



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

da Fonseca Viegas, Selma Maria; Azevedo Hemmi, Ana Paula; Veloso Santos, Regiane;
de Mattos Penna, Cláudia Maria

O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte
Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 769-784
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838228005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

*O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte**

I¹ Selma Maria da Fonseca Viegas, ² Ana Paula Azevedo Hemmi,

³ Regiane Veloso Santos, ⁴ Cláudia Maria de Mattos Penna I

Resumo: Trata-se de um estudo de caso qualitativo que discute o trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde e como seus princípios se operam no cotidiano dos serviços que compõem sua rede hierarquizada. Objetivou compreender integralidade, equidade e resolutividade nas ações cotidianas de gestores e profissionais de saúde em Belo Horizonte-MG. Constatou-se que “cuidado como fazer cotidiano” e “acolhimento, vínculo e acesso” foram temas incorporados pelos profissionais no desenvolvimento do seu trabalho. A partir dos resultados, percebeu-se uma interposição das situações de urgência e emergência em detrimento das atividades programadas. Além disso, a administração desse processo de trabalho é direcionada pelo conhecimento técnico-estruturado interferindo na qualidade da assistência à saúde. Nesse sentido, o processo de produção do cuidado deve ser pensado em seu microespaço, ressaltando-se o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização no sentido de se garantir uma rede de cuidados pertinente e acessível àqueles que necessitem transitar por ela. É preciso que se eliminem as fragmentações presentes tanto na forma de organização dos serviços de saúde quanto nas práticas cotidianas dos profissionais, para se oferecer uma assistência integral, resolutiva e para se humanizarem essas práticas, visando sempre à qualidade de vida da população e à saúde enquanto direito de cidadania.

► **Palavras-chave:** assistência integral à saúde, serviços de saúde, Sistema Único de Saúde.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Bolsista FAPEMIG. Membro efetivo do Núcleo de Pesquisa em Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde (NUPCCES). Endereço eletrônico: selmamfv@yahoo.com. brselmamfv@yahoo.com.br

² Enfermeira. Bolsista FAPEMIG do Projeto Metodologia de Gestão do Cuidado da Empresa GSS. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem – UFMG. Membro efetivo do NUPCCES.

³ Enfermeira da ESF Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem – UFMG. Especialista em Saúde da Família. Membro efetivo do NUPCCES.

⁴ Docente – Adjunto III. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFMG. Doutora em Filosofia da Enfermagem – UFSC; Pós-doutorado em Ciências Sociais – Université René Descartes – Paris V – Sorbonne. Coordenadora do NUPCCES.

Recebido em: 31/08/2009.
Aprovado em: 30/04/2010.

*O presente artigo é parte de um Projeto de Pesquisa intitulado “Integralidade, Equidade e Resolutividade nas Ações Cotidianas de Gestores e Trabalhadores do Setor Saúde: Um Estudo de Caso na Rede Hierarquizada de Saúde do Município de Belo Horizonte”, financiado pelo CNPq - Processo 403342/2004.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) objetivou alterar a situação de desigualdades, na assistência à saúde, da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, as ações e os serviços públicos de saúde passam a integrar “uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizada conforme as diretrizes da descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988, Art.198). Em duas décadas de implantação do SUS, houve avanços no setor, que teve como base operacional a descentralização da gestão. Mas sua implantação ainda se depara com dificuldades, tais como a insuficiência de recursos financeiros e a formação de profissionais em dissonância com o atual modelo de vigilância à saúde (MACHADO et al., 2007).

Para contornar tais dificuldades, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, desde 1998, vem discutindo fundamentos para o atendimento do setor saúde, embasados na integralidade das ações a partir do trabalho em equipe, com respaldo do gestor local e participação da população. Nesse processo de discussão, aborda-se a intersetorialidade e busca-se o entendimento de quem são os reais parceiros na concretização da resolutividade para as iniquidades em saúde da população atendida.

O projeto municipal iniciou-se com a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS/Programa BH Vida, em 2000 e culminou com a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2002. O Programa intitulado BH Vida: Saúde Integral, da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), foi proposto para o enfrentamento de problemas evidenciados, quais sejam “na estrutura física e recursos logísticos da rede, na questão dos recursos humanos em todas as suas dimensões (contratação, formação, desenvolvimento e gestão do processo de trabalho) e na organização local do processo assistencial” (BELO HORIZONTE, 2003, p. 2).

Esse Programa busca uma assistência integral, a partir da reorganização dos processos de trabalho na atenção básica à saúde que se configura como a porta de entrada preferencial da população nos serviços (BELO HORIZONTE, 2006). Além disso, as ações em saúde devem seguir diretrizes que abarcam o acolhimento enquanto espaço de inter-relações dos atores, no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nas Equipes de Saúde da Família,

bem como a vinculação e a corresponsabilização de profissionais e usuários. A continuidade da assistência, no entanto, deve ser garantida em outros níveis de atenção, uma vez esgotadas as possibilidades do primeiro nível de assistência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Integralidade, equidade e resolutividade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso na rede hierarquizada de saúde do município de Belo Horizonte”. Teve como objetivos: compreender integralidade, equidade e resolutividade, nas ações cotidianas de gestores e profissionais de saúde que integram a rede hierarquizada de saúde de Belo Horizonte; analisar integralidade, equidade e resolutividade nas ações cotidianas de gestores e de equipes de saúde dos diferentes níveis hierarquizados do setor saúde; Identificar ações integrativas e resolutivas intersetorialmente na prática cotidiana de gestores e equipes de saúde. Neste trabalho, se abordará como os princípios de integralidade, equidade e resolutividade se inter-relacionam e se imbricam no trabalho cotidiano em saúde de profissionais e gestores da rede hierarquizada de Belo Horizonte.

Metodologia

Para se compreender integralidade, equidade e resolutividade nas ações cotidianas de gestores e profissionais de saúde da rede hierarquizada de Belo Horizonte, optou-se pelo estudo de caso de caráter qualitativo (YIN, 2005), fundamentado na Sociologia Compreensiva (MAFFESOLI, 1988, 1996, 1998).

Na pesquisa qualitativa, há sempre uma relação entre o fenômeno que se mostra e o sujeito que o vivencia. Segundo Maffesoli (1988, p. 25), a pesquisa qualitativa “descreve o vivido naquilo que é, contentando assim, em discernir as visadas dos diferentes atores envolvidos”. Busca entender o dado social, relativizando-o, pois este, fundamentado no aqui e agora, possui diversas interpretações, várias nuances.

A sociologia compreensiva propõe a subjetividade como fundante de sentido e a defende como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo. Não se preocupa com os processos de quantificação, mas em explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade criadora, efetiva e racional. O universo das investigações qualitativas são o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2006). Para Maffesoli (1996, p. 73), “a sociedade não é apenas um

sistema mecânico de relações econômico-políticas ou sociais, mas um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social”. O autor considera que, no cotidiano da existência das pessoas, as coisas não acontecem com a formalidade que a organização e o discurso dos teóricos querem que aconteçam, “o que permite as várias nuances que ocorrem das macroestruturas às microestruturas, tentando relativizar as duas” (PENNA, 1997).

O estudo de caso, segundo Yin (2005), apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e que podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo. O estudo de caso, ainda segundo o autor, é utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo para a compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real.

Buscou-se, neste estudo, alcançar o nível individual considerando-se as ações desenvolvidas por 31 trabalhadores dos serviços de saúde de Belo Horizonte que interagem com a população assistida, construindo realidades sociais diferenciadas. O cenário de estudo foram instituições de saúde do município, como unidades básicas, pronto-atendimento, policlínicas, hospitais de médio e grande porte.

Um dos critérios preliminares de escolha dos sujeitos foi ter, no mínimo, dez anos de trabalho em qualquer setor da rede, pois, se ainda não eram trabalhadores quando da implementação do SUS em Belo Horizonte, estavam se graduando em um momento de transição. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio de entrevistas, em seu setor de trabalho, podendo inclusive indicar outros colegas. Cada convidado foi informado sobre o objetivo da pesquisa e sobre os procedimentos.

Antes do início das entrevistas, os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, conforme os princípios legais e éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas foram individuais fundamentadas em um roteiro básico de perguntas a partir das seguintes questões norteadoras: o que você compreende por integralidade, equidade e resolutividade em saúde? Como você pensa que esses

princípios estão inseridos em sua prática cotidiana? Como você percebe o trabalho em equipe de seu setor? Como você vê a intersetorialidade em seu trabalho?

Posteriormente, as entrevistas foram analisadas conforme a análise de conteúdo (BARDIN, 2008) seguindo aos itens: pré-análise – transcrição das entrevistas, leitura flutuante e globalizada das mesmas; exploração do material baseada na codificação e categorização, segundo o critério semântico; inferência e interpretação dos resultados.

Os fragmentos de entrevistas citados neste estudo foram codificados, conforme o profissional entrevistado: AE (auxiliar de enfermagem), G (gerente), TE (técnico de enfermagem), E (enfermeiro), M (médico), AS (Assistente Social). Após a identificação do profissional, segue-se a identificação do serviço onde trabalha: CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), URS (Unidade de Referência Secundária), UBS (Unidade Básica de Saúde), UPA (Unidade de Pronto-Atendimento).

O fazer cotidiano em saúde

O cotidiano dos serviços de saúde pode ser um espaço privilegiado de produção do cuidado ou se restringir a executar o trabalho em saúde de modo enrijecido, guiado somente por conhecimentos técnico-estruturados conforme os relatos:

Eu trabalho no CERSAM, referência de saúde mental. Eu sou auxiliar de enfermagem e trabalho na farmácia. Separo a medicação dos pacientes para levar para casa e para ser administrada no dia pro paciente. E a gente atende paciente com sofrimento mental. Só. E cuidar do paciente na observação, administração de medicamentos, controle de sinais vitais **(AE CERSAM)**.

Aí a gente agenda, marca dia e hora, a gente orienta quanto ao jejum, quanto a vir acompanhado, a duração da cirurgia... Essas coisas **(AE PAM)**.

Pode-se observar um enfoque nos aspectos objetivos da assistência, o que reflete a organização do processo de trabalho vigente e os princípios que norteiam sua prática. O trabalho cotidiano em saúde é um fator importante, principalmente se se considera que a implantação das diretrizes do atual modelo de saúde se dará a partir da micropolítica de trabalho dos profissionais que fundamenta sua prática cotidiana (MERHY, 2003).

Maffesoli (1998, p. 175) afirma que a “ênfase à vivência possibilita o reconhecimento dos elementos subjetivos que compõem os fenômenos sociais,

construídos por indivíduos que estão, constantemente, em inter-relação”. Entretanto, muitas vezes, o que acontece na operacionalização do cuidado, é um distanciamento dos seres humanos que apresentam algum tipo de sofrimento, em decorrência da valorização dos mecanismos produtores de doença (SILVA JUNIOR et al., 2005).

Em meio ao grande espectro de atribuições do trabalho cotidiano, os profissionais se deparam com uma alta demanda espontânea e os cidadãos são acolhidos nas “portas de entrada” do setor saúde:

Olha, trabalhamos com as portas abertas acolhendo todos que chegam até a nossa Unidade, e tem diferentes entradas, pode vir direto aqui, vai na recepção, vai na farmácia, vai na vacina, você vê aí que o Centro de Saúde tem três portas. Então, estamos aqui o dia todo, a postos, ouvindo a população e tentando oferecer esse serviço (G UBS).

[...] eu tento organizar a Unidade, dentro dessa lógica, primeiro, a questão do acolhimento, entendendo o acolhimento não como um procedimento, mas como uma postura, porque acolher não é um procedimento que você faz durante o seu dia, você tem uma postura de acolher. Entendendo que as pessoas têm direitos e que acolher não significa responder à demanda da forma como ela é colocada. Então, eu tento organizar, entender o serviço como um serviço de porta aberta, mas que tem limite, que tem que atender dentro de prioridades e com uma organização (G UBS).

A partir deste último relato, percebe-se uma preocupação em ouvir as pessoas que procuram a UBS. No entanto, há o reconhecimento de uma limitação que talvez se relacione ao grande número de usuários que procuram o serviço ou mesmo às deficiências quanto aos diversos recursos necessários ao cuidado da população. É expresso um entendimento de que o acolhimento deve partir de uma postura acolhedora e visa a uma compreensão abrangente das necessidades dos usuários. Ressalta-se que isso deve ser feito por meio da reorganização e da pactuação do processo de trabalho, a partir da integração dos profissionais dos serviços para oferecer uma assistência de qualidade (MALTA; MERHY, 2003).

É importante compreender que o acolhimento se caracteriza pela capacidade de escuta diferenciada que valoriza uma *dimensão dialógica do encontro* e que tem relevância dentro das propostas atuais de humanização da saúde. “Então, não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta que se estabelece em interação” (AYRES, 2004, p. 23). O acolhimento é o primeiro movimento para a efetivação das mudanças necessárias à reorientação do modelo assistencial, e a partir do *acolher* podemos perceber uma articulação implícita com o princípio da equidade. Uma vez que o acesso das pessoas está garantido,

porém é a escuta desses profissionais que possibilita perceber e identificar as diferentes necessidades para assistir com prioridade (SOUZA, 2007).

As limitações do processo de trabalho cotidiano inscrevem-se em um momento de mudança de modelo assistencial, exigindo grande esforço para a reorientação das práticas, a fim de que se consolidem as propostas do SUS. Isso representa um desafio, na medida em que a realidade atual requer que os serviços de saúde sejam capazes de acolher um grande número de pessoas que procuram e demandam atendimento imediato:

A demanda é grande, se tivesse como avisar ao paciente toda vez que o atendimento fosse demorar, seria muito bom. A demora é enorme. A demora podia ser menor. Se o médico não avalia, o paciente fica muito tempo esperando (**TE UPA**).

Nesse contexto, vê-se que se interpõem, no cotidiano de trabalho, as situações de urgência e emergência nos diferentes níveis de atenção à saúde:

Aqui, a gente dá muita atenção de urgência [...] Tento fazer uma corrida de leito, mas quando estou na porta e tem um paciente na urgência, eu fico com ele por mais tempo e depois faço uma lista dos pacientes para localizar alguém e qual é mais ou menos o quadro. Vou no PA, vejo se está tudo bem e fico na urgência (**E UPA**).

O CERSAM é uma prática desgastante, porque a gente tem um número excessivo de pacientes. Um número pequeno de profissionais, né? Meu trabalho é atender as urgências psiquiátricas, os pacientes da permanência-dia e os pacientes do ambulatório que já estão na transição para o Centro de Saúde (**M CERSAM**).

Atender priorizando agudo, por exemplo, priorizando às vezes, mas tentando organizar e com vinculação. O que a gente tem tentado discutir aqui, agora, é a questão da vinculação com as áreas de abrangência (**G UBS**).

Percebe-se que os profissionais, responsáveis diretos pelos cuidados, se organizam para atender as pessoas conforme as necessidades de saúde apresentadas. E, segundo Schraiber et al. (1999), a priorização dos casos de urgência e emergência relaciona-se com a responsabilização pela defesa da vida das pessoas que procuram os serviços de saúde em situação de risco. No entanto, quando há escassez de recursos humanos, esses casos podem comprometer a realização de atividades programadas, nos diversos Serviços de Saúde.

Além disso, o último relato traz à tona uma das premissas básicas da ESF que diz respeito ao estabelecimento de vínculo entre as equipes e a população adscrita (BRASIL, 1997). Segundo Franco et al. (2007), em todos os encontros que ocorrem no trabalho em saúde, desenvolvem-se processos tecnológicos que visam

a produzir relações de escutas e responsabilizações, articuladas com a construção de vínculos e intervenções que atuam sobre as necessidades com o intuito de controlar o sofrimento e/ou produzir a saúde.

Identificaram-se, nos relatos, tarefas que se repetem e que, consequentemente, configuram o trabalho em saúde. Segundo Maffesoli (1988), o cotidiano pode nos apresentar acontecimentos que passam despercebidos, mas que, por sua vez, são importantes para configurarem uma macroestrutura. Por exemplo:

[...] eu faço punção venosa, soroterapia, administração de medicação. Ah, é só mesmo. Atualmente, estou na triagem, olhar temperatura e pressão (**TE UPA**).

[...] participação de grupos, a gente realiza grupos de hipertensos, diabéticos, grupos de educação alimentar, na participação junto com as enfermeiras. Na organização do PSF, eu trabalho junto com os ACS (**AS UBS**).

A realização do trabalho, descrita acima, aponta que as ações se distanciam do trabalho integral, as tarefas são pontuais e fragmentadas. Não se menciona a integração. Segundo Malta e Merhy (2003), a produção da alienação é uma questão a ser discutida no processo de trabalho em saúde, uma vez que a fixação do profissional em alguma etapa desse processo, com repetição mecânica de atos parciais, leva à alienação e à perda da visão do todo e de como o trabalho de cada um está inserido nesse todo.

Nesse sentido, gerir o trabalho em saúde rumo à integralidade da atenção e do cuidado em saúde requer uma reflexão crítica acerca das características dos processos ali desenvolvidos, os quais explicitam as fragmentações presentes nas práticas individuais dos profissionais e os modos de sua organização nos serviços de saúde, seja na identificação das necessidades, seja nas formas de responder a elas (PINHEIRO et al., 2005, p. 24).

É importante observar-se, que outros profissionais, ao descreverem o trabalho cotidiano, introduzem expressões que apontam o desejo de realizar as tarefas conforme o ideal:

É complicado, primeiro que o enfermeiro aqui fica pouco na assistência e muito na burocracia. Muito preso em administrativo. Nossa Senhora, demais! (...) As questões administrativas dando pouco tempo para atender os pacientes. Quando eu chego, tento fazer corrida de leitos, mas nem sempre consigo fazer exame físico em todo mundo, dar aquela assistência... (**E UPA**).

Nesse discurso, há um reconhecimento implícito de que é preciso realizar tarefas, que são superpostas por outras que advêm do cotidiano de trabalho. Isso reforça uma

das propostas do BH Vida: Saúde Integral referente à contratação de profissionais, pois a escassez de recursos humanos prejudica o trabalho da enfermagem, levando a uma sobrecarga que os faz priorizar entre o assistir e as atividades administrativas, sendo que ambos são fundamentais no cuidado prestado. O trabalho da enfermagem, além de assistencial, é permeado por questões relacionadas ao planejamento e à organização dos serviços. O fato de possuir conhecimentos específicos na área de administração tem contribuído positivamente no reconhecimento do profissional enfermeiro, reforçando sua identidade profissional e social (BRITO, 2004). No entanto, a predominância do administrativo em detrimento do assistencial ou vice versa, tende a comprometer o cuidado prestado.

Outro aspecto percebido no cotidiano de trabalho dos profissionais, e que também interfere na resolutividade do serviço, é o absenteísmo.

Quando chego, confiro o pessoal, pois a inadimplência é imensa, a gente trabalha a conta, então, quando falta, o problema é enorme. E aqui a gente tem outro problema: a maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem são efetivos e eles se sentem respaldados e seguros por serem efetivos. Então, eles te peitam, não querem fazer nada a mais, nem o serviço deles. Então, quando falta alguém eles são os primeiros a vir atrás da gente, sabe? Eu sempre confiro a equipe e ligo pra alguém pra vir. Como eu fico na urgência sem nenhum auxiliar de enfermagem? (E UPA).

O profissional apresenta uma possível justificativa para o absenteísmo: *serem efetivos*. Segundo um estudo realizado por Silva et al. (2006), existe tamanha complexidade sobre esse tema, uma vez que se refere a diversas causas e elementos contraditórios, com numerosas motivações e consequências, que traduz uma relação do ser humano com a sociedade. Portanto, o absenteísmo pode ser tratado como um sintoma que esconde suas verdadeiras causas e, assim como se deve adotar o acolhimento para com os usuários, os profissionais precisam atentar para uma escuta mútua entre si.

Além da escuta mútua entre os profissionais do serviço, percebe-se que órgãos de proteção ao trabalhador também precisam dialogar com os mesmos, visto que o cotidiano de trabalho também é permeado por violência. Esse atendimento pode ser comprometido quando o profissional se encontra em riscos perante sua atuação, agindo sob medo, sujeito à violência e opressão:

É muito complicado! Aqui, por exemplo, temos que priorizar umas coisas que não priorizaríamos em outra situação. Hoje, aconteceu de chegar um traficante aqui. A Ventosa está em guerra, e ter que atendê-lo imediatamente até para a gente se livrar do problema. O paciente falou que o povo vai vim atrás de mim, que vai chegar todo

mundo armado. O paciente falou: estamos em guerra, matamos tantas pessoas e ele vai vim atrás de mim. Tomou dois tiros e está com dois cortes imensos na perna por facada. Aí, a gente liga pra polícia e ela fala assim: eles estão aí? Não? Então a gente não vai. Então, o que é que a gente faz? Então, passa ele na frente de todo mundo, o atende primeiro e libera rápido. O cirurgião falou que nunca fez uma sutura tão rápida! Eles passam na frente do SAMU, entendeu? Ignorou qualquer princípio pra salvar a nossa pele. E acontece muito isso aqui. Aconteceu outro dia o paciente entrar aqui e quebrar a bancada de mármore (**E UPA**).

Pode-se constatar a desproteção dos profissionais de saúde que necessitam abdicar dos pressupostos da assistência, como a equidade, em determinados momentos, para assegurar a própria vida. A violência no local de trabalho, em qualquer de suas manifestações, pode ter efeito devastador e de longa duração nas pessoas afetadas. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho, a origem da violência obedece a uma combinação de causas relacionadas às pessoas, contexto ambiental, condições de trabalho e à interação dos trabalhadores entre si e com os seus empregadores. Mesmo considerando que as organizações de trabalho deveriam cumprir um papel protetor – principalmente nas instituições de saúde das quais se espera a proteção dos danos que ameaçam a vida humana – isso nem sempre ocorre (COSTA; MARZIALE, 2006).

O cotidiano, nas diferentes instituições que compõem a Rede Hierarquizada do SUS em Belo Horizonte, pode ser percebido, por meio do discurso dos profissionais de diferentes maneiras. Conforme afirma Maffesoli (1988), isso se relaciona aos fenômenos sociais, aos caracteres essenciais, aos resíduos que dão relevo à variedade de fenômenos sociais. E para que esse relevo seja perceptível no mundo social, as pessoas lhe dão forma, a partir de suas subjetividades, de suas experiências, de seus cotidianos. A maneira como enfrentam o dia a dia, como lidam com os usuários, é que conforma o sistema de saúde.

Os relatos que se seguem apresentam como as atividades dos trabalhadores são realizadas no dia-a-dia e como essas ações caracterizam amplamente o sistema de saúde a partir desse cotidiano e dos diferentes profissionais:

Eu chego e vou fazer atendimento de coleta. (...) eu tento envolver mais profundamente no processo de coleta, uma vez que eu sou responsável tecnicamente por esse processo. Depois da coleta, eu vou pro acolhimento (**E UBS**).

[...] eu tenho que gerenciar a Unidade de Saúde, gerenciar os trabalhadores da Unidade e o processo de trabalho da Unidade. E no meu cotidiano eu acabo resolvendo os problemas, é isso que eu faço na maior parte do tempo. Na verdade, minha equipe é

o Centro de Saúde inteiro, então eu trabalho com a equipe toda junta, então, eu tento o tempo inteiro formar essa questão da parceria (G UBS).

Essas falas mostram tentativas de maior envolvimento com o trabalho na busca de parcerias, visando a sua qualidade e, conseqüentemente, um trabalho em equipe de forma integral. Isso faz refletir sobre o “autogoverno” que os profissionais de saúde têm sobre sua atuação enquanto cuidadores (MERHY, 1997). Nota-se que os profissionais de saúde, ao desenvolverem seu trabalho, podem ou não seguir as diretrizes e princípios que, legalmente, norteiam suas práticas. Isso evidencia a importância de maior investimento e preparo dos profissionais de saúde para atuarem no âmbito do SUS.

Ao adotarem o discurso “eu tento”, “eu acabo resolvendo os problemas”, eu tento o tempo todo formar parcerias”, esses profissionais denotam a busca de resolutividade em suas ações diárias. A resolutividade desses serviços pode ser compreendida nos relatos de atender à demanda e de organizar o serviço para o atendimento desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.

Segundo Turrini et al. (2008, p. 664):

a resolutividade tem sido discutida com diferentes abordagens, mais ou menos abrangentes e, portanto, poder-se-ia dizer que ela depende de quem avalia e o que se avalia no momento. Reunindo-se os diferentes enfoques é possível dizer que a resolutividade envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e sócio-econômicos da clientela, entre outros.

Por fim, torna-se fundamental ressaltar a intersetorialidade que precisa ser reconhecida enquanto ferramenta primordial para o alcance de bons resultados no campo da saúde.

Então, assim, eu trabalho aqui nesse Centro de Saúde tem 14 anos e o que eu atendo, vamos dizer assim, dos 80% é mais problema social do que problema de doença realmente. Então, são crianças com problema de escolaridade, com problema de nutrição, com problema de má higiene. Então, são coisas bem básicas mesmo... é mais uma questão de você pegar o básico do que você tá tratando realmente (M UBS).

O discurso precedente demonstra que não há possibilidade de continuar desenvolvendo o trabalho em saúde restrito ao campo de atuação desse setor, que não consegue, isoladamente, dar respostas ao grande espectro de necessidades dos usuários.

Segundo Penna et al. (2007), a intersetorialidade é o caminho possível de superarmos as mazelas dos Serviços de Saúde. Para isso, é necessário que os profissionais possam ir além dos encaminhamentos, das ações pontuais e individuais para que as respostas dadas aos usuários sejam de fato resolutivas.

Mendes (1996) identifica a intersetorialidade juntamente com o território e os problemas de saúde, como um dos pilares básicos da nova prática da vigilância à saúde. Refere que a intersetorialidade “busca unidade do fazer, e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana”, exigindo “a solidariedade de distintos setores”, para a complementação da ação.

Depreende-se, a partir da vivência desses trabalhadores e construtores ativos do sistema de saúde, que os mesmos norteiam suas ações conforme os princípios e diretrizes do SUS. Porém, o cotidiano, o território, as pessoas apresentam-se de maneira imprevisível, que faz com que os profissionais reajam conforme cada encontro.

Considerações finais

O SUS representou um grande avanço na política de saúde brasileira na medida em que se constituiu num modelo assistencial voltado para a defesa da saúde e da vida das pessoas. No entanto, ainda se encontra em processo de construção no cotidiano dos serviços de saúde.

O direito do cidadão brasileiro à saúde, impulsionado na Reforma Sanitária brasileira e instituído pela Constituição Federal de 1988 em um sistema de saúde único, universal e equânime, traz, hoje, avanços e desafios em sua construção cotidiana. Essa construção, por sua vez, é fortemente dependente do desempenho gerencial, da organização do processo de trabalho cotidiano e da interdisciplinaridade. O trabalho em saúde não é completamente controlável ou previsível, pois se pauta em relações interpessoais, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática (FEUERWERKER, 2005).

Na experiência diária, os profissionais da rede hierarquizada de Belo Horizonte demonstram, em seus relatos, uma priorização do cuidado como “o fazer em saúde” sem articulação com alguns princípios do SUS. Deve-se pensar essa desarticulação no contexto do Sistema de Saúde como um todo, em que a dimensão profissional-

usuários necessita se comunicar com a dimensão organizacional, para uma efetiva gestão do cuidado (CECÍLIO, 2009). Entretanto, não se pode negar que a equidade, a integralidade e a resolutividade encontram-se imbricadas nesse fazer cotidiano, ora pela presença, ora pela ausência. Pela presença, quando alguns discursos mostram que a porta da Unidade se mantém aberta todo tempo e que o acesso é para todos. E na constatação de que não se pode atender mais apenas o corpo físico, denotando que, aliado ao físico, encontram-se o social e o cultural. Pela ausência, ressaltam-se a fragmentação das ações cotidianas, a falta de tempo de cuidar como se gostaria, como o desejado, a separação entre administrar e cuidar.

Na presença, são descritos; na ausência, propõe-se a reflexão sobre o que poderia ser melhorado, de que forma a equidade e a integralidade podem apresentar-se para que o trabalho cotidiano em saúde seja resolutivo.

Considera-se a necessidade de um esforço e de diálogo entre gestores, trabalhadores da saúde, estudantes e movimentos sociais a fim de se garantir o direito à saúde. Nesse sentido, o processo de produção do cuidado deve ser pensado em seu micro-espço de produção no qual se ressaltam o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização dos Serviços e dos profissionais de saúde para com os cidadãos, mas também no sentido de se garantir uma rede de cuidados pertinente e acessível àqueles que necessitem transitar por ela.

É preciso permitir um processo criativo na inter-relação profissional-usuário-gestor, eliminando possíveis fragmentações presentes, tanto na organização dos serviços de saúde, quanto nas práticas cotidianas dos profissionais que atuam nesses Serviços. Isso promove uma assistência integral e resolutiva, humaniza as práticas de saúde priorizando a qualidade de vida da população e a saúde enquanto direito de cidadania.

Referências

- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13. n. 3, p. 16-29, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008. 281 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *BH-Vida: Saúde Integral*. 3ª versão. Belo Horizonte, março 2003. 158 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *A atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local*. Belo Horizonte, maio 2006. 172p..

BRASIL. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal. 1988. p.133-4: Seção II. Da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997. 36p.

CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. Botucatu. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo98pdf>>. Acesso em: 21 maio 2009. Prépublicação.

BRITO, M.J.M. *A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte*. 2004. 393p. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

COSTA, A.L.R.C; MARZIALE, M.H.P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 59, n. 3, maio/jun. 2006.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 18, set./dez. 2005.

FRANCO, T.B et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p. 37-54

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p.125-134

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAFFESOLI, Michel. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 1998. 207 p.

MAFFESOLI, Michel. *No fundo das aparências*. Petrópolis: Vozes, 1996. 350 p.

MAFFESOLI, M. *O conhecimento comum*: compêndio de sociologia compreensiva. São Paulo: Brasiliense, 1988. 294 p.

MALTA, D.C. MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde- revendo alguns conceitos. *Rev. Mineira de Enfermagem*, v. 7, n. 2, p. 61-66, 2003.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112
- MERHY, E.E. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. 296 p. ilus. (Saúde em debate, 155).
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.
- PENNA, C. M. M. *Ser saudável no cotidiano da favela*. Pelotas: UFPEL, 1997. 155p.
- PENNA, C. M. M. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 80-88, jan./mar.2007.
- PINHEIRO, Roseni et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 11-31.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.
- SILVA JUNIOR, A.G. et al. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 77-89.
- SILVA, L.S.; PINHEIRO, T.M.M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho: sintoma ou doença? *Rev Med Minas Gerais*, v. 15, n. 4, supl 2, p. 67-72, 2006.
- SOUZA, R.R. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v. 41, n.esp, p. 765-770, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea03.pdf> >. Acesso em: 19 dez. 2009.
- TURRINI, Ruth N. T.; LEBRAO, Maria L.; CESAR, Chester L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Abstract

The citizen's daily care at the public health service in Belo Horizonte city

This is a qualitative case study which discusses the work in the context of the Unified Health System and how its principles occur in the daily services within its stratified network. It aimed to understand integral care, equity and resolution in the daily work of health managers and professionals in Belo Horizonte. We noticed that aspects like “Care about how to do everyday actions” and “Welcoming reception, link and access” would be incorporated into the professionals’ work development. From the results, it was found out that urgency and emergency situations were intervened to the detriment of the programmed tasks. Furthermore, the work process management is conducted by technical-structured knowledge which interferes in the quality of health care. In this aspect, the care production process should be thought about its micro space emphasizing the harboring, the link settled up and the responsibility for assuring a suitable and accessible care network for those who need to go through it. It is necessary to eliminate the fragmentation seen in the health services organizations and also in the professionals’ daily tasks, so as to offer a full and resolute assistance and to show some humanity towards these tasks aiming a better population’s quality of life and health as a citizenship right.

► **Key words:** integral health care, health services, Unified Health System.