exprime um conjunto de valores que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária. Assim, postula que a integralidade representa uma recusa em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos

sobre os quais as políticas incidem, ampliando o horizonte de problemas a serem tratados por estas políticas, e respeitando as especificidades de diferentes grupos populacionais atingidos por determinados problemas, garantindo tanto ações de prevenção quanto assistenciais.

Observa-se que as dimensões da integralidade apontadas por Mattos (2006) possuem semelhanças e pontos de articulação que implicam em uma recusa ao reducionismo, afirmando a abertura do diálogo numa necessária relação sujeito-sujeito, seja nas práticas, nos serviços ou nas discussões sobre as políticas que influenciam o processo do cuidado.

Considerando este espectro de dimensões no âmbito da saúde, verifica-se a relação da integralidade com o propósito do cuidado e suas implicações na conformação das práticas dos profissionais. Portanto, o cuidado assume centralidade no debate do direito à saúde, sobretudo no que concerne às práticas desenvolvidas na ESF.

Refletindo o cuidado humano e as práticas de saúde, Maia e Vagheti (2008) consideram que a experiência de ser, existir e viver em um mundo contraditório e em transformação revela alguns pressupostos da essência do cuidado, tais como a relação intrínseca com eventos históricos, sendo uma expressão da humanidade, um processo contínuo de sensibilidade, troca e atitude, sobretudo ética, de viver em sintonia consigo e com os outros. Isso permite escolhas e decisões, fundamentando-se no diálogo e no pacto com a diversidade social, cultural, entre outras. Tais pressupostos contribuem para a conformação das práticas de saúde em diferentes contextos, tais como o da Atenção Primária.

Para Ayres (2000), a dimensão do cuidado explicita a presença propriamente humana nos modelos assistenciais, pois quando se busca a promoção do bem-estar, para além da correção de distúrbios, as diferentes aspirações por saúde de indivíduos e populações são inseridas na assistência, demandando uma ativa participação do sujeito a partir de suas necessidades, que são percebidas pelos profissionais somente quando em relação. Esse espaço relacional trabalhador-usuário permite que o sentido social e contemporâneo do agir em saúde seja a produção do cuidado, que propicia o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, que por sua vez expressa seu modo de andar na vida, influenciando as distintas formas de tornar este mundo o objeto de trabalho dos profissionais (Merhy, 2000).

Cuidar da saúde, portanto, passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, pois significa mais que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva. Logo, é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, pois há

que se considerar e construir projetos, que são influenciados pelas relações estabelecidas entre o corpo e a mente, desconstruindo a perspectiva parcelar das práticas de saúde, a partir da expansão da atitude cuidadora para as reflexões e intervenções no campo da saúde durante o encontro de sujeitos (Ayres, 2001).

Na perspectiva da integralidade, a noção de cuidado não é entendida como um nível de atenção do sistema de saúde ou como algum procedimento técnico específico, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser, que concebe o sofrimento como fruto da fragilidade social do ser humano (Guizardi e Pinheiro, 2008).

Pinho e colaboradores (2007) consideram a importância da subjetividade no cuidado integral, termo concebido como equivalente a integralidade do cuidado neste artigo, e apontam que esta dimensão da integralidade parece se relacionar à compreensão da natureza do ser por inteiro e a uma perspectiva de redimensionamento dos serviços para sustentar a saúde como uma proposta a ser construída na relação intersubjetiva, da qual fazem parte o acolhimento e o vínculo.

Tal relação imprime à integralidade do cuidado a tarefa de perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere, demandando dos profissionais a incorporação de ações de educação em saúde que produzam conhecimento coletivo capaz de traduzir no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, de sua família e de seu entorno (Machado e col., 2007). A partir desta visão abrangente, afirmar a integralidade do cuidado no âmbito da saúde demanda a revisão das práticas sanitárias e dos processos de trabalho historicamente desenvolvidos nos serviços de saúde (Guizardi e Pinheiro, 2008).

Desta forma, observa-se que a dimensão do cuidado, assumida como objetivo dos sistemas de saúde, relaciona-se com as dimensões política, dos serviços e das práticas, permitindo a identificação de zonas de contato ou de complementariedade para a conformação das práticas de saúde, possibilitando, conseqüentemente, a expressão da integralidade enquanto importante atributo da Atenção Primária e da própria ESF.

PERCURSOS DA INVESTIGAÇÃO

Na Atenção Primária do DF coexistem dois modelos de atenção, sendo o “modelo convencional” organizado por meio dos Centros de Saúde e especialidades ambulatoriais, e o modelo da Estratégia Saúde da Família, que em fevereiro de 2011 apresentava 113 equipes completas, com cobertura de 15% da população. Além disso, conta com 13 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 10 equipes de Atenção Domiciliar e 11 de Saúde Prisional, todos ligados à Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SAPS/SESDF). Para esta pesquisa, definiu-se como objeto de análise a ESF.

Trata-se de estudo de natureza qualitativa que tem como cenário de pesquisa a ESF no Distrito Federal, e como base teórico-metodológica a Teoria das Representações Sociais, que segundo Santos (2009), permite ao pesquisador compreender a sociogênese da forma de pensar, o senso comum, trazendo a idéia de indissociabilidade entre o sujeito e a sociedade, a partir de um olhar psicossocial sobre a realidade, pensando o sujeito como ativo, construtor e construído nesta realidade social, e que se constitui nas relações com o outro em um dado contexto social e em um momento histórico preciso.

São sujeitos da pesquisa profissionais e gestores locais das equipes de Saúde da Família. Os critérios de inclusão foram: indicação dos gestores regionais de equipes com profissionais considerados informantes-chave para o objeto da pesquisa; equipes consistidas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES há pelo menos um ano com os mesmos profissionais considerando a data da coleta de dados. Selecionou-se uma equipe por regional de Saúde do DF e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de 11 equipes de Saúde da Família, sendo um por regional, totalizando 11 sujeitos – três médicas, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, definidos por regional de maneira aleatória. Também foi realizado um grupo focal com os coordenadores das 11 equipes, que contou com a adesão de sete sujeitos. A coleta dos dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram agendadas por telefone, sendo realizadas nos diferentes locais de trabalho dos profissionais, o que permitiu também a realização da observação. O grupo focal foi realizado em sala isolada no Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de

Brasília – NESP/UnB. O material foi gravado e transcrito para posterior análise, etapa na qual foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre e Lefèvre, 2003), que permite a tabulação e organização de dados qualitativos apresentados através de um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular e elaborado com extratos de depoimentos de sentido significativo semelhante.

Para a apresentação dos resultados, utilizou-se das Expressões-chave (E-Ch) e das Idéias Centrais (IC) das falas que permitiram a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este artigo apresenta e discute os resultados encontrados em pesquisa de Mestrado aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF, sob o protocolo número 229/10.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e as discussões ora apresentados se sustentam em duas questões de pesquisa norteadoras, a saber: 1) *Fale um pouco sobre o que representa para você cuidar da saúde das famílias;* 2) *Em relação à integralidade do cuidado, como é isso pra você?* Com base nestas questões, foram encontradas e discutidas diferentes categorias genuínas de Idéias Centrais relacionadas às representações das equipes acerca do cuidado à saúde e da integralidade do cuidado à saúde, explicitadas neste artigo.

O cuidado como ato de solidariedade a partir de um processo de identificação subjetiva ou atributo pessoal do profissional.

Nesta categoria, percebe-se que o cuidado perpassa pela idéia de solidariedade em relação ao outro, no caso, o usuário ou a família, retratando, portanto, uma postura acolhedora vislumbrada pela própria equipe. Para tanto, demanda do profissional algum nível de sensibilidade e de identificação com os problemas das pessoas, permitindo assim a expressão de sua subjetividade, conforme pode ser observado no fragmento abaixo:

É muito gratificante... eu cuido das famílias, das pessoas, como se fosse um parente meu, um familiar meu... é uma preocupação mesmo com o bem-estar de cada um. É algo assim que realmente eu faço com muito carinho, com muito amor, eu me identifico muito. Principalmente

com a gestante, porque eu casei recentemente e minha esposa tá gestante, e eu tenho um cuidado maior por causa disso, entendeu?

O cuidar, conforme demonstrado, não depende unicamente da capacidade técnica do profissional de saúde, podendo ser estabelecido num processo relacional, corroborando Merhy (2000) e Ayres (2000). Entretanto, deve avançar para o reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado à saúde, sendo este o grande desafio para a integralidade apontado por Costa (2004) e, portanto, um desafio para a própria ESF.

Esta representação de cuidado potencializa a ESF em seu propósito de transformar o modelo assistencial praticado na APS a partir da criação de laços e vínculos da equipe com as pessoas. A responsabilização dos profissionais pelos problemas das famílias demonstrada neste discurso permite a aproximação com uma idéia de proteção e de busca de bem-estar, que só é possível quando se concebe e se pratica a saúde de uma maneira ampla, para além do serviço. Pode-se dizer que uma nova ética social e cultural (Sousa, 2008) é, deste modo, vivenciada. Acrescenta-se a esta constatação dados oriundos da observação realizada nas unidades, que demonstram a preocupação dos profissionais com aspectos da vida pessoal dos usuários, abordando-os na rua quando passam em frente às unidades.

Cuidado como apoio às famílias em suas múltiplas necessidades e características (aspectos biológicos, mentais e sociais).

Nesta categoria, observa-se que cuidar da saúde das famílias demanda um conhecimento sobre o contexto familiar e social dos usuários, e para tanto os profissionais devem se inserir no cotidiano das comunidades, percebendo as relações que são estabelecidas no território, e não apenas as identificadas dentro do serviço de saúde.

Estar mais próximo daquele paciente, ter um contato direto com as pessoas e aí você passa a conhecer a realidade dele. Não só ficar dentro do posto, pois assim você não tem uma visão ampla. Conforme seja a situação dessa família, a gente pode mudar, a gente pode reorganizar essa família de diversos sentidos... até mesmo na harmonia, na convivência, na saúde, no modo de vida, de pensar e até na prosperidade dessa família. Não é só o medicar, é o ouvir, o escutar... o aconselhar, o compartilhar, o acompanhar... esse é o grande lance do Saúde da Família. Não é só a doença em si, mas é o bem-estar físico, mental e social. Algumas pessoas querem mesmo nem tanto consulta, mas só conversar, desabafar... E essa questão social toda, se a pessoa tem trabalho, renda, lazer, se tá na escola. Tanto criança, como os idosos que também tão procurando muito. Um dos maiores problemas que a gente percebe são problemas sociais mesmo, assim, familiar, questão de álcool, drogas e problema conjugal.

Essa noção de cuidado permite uma aproximação à idéia de produção social da saúde, quando se percebe que o modo de vida, o modo de pensar e as condições sociais das pessoas devem ser considerados pelos profissionais, o que é proposto por Escorel e colaboradores (2007). Portanto, reafirma-se a importância de uma postura diferenciada da equipe conforme observado na categoria anterior, embora agora seja evidenciado que esta nova postura deva ser traduzida em mudanças na forma de fazer saúde dos profissionais, a partir da implementação de ações orientadas pelas necessidades percebidas, considerando aspectos biológicos e psicossociais. Desta forma, percebe-se uma representação de cuidado coerente com o que afirmam Maia e Vaghetti (2008). A preocupação com a prosperidade das famílias passa a ser propósito do cuidado, e este é compartilhado com os próprios usuários, o que evidencia quão ampla deve ser a abordagem das equipes em seus territórios, sendo o cuidado construído a partir das diferentes realidades.

Entretanto, a atuação dos profissionais ainda não atinge o nível macro, ou coletivo, pois embora haja preocupação com os determinantes sociais e seus efeitos sobre a situação de saúde das famílias, não é perceptível a construção de mecanismos de mudanças da realidade coletiva, e deste modo a ação de cuidado parece não alcançar a potencialidade de habilitar os sujeitos a engendrar novos arranjos sociais num cenário de cidadania, conforme defendem Guizardi e Pinheiro (2008). Portanto, identifica-se limites em relação à implementação de práticas de promoção da saúde.

Esta categoria também pode ser observada no DSC construído a partir das falas dos gestores locais:

A atenção básica é extremamente complexa... Só que ela trabalha com tecnologias leves. Então, assim... a complexidade social, dinâmica social, dependendo do território que você trabalha. Eu não sou enfermeira por caridade. Então, profissionalmente falando, a responsabilidade, o comprometimento que você tem que ter pra se dispor a cuidar de alguém não é fácil, não é qualquer relação que você estabelece. Na UTI, a sensação que a gente tem é que a gente fica guardadinho lá, né? E aqui chega um paciente, aí ele tá estressado porque ele quer só trocar o cartão, e você tá tentando explicar pra ele que não dá. Aí eu respiro fundo, Deus do céu. Então, se acontece comigo ia parar na delegacia. Então são situações que não são fáceis de você lidar... vai... do grau de instrução da comunidade, até do próprio entendimento que eles têm da Estratégia, do Centro de Saúde...

O DSC dos gestores, além de corroborar o que disseram os trabalhadores, revela a dificuldade sentida pela equipe em lidar com as singularidades dos sujeitos, que são mais perceptíveis quando em um serviço de saúde territorializado. De alguma forma as

necessidades da população são percebidas, demandando uma resposta da equipe, que nem sempre se sente apta a acolhê-las, ou capacitada para lidar com situações de cobrança dos usuários. Evidencia-se aqui a existência do aspecto interrelacional, do encontro de sujeitos, característico da ESF, que aparenta ser algo ainda difícil, e que tem sua importância no estabelecimento da ação cuidadora, exigindo, segundo Heimann e Mendonça (2005), uma nova abordagem dos profissionais, pautada numa interação qualificada da equipe, frente à orientação dos serviços para as comunidades onde habitam as famílias, para que não se estabeleça uma relação pautada na verticalidade.

Cuidado como articulação de ações interdisciplinares de prevenção, promoção e tratamento, que visem qualidade de vida.

Nesta categoria nota-se que o cuidado também se relaciona com a noção de integralidade das ações de saúde, ao referirem prevenção, promoção e tratamento, corroborando o que é proposto enquanto princípio do SUS (Brasil, 1990). Esta ampliação do olhar sobre os problemas de saúde é observada no discurso dos gestores:

Trabalhar junto com a pessoa com foco na qualidade de vida. É claro que quando a pessoa tá doente o nosso foco é tentar a cura, né? Ela faz parte da atenção básica também... mas eu acredito que a cura é só uma parte pequena de todo o processo de cuidado. Quando você vai pra atenção primária, sua visão é totalmente descortinada, você vê o paciente como um todo... abre um leque de cuidado na vida com relação à qualidade de vida, à promoção, à prevenção. Você vê o ser humano, é... no total, familiar, no ambiente.

A Atenção Primária, portanto, é entendida como estratégica para a construção de um processo de cuidado amplo e contextualizado, por deixar evidenciado aos olhos dos profissionais a complexidade envolvida nos diferentes problemas de saúde.

Esta complexidade demanda, portanto, ações da equipe na perspectiva da qualidade de vida. Assim, as ações de cuidado são realizadas no contexto de consultas, exames ou grupos, a exemplo dos grupos de hipertensos e de gestantes, conforme pode ser observado no fragmento do DSC:

Vendo o problema, eu faço o agendamento na casa pra pessoa de uma consulta, marco um exame, faço encontros de grupos de hipertensos, de gestante. Pra mim o cuidado envolve todas as pessoas da família e é bem integral, tanto com questão ao tratamento de doenças, prevenção e promoção de saúde, qualidade de vida. Nessa visão integral, deve-se trabalhar com outros profissionais da saúde que possam complementar e adicionar conhecimentos das diversas áreas. Eu acho que é impossível o ser humano conhecer tudo e era tudo muito focado no médico.

Percebe-se que a qualidade de vida referida relaciona-se à busca de bem-estar diante de um problema, geralmente uma questão biológica, seja patológica ou natural, sendo esta a base para o entendimento que a equipe tem sobre promoção da saúde, o que deve ser revisto pela equipe. Neste contexto, a interdisciplinaridade é entendida como condição para exercer o cuidado, o que é um avanço na abordagem de demandas biológicas, entretanto insuficiente quando se busca a integralidade, por demonstrar um excessivo foco no ato profissional, que restringe o cuidado à intervenção da equipe e de seus conhecimentos de ordem técnica, não havendo referência a um necessário processo de participação e exercício de autonomia da população, que configuraria um cuidado participativo. Assim, percebe-se um limite quanto à inserção das diversas aspirações por saúde possíveis (Ayres, 2000) no âmbito da ESF, o que restringe ou simplifica essa busca pela qualidade de vida.

O fragmento abaixo também explicita esta idéia:

O processo de doença não tá relacionado só com o indivíduo, e nem só num órgão. Eu acho que a doença vai mais além do que isso, então geralmente não é só um foco orgânico, por exemplo, uma dor no estômago, eu não posso pesquisar só gastrite, eu vou procurar onde aquela pessoa tá inserida, a família dela, procuro ver problemas na família, problemas no trabalho dela. Trabalhar não só em cima da doença em si. Tentar de toda forma ajudar no problema que possa estar levando a essa doença física.

Este discurso demonstra a contradição vigente no processo de trabalho da equipe, que associa a noção de bem-estar e qualidade de vida a uma situação de doença, e embora o olhar sobre esta doença seja ampliado, o cuidado é necessariamente vinculado a um processo patológico, com ações focadas tanto na doença quanto nos fatores que a ocasionam. Aqui, o cuidado é voltado para aqueles que vivenciam alguma situação de sofrimento, ou de vulnerabilidade, e que apresentam um sintoma físico, sendo estas as pessoas a serem cuidadas pela equipe. Essa noção de sofrimento apontada não demonstra funcionar como importante categoria central no entendimento de integralidade do cuidado em saúde, pois foca-se na doença física, e segundo Camargo Jr. (2007), isso demonstra o resquício de uma medicina tecnobiomédica, que deve ser superada.

Essa centralidade na doença relaciona-se a uma noção de multicausalidade dos problemas de saúde, sendo necessário rever as práticas dos profissionais e reorganizar os processos de trabalho, conforme afirmam Heimann e Mendonça (2005), uma vez evidente que a idéia de determinação social do processo saúde-doença ainda não integra o cotidiano da equipe, contrariando Giovanella (2008) que afirma ser esta a concepção que deve orientar o modelo assistencial na APS.

O foco na doença também é observado quando a equipe deixa transparecer um excessivo privilégio de ações de prevenção em seu discurso:

Cuidar da saúde é qualidade de vida, é prevenir, orientar a família a ter cuidados com ela, com a sua família, higienização bucal, alimentação... é também exercícios que ela tem que fazer, fazer exames, ter consultas, né?

Neste discurso, fica notória a relação do cuidado com estilos e hábitos de vida, que devem ser orientados e acompanhados pela equipe, numa perspectiva preventivista que entende qualidade de vida como ausência de doença. Cuidar, portanto, é evitar que uma doença se instale, contrariando Ayres (2001), que afirma que cuidar é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, devendo-se superar a fragmentação das ações de saúde. Desta forma, entender que o cuidado só é possível quando se protege ou evita o adoecimento das pessoas reflete uma perspectiva reducionista, que segundo Mattos (2006) deve ser problematizada.

Uma vez discutidas as representações de cuidado apreendidas no discurso da equipe, revela-se a seguir as Idéias Centrais percebidas referentes à integralidade do cuidado.

Autonomia profissional, criação de vínculos de confiança e responsabilização pelas pessoas, inserindo-as em todas as ações da equipe.

Esta categoria demonstra que a representação de integralidade do cuidado perpassa pelo vínculo estabelecido entre profissionais e usuários, com especial participação do agente comunitário de saúde. Este vínculo propicia maior responsabilização dos profissionais sobre os problemas enfrentados pelas pessoas e aponta para uma integração usuário-equipe, a partir da idéia de compartilhamento de experiências e subjetividades. Tal constatação corrobora Pinho e colaboradores (2007), que afirmam que a subjetividade no cuidado integral relaciona-

se à compreensão da natureza do ser por inteiro, redimensionando os serviços, a partir do acolhimento e do vínculo. O fragmento abaixo ilustra tal achado:

...fazer um bem pra comunidade, pras pessoas... tá ali ajudando a pessoa, tá satisfazendo, conseguindo o que quer... É sentir na pele, né... ir lá e vestir a camisa do Agente de Saúde, da comunidade, você tá vestindo a saúde... levando a saúde pra comunidade. Eles se tornam sua família porque você não visita somente pra saber como é que ele está, você visita também pra convidá-lo pra um grupo, pra fazer uma participação de tudo, das consultas, em geral... fazer parte da nossa equipe... você tem todo um cuidado de promoção, de prevenção. Às vezes ela quer simplesmente conversar com a gente, então isso também faz parte da saúde... E aí quando ela conversa com você, ela fica bem. Às vezes ela tem dúvida, num tá muito bem...

Este redimensionamento permite a implementação de diferentes ações de prevenção, promoção e de tratamento, o que reforça a constatação de que as práticas no âmbito da ESF devem ser diversificadas e orientadas para as diferentes necessidades de saúde. Esta integralidade de ações, potencializada pela valorização da responsabilização, do acolhimento e do vínculo na prática da equipe, permite o desenvolvimento de práticas integrais, sobretudo quando o usuário é colocado como sujeito de sua própria história, conforme defendem Gomes e Pinheiro (2005).

Se a busca pela integralidade de ações é mencionada, percebe-se que esta ainda se dá em um contexto onde as ações de prevenção são privilegiadas, conforme pode ser observado no fragmento a seguir:

É a prevenção primeiro. Você está junto daquele paciente, a integralidade não é cuidar a doença, é prevenir essa doença, a saúde é mais controlada, assim, num todo. É você saber a realidade desse paciente, mais ou menos, em que você pode prevenir essa doença. Não precisa o paciente estar doente pra você estar cuidando dele.

Embora seja evidenciada uma preocupação com o contexto dos usuários, este é considerado como estratégico para a prevenção de problemas de saúde, transparecendo o predomínio de uma perspectiva higienista de controle, que não entende a relação entre saúde e doença como processual, evidenciando mais uma vez a dificuldade da equipe em integrar as ações em seu território.

De forma geral, esta categoria articula as representações sobre o cuidado demonstradas na questão anterior. Ou seja, está intrinsecamente ligado a uma postura considerada atributo da equipe, à responsabilização e à articulação de diferentes ações em consonância com as necessidades de saúde percebidas.

Esta Idéia Central também é percebida no discurso dos gestores locais, que ademais,

revela o papel da autonomia da equipe na realização de ações de cuidado integral junto às famílias:

Pré-natal, por exemplo, pegando um resultado de urina alterado, paciente com queixa... a gente já colocou um protocolo. Hoje você sabendo que esse paciente tá lá cheio de verminose... você pode fazer desde orientação à prescrição da medicação... a fazer uma visita na casa dele e... olha, vamos fazer assim, vamos fazer assado... lavar a mão, orienta na escola, né? Então a gente tem uma autonomia muito maior que em outras situações você não tem. Eu quero ficar no PSF pela questão da integralidade e da autonomia no Saúde da Família. Porque fui enfermeira de terapia intensiva, de UTI neonatal, e tudo tinha que pedir para o médico...

Ressalta-se a importância da governabilidade da equipe na abordagem das necessidades de saúde da população, que demandam tanto a execução de ações programadas quanto espontâneas, ampliando a dimensão das práticas conduzidas na Atenção Primária. Ou seja, é na percepção do sofrimento do sujeito e da busca deste por formas específicas de cuidado que se dá a co-produção da demanda e da oferta, caracterizando a atenção à saúde naquele instante, conforme afirma Camargo Jr (2007). Isto fica evidente quando é feita a comparação com o ambiente hospitalar, que apresenta protocolos e rotinas mais rígidos, considerado pela equipe um local menos susceptível às mudanças constantes.

Esta representação de integralidade do cuidado demonstra que a equipe percebe os problemas sob a ótica do trabalho em equipe, e mesmo em situações em que o vínculo do usuário é estabelecido com um profissional específico, este se sente apto a conduzir uma situação, por saber que há uma retaguarda da equipe. Esta retaguarda pode ser concretizada por meio do estabelecimento de protocolos e rotinas, que são pactuações que cada equipe constrói para lidar com sua realidade. A partir de dados da observação foi possível perceber como os profissionais organizavam suas ações, que rompiam com as restrições dos campos de prática profissional, a partir de uma nova postura que considerava o compartilhamento do saber e das práticas, fundamentando assim um campo interdisciplinar. Isto demonstra que cuidar integralmente relaciona-se com competências e tarefas técnicas, mas vai além, corroborando Ayres (2001).

Sujeito visto como um todo, considerando o contexto geral da família na determinação e no enfrentamento dos problemas.

Esta categoria explicita a representação da equipe, que vincula cuidado integral à noção de indivisibilidade do sujeito, que é visto como um todo. A proposta de atuação generalista das equipes de saúde da família parece contribuir para que as pessoas não sejam vistas sob o olhar das especialidades, mas que estas se complementem e possam expressar a situação de saúde apreendida pela equipe. Ao considerar o sujeito em seu contexto, questões de ordem moral e espiritual são inseridas e consideradas no processo de cuidar e no entendimento do que é saúde e doença para os usuários, embora não esteja explícito como se dá a relação de tais questões no contato cotidiano com as famílias e como este terreno marcado por diversidades é compreendido pela equipe de saúde.

Cuidado integral é a pessoa estar bem fisicamente, psicologicamente, mentalmente, espiritual... e moralmente. É cuidar da pessoa como um todo. Não podemos hoje separar o cardíaco, o hipertenso, o diabético, você tem que ver o paciente, a família como um todo. A gente não cuida só do estômago da pessoa.

Não obstante, percebe-se uma aproximação da representação de cuidado integral à idéia de cuidado defendida por Maia e Vagueti (2008), embasando escolhas e decisões dos diferentes sujeitos. Neste debate, ao considerar o ser humano como indivisível, e o cuidado como contextualizado, a equipe deve evitar buscar atender às necessidades dos sujeitos em sua totalidade, o que poderia ocasionar a negação da autonomia e uma medicalização integral, conforme sinaliza Camargo Jr. (2007).

A ampliação do olhar para o contexto das famílias pode ser percebida no fragmento abaixo:

Ver se a criança tá na escola, se a pessoa tem renda, o habitat, lazer, se tá emocionalmente bem, as tensões emocionais e as relações interpessoais, até mesmo com a vizinhança. A saúde social, a questão de trabalho, das pessoas que convivem ao redor dela, você sente aquele impacto da... parte social, econômica, né... tendo todo aquele conceito amplo agora de saúde, a pessoa consegue pelo menos amenizar seus problemas, então... todos os setores, saúde, educação... integrados no cuidado das questões que mais acometem a população. Engloba também a intersetorialidade com os outros órgãos do governo, e comunidade, associações, ONGs. Você tem uma visão mais holística da coisa.

A equipe considera o contexto familiar e social dos usuários, abordando os determinantes sociais do processo saúde-doença que determinam a heterogeneidade das

condições de vida e da situação epidemiológica da população. Para tanto, entende que as práticas de integralidade do cuidado devem ser construídas em parceria com outros setores da sociedade, não apenas envolvendo outros integrantes da família. Evidencia-se neste discurso a noção de integralidade do cuidado em relação às diversas necessidades das famílias, sendo os problemas de saúde apenas parte delas, sendo a situação geral da família objeto de preocupação dos profissionais.

Esta representação demonstra o impacto que a noção de integralidade causa na orientação das práticas em direção ao cuidado. Na questão anterior, observou-se uma tendência da equipe a simplificar ações de promoção, inserindo-as num contexto de processos biológicos ou patológicos. Aqui, quando situado numa perspectiva integral, observa-se uma aproximação ao que Machado e colaboradores (2007) apontam como fundamental, que é perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Assim, percebe-se uma contradição da equipe em relação à ampliação de suas práticas, o que, no contexto político-gerencial da saúde do Distrito Federal, pode evidenciar um importante processo de transformação e consolidação de um novo modelo assistencial.

Desta forma, percebe-se também que as ações de cuidado passam a demandar uma organização coletiva, que não se restringem à equipe, mas que dependem de uma postura diferenciada dela, por vezes protagonista, coincidindo com a definição de integralidade ampliada proposta por Cecílio (2006). O cuidado integral, portanto, parece relacionar-se com a dimensão política da integralidade apontada por Mattos (2006), à medida que se opõe ao processo de redução dos sujeitos a objetos descontextualizados, demandando, portanto, um cuidado intersetorial. Assim, os serviços devem interagir com outros setores sociais para intervir nas desigualdades entre os grupos humanos, considerando ser intrínseco a esse modelo a integração entre unidade de serviço e a comunidade, usuário e profissional de saúde.

No DSC dos gestores locais, a preocupação com as questões familiares e sociais também integrou a representação destes sujeitos em relação à integralidade do cuidado, como se observa a seguir:

Você viu além da doença, viu o social, o emocional, então a partir desse momento foi estabelecido um cuidado integral. Por exemplo, uma paciente grávida que não fazia os exames. Eu já ia chegar e dar uma bronca nela, mas resolvi na hora me segurar e perguntar o que aconteceu. E aí ela chorou e falou que não queria a gravidez, pois o marido a abandonou

assim que engravidou e saiu com outra. Então, eu fui além. Outro caso, um senhor foi atropelado por um caminhão, e a preocupação dele era que ele tava sem trabalhar. Ele nervoso, angustiado, e respondia mal a mulher dele. Um transtorno no serviço... E aí a gente parou pra conversar. Ele não tem benefício... e tem os filhos pra sustentar, né? Então, a gente faz os diagnósticos de enfermagem, tudo... mas não deve ser só o diagnóstico de padrão respiratório alterado. E o problema social?

Percebe-se no fragmento acima a importância de se transformar a relação com o usuário, qualificando a escuta, corroborando Cecílio (2006), o que traz importantes reflexos nas práticas educativas, que passam a visar a autonomia e a emancipação para o cuidar de si, conforme afirmam Machado e colaboradores (2007). Esta experiência foi relatada pela equipe, que entendeu que ir além da conduta sobre um diagnóstico representa uma necessidade para se cuidar integralmente. Há, portanto, uma aproximação à clínica humanizada possibilitada pela escuta acolhedora dos sofrimentos, e que integra dimensões físicas, psíquicas e sociais, permitindo um cuidado integral, fortalecendo a auto-estima e a criação de espaços afetivos, de autonomia e de vida saudável, conforme postulam Silva Júnior e colaboradores (2007) e Camargo Jr (2007).

Integração da ESF com demais serviços do sistema

A integralidade do cuidado explicitada nesta categoria evidencia a noção de integração do sistema e dos serviços, considerando o estabelecimento de relações institucionais tanto com equipamentos do mesmo nível de atenção quanto com outros níveis do sistema. Esta noção de integralidade também demonstra a necessidade de se articular diferentes práticas e conhecimentos, e considera que há limites para a resolução dos problemas de saúde no âmbito da ESF. Entretanto, este discurso não revela qual seria o papel da equipe na organização dessa integração, pois embora haja uma responsabilização pelo problema de saúde do usuário, serão demandadas práticas que possam superar a exclusividade das indicações e dos encaminhamentos em direção a esta necessária integração, como caracteriza a equipe no fragmento abaixo:

Ter uma integração assim, por exemplo, PSF com os hospitais, com os postos de saúde, com as outras unidades de saúde... né? Se eu num posso resolver o problema agora, aqui, eu posso indicar pra ela procurar um outro órgão, um outro lugar que ela possa resolver o problema dela.

E se a equipe entende ser importante construir o cuidado integral a partir da integralidade dos serviços, deverá, pois, assumir a responsabilidade por organizar o sistema e coordenar suas ações, estabelecendo novas formas de comunicação e compartilhamento de responsabilidades, conforme propõem Starfield (2004) e Giovanella (2008). Assim, a Atenção Primária, enquanto centro de comunicação do sistema (Brasil, 2010), deve buscar redefinir seus processos de trabalho, o que ainda se mostra incipiente na realidade observada.

Algumas ações isoladas demonstram que a equipe tem tentado articular uma maior aproximação com outros serviços, a exemplo do hospital:

... eu tento pelo menos não trazer tudo muito pro enfermeiro... porque se a gente fizer tudo, a gente não dá conta. Então vamos na assistente social, lá no hospital, lá são três por andar... Vamos ver o que a gente pode fazer, né? Ela vai orientar a gente de alguma forma. Então assim... pra gente também não levar tudo... porque senão você leva aquela carga, daqui a pouco você vai fazendo vaquinha pra todos os pacientes...

Embora esta busca por outros profissionais, exemplificada pela figura do assistente social no hospital, demonstre a implicação da equipe em buscar resolver algum problema, aponta também a dificuldade em estabelecer uma rede organizada e pactuada, pois neste exemplo o profissional é funcionário do hospital e atende apenas casos internos, sendo esta relação com a equipe ainda frágil e dependente da disponibilidade e aceitação em participar deste processo. Logo, não há uma transformação substantiva da lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, o que de acordo com Sousa e Merchán-Hamann (2009), faz com que haja um predomínio do modelo clássico de assistência a doenças, devendo, portanto, ser superado com vistas à consolidação de uma proposta orientada pela integralidade do cuidado.

APONTAMENTOS PARA O FORTALECIMENTO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESF.

A análise das representações da equipe sobre a integralidade do cuidado evidenciou algumas questões que podem indicar subsídios para o processo de consolidação da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Desta forma, é possível perceber que a responsabilização da equipe pelo bem-estar da população, mediante uma postura sensível aos problemas, permite maior vinculação com os usuários, potencializando o contínuo processo

de reorientação das práticas em saúde. Assim, as diferentes necessidades das famílias são consideradas objeto de preocupação da equipe, que considera os aspectos biológicos, psíquicos e sociais na determinação da saúde e da doença.

Esta percepção acerca das diferentes necessidades da população embasa a articulação de diferentes ações em prol do cuidado, tais como prevenção, promoção e tratamento, demonstrando que o olhar ampliado sobre os problemas de saúde deve ser acompanhado da implementação de ações também ampliadas. Observa-se que estas ações demandam o envolvimento da família, e embora o contexto social seja entendido como relevante, as ações ditas promotoras de saúde não demonstram ser articuladas ao nível macro das relações, havendo um processo em que o contexto social é considerado relevante em situações onde há demanda biológica explícita. E assim, se o olhar biológico não identificar tal demanda, as ações, mesmo aquelas ampliadas, não encontrarão condições para surgir no cotidiano da equipe.

Observa-se que há momentos em que a equipe tende a se aproximar de uma prática intersetorial, sobretudo quando é introduzida a perspectiva da integralidade no debate sobre o cuidado, evidenciando o avanço da equipe em direção à consolidação de práticas que envolvam o contexto macro e suas implicações na realidade sanitária da população.

Diante dessa característica paradoxal, faz-se necessário que a concepção de multicausalidade dos problemas de saúde dê lugar ao entendimento de determinação do processo saúde-doença-cuidado. Além disso, a busca pelo bem-estar e qualidade de vida deve evitar a simplificação do objeto de atuação dos profissionais da equipe, de modo a permitir a participação dos usuários.

Quando a idéia de integralidade é associada ao cuidado, observa-se a expressão do vínculo como importante fator para a reorientação das práticas, ressaltando a importância das relações intersubjetivas que são estabelecidas no território entre equipe e usuários, e que permitem que a equipe compreenda as diversas necessidades da população, demonstrando que entender o sujeito como um todo está diretamente ligado à proposta da ESF de não fragmentar as ações sobre as pessoas, a partir de uma necessária postura de escuta qualificada acerca dos problemas. A governabilidade da equipe sobre essas ações é considerada potencial para a busca pelo cuidado integral.

Finalmente, verificou-se que a integração com uma rede de outros serviços é fundamental para que as ações de cuidado possam ter continuidade quando necessário. Assim,

a integralidade do cuidado é percebida como um objetivo da equipe, e para tanto, estudos que aprofundem as ações envolvidas neste processo se fazem necessários.

Considerando os achados desta pesquisa, observa-se que a dimensão do cuidado articula as demais dimensões da integralidade, apontando elementos que podem subsidiar os rumos do fortalecimento da ESF no Distrito Federal. Sem a pretensão de quantificar o conhecimento aqui produzido, sugere-se maior atenção dos gestores e profissionais em relação às ações promotoras de saúde conduzidas no âmbito do território, de forma a fomentar novos tempos para o cuidado integral no DF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface*, Botucatu, vol.4, n.6, p. 117-120, 2000.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário da União*, Brasília, 1990, Seção 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMARGO Jr, K. R. Um ensaio sobre a (In)definição de Integralidade: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Construção da Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 113-126.

- COSTA, A. M.. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, dec. 2004.
- ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, vol.21, n.2-3, p. 164-176, 2007.
- GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.24, suppl.1, p. 21-3, 2008.
- GOMES, M. C. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (org). *Cuidado. As fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo*. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- MACHADO, M. F. A. S.; MEIRELLES, M. E. M. L.; TEIXEIRA, Q. D.; CUNHA, V. N. F.; TEIXEIRA, M. G. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-42, abr. 2007.
- MAIA, A. R.; VAGHETTI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. (org.) *Cuidar - cuidado: reflexões contemporâneas*. Florianópolis, PAPA-LIVRO, 2008, p. 15-33.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.24, suppl.1. 2008.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface*, Botucatu, vol.4, n.6, p. 109-116. 2000.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; SAEKI, T.; DUARTE, M. L. C.; SOUSA, J. A. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev. Eletr. Enf*, vol. 9, n. 3. 2007.

SANTOS, M. F. S. Representações sociais e psicologia social. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus, 2009.

SILVA Jr, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 2, abr. 2008.

SOUSA, M. F.; MERCHAN-HAMANN, E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009.

STARFIELD, B. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação de Mestrado teve como objetivo discutir a integralidade do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Desta forma, pôde-se perceber, a partir de uma análise sobre a Atenção Primária, a importância de se conhecer as representações dos profissionais das equipes para o fortalecimento deste modelo de atenção, uma vez que tais representações indicaram os pressupostos que orientam a conformação das práticas de saúde desenvolvidas no território.

Embora as regionais de saúde do DF tenham, de forma geral, características semelhantes em relação ao nível de implementação da ESF na rede de saúde, a observação durante a coleta de dados permitiu perceber que as dinâmicas internas das equipes e dos serviços de saúde apresentavam peculiaridades, refletindo diversificadas experiências vivenciadas pelos sujeitos estudados, e que, se consideramos os pressupostos das representações sociais, contribuem para o modo como as equipes constroem suas representações sobre o cuidado integral. Portanto, a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, sugere-se que novos olhares sobre as realidades locais sejam conduzidos, evitando assim ações totalizadoras e prescritivas que busquem afirmar a integralidade do cuidado, o que seria, certamente, uma contradição.

O estudo das representações sociais evidenciou a necessidade de se dar continuidade à proposta de compreender de que forma tais achados refletem nas práticas de saúde das equipes, e como se articulam com outros atributos da Atenção Primária. Esta questão, inicialmente considerada objetivo deste estudo, não foi aqui abordada devido às limitações diversas que inviabilizaram o prosseguimento das atividades de pesquisa programadas, uma vez que não seriam finalizadas em tempo hábil para a defesa da dissertação.

Contudo, a partir dos achados desta pesquisa, é possível identificar algumas fragilidades na experiência do Distrito Federal em relação à garantia do cuidado integral às famílias, que demandam ações estratégicas locais e centrais, com intensa participação de gestores e dos próprios profissionais das equipes, no sentido de superá-las, em um processo dinâmico e contínuo de avaliação e planejamento. Os principais apontamentos foram explicitados no artigo apresentado, mas ressalta-se a necessidade de maior investimento técnico, político e financeiro em ações que promovam e viabilizem a integralidade no SUS, pois esta demonstrou ser uma diretriz estratégica para a reorientação do cuidado em saúde.

Novas inquietações acadêmicas foram provocadas, devendo estas embasar projetos de pesquisa subseqüentes, com vistas a fornecer maiores subsídios aos profissionais e gestores do SUS. Dentre elas, o necessário aprofundamento sobre as questões que envolvem o diálogo entre a integralidade do cuidado e os pressupostos da promoção da saúde, que encontram similitudes no campo da determinação social do processo saúde-doença-cuidado, mas também barreiras quando se analisa as representações e as práticas de saúde das equipes.

Desta forma, espera-se que novas pesquisas possam contribuir para o fortalecimento da APS e da ESF no Distrito Federal, que carece de iniciativas que abordem sua realidade e suas necessidades, de modo a fomentar contextos que permitam a garantia da integralidade do cuidado à saúde das famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
2. STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
3. GIL, C.R.R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 22, n 6, p.1171-1181, jun, 2006.
4. GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, suppl.1, p. 21-3, 2008.
5. PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: campo científico e âmbito de práticas. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. p. 59-73.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2006a.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Intergestores Tripartite do SUS: pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
8. SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, abr. 2008.
9. BRASIL. Saúde da Família e os Conceitos Necessários. In: **Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**.

Brasília, Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, v.1, 2007. 250p.

10. SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M; Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 14 supl 1 Rio de Janeiro. Set-out. 2009..

11. ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, vol.21, n.2-3, p. 164-176, 2007.

12. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

13. MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, suppl.1. 2008.

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

15. BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-12. 2002.

16. CAMARGO Jr, K. R. Um ensaio sobre a (In)definição de Integralidade: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção da Integralidade**: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

17. PAIM, J. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

18. BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990, Seção 1.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
20. FRANCO, T.B.; MAGALHÃES Jr, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Emerson E. Merhy (org). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC. 2004.
21. MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
22. CECÍLIO, L. C. E. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006.
23. PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
24. TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v.18, supl., p.153-62, 2002.
25. SANTOS, M. **Território e Sociedade**: entrevista com Milton Santos. Rio de Janeiro: Perseu Abramo, 2004.
26. FARIA, R.M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema de Geografia da saúde no Brasil. **R. RA'EGA**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.
27. MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAUJO, E.C.; CARDOSO, M.R.L. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, Ed. Hucitec, 1995.

28. PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: campo científico e âmbito de práticas. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. p. 59-73.
29. AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001
30. HILDEBRAND, S.M. O modelo político-tecnológico de atenção à Saúde da Família no Distrito Federal: 1997 a 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2008.
31. MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S (org); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010a.,
32. YIN, R.K. Estudo de caso. Planejamento e Métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.
33. MINAYO, M.C.S. e SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. vol.9, n.3, p. 237-248. 1993.
34. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.
35. GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.,
36. ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8 ed. São Paulo: Pontes, 2009.
37. LEFÉVRE F., LEFÉVRE, A. M. **O discurso do sujeito coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
38. LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **Depoimentos e Discursos**. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liver livro Editora, 2005. 97 p.
39. DUARTE, S. J.H.; MAMEDE, M.V.; ANDRADE, S.M.O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 4, Dec. 2009.
40. SANTOS, B.R.L. O PSF e a enfermagem. **Rev Bras Enfermagem**. v. 53, (número especial): p49-53, 2000.

41. ALMEIDA, A.M.O. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, L.M. (Orgs) **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 117-160. 2005
42. ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e ciências sociais: trânsito e atravessamentos. **Soc. estado**. Brasília, v. 24, n. 3, Dec. 2009.
43. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal PDR/DF**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2007..
44. GOTTEMS, L.B.D.; EVANGELISTA, M.S.N.; PIRES, M.R.G.M.; SILVA, A.F.M.; SILVA, P.A. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, Jun. 2009.
45. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

APÊNDICE - A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL E GRUPO FOCAL

- 1) Fale um pouco sobre o que representa pra você cuidar da saúde das famílias.
- 2) E em relação à integralidade do cuidado, como é isso pra você?
- 3) O que você faz para garantir o cuidado integral à saúde das pessoas?
- 4) Fale sobre o que é acolhimento pra você.
- 5) Que medidas ou que estratégias de acolhimento você adota para garantir a integralidade do cuidado?
- 6) Como você entende o vínculo?
- 7) Que medidas ou que estratégias de vínculo você adota para garantir a integralidade do cuidado?
- 8) Em relação ao acesso à saúde, como você entende isso?
- 9) Como se dá a relação entre acesso à saúde e cuidado integral para você.
- 10) Como você e a equipe coordenam (ou organizam) suas ações de modo a garantir o cuidado integral?
- 11) Como você assegura a continuidade do cuidado à saúde das famílias em seu território de atuação?
- 12) Considerando tudo o que conversamos, vocês consideram que conseguem garantir o cuidado integral às famílias que atendem? Por que?

APÊNDICE - B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: **Representações e Práticas de integralidade do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal**. O nosso objetivo é analisar as concepções e as práticas das equipes de saúde da família na construção cotidiana da integralidade do cuidado no DF. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família no DF.

A sua participação será através de uma entrevista, que você deverá responder em seu local de trabalho, na data combinada com um tempo estimado para sua realização de 30 minutos. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados junto à Secretaria de Saúde, e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador. Se o senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para o pesquisador responsável, no telefone 33406862, do Núcleo de Estudos sobre Saúde Pública, da UnB.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE - C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: **Representações e Práticas de integralidade do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal**. O nosso objetivo é analisar as concepções e as práticas das equipes de saúde da família na construção cotidiana da integralidade do cuidado no DF. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família no DF.

A sua participação será através de uma entrevista em grupo, o Grupo Focal, que será realizado em sua regional de saúde, na data combinada com um tempo estimado para sua realização de 40 minutos. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados junto à Secretaria de Saúde, e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador. Se o senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para o pesquisador responsável, no telefone 33406863, do Núcleo de Estudos sobre Saúde Pública, da UnB.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____