



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**JOSÉ DE SIQUEIRA GONÇALVES JÚNIOR**

**O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E SEUS MODOS DE FAZER JUNTO A  
GESTORES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PERNAMBUCANO**

**RECIFE-PE**

**2023**

JOSÉ DE SIQUEIRA GONÇALVES JÚNIOR

**O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E SEUS MODOS DE FAZER JUNTO A  
GESTORES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PERNAMBUCANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador (a): Maria Beatriz Lisbôa Guimarães

RECIFE

2023

Catálogo na fonte:  
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

G635o      Gonçalves Junior, José de Siqueira.  
              O cuidado integral em saúde e seus modos de fazer junto a gestores de um  
              município do interior pernambucano / José de Siqueira Gonçalves Júnior – 2023.  
              94 p.

              Orientadora: Maria Beatriz Lisbôa Guimarães  
              Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de  
              Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2023.  
              Inclui referências e apêndices.

              1. Gestão de serviços de saúde. 2. Gestor de saúde. 3. Globalidade dos cuidados.  
              Guimarães, Maria Beatriz Lisboa (orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 209)

José De Siqueira Gonçalves Júnior

**O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E SEUS MODOS DE FAZER JUNTO A  
GESTORES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PERNAMBUCANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em: 27/06/2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Maria Beatriz Lisboa Guimarães (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Camila Pereira Abagaro (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>º</sup>. Dr. Darlindo Ferreira de Lima (Examinador externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE

2023

## AGRADECIMENTOS

Até parece que os agradecimentos são a parte mais livre da dissertação. Embora que liberdade nos deixa um pouco perdidos, né? Fui no Google, pesquisei por modelos de agradecimentos e no final acabei refletindo que às vezes a gente consegue fazer algo mais complexo como uma dissertação, mas se sente confuso na hora de agradecer. Pensando um pouco mais sobre isso, talvez eu tenha perdido um pouco a habilidade de agradecer pelas coisas que tenho na “correria do dia a dia” e me senti um pouco desorientado quanto a isso.

Por falar em orientação ou não, começo aqui citando minha orientadora Beatriz, tem gente que a chama de Bia, mas eu chamo de Beatriz mesmo (também não desenvolvi tanta intimidade rrsrs). Alguns mestrandos brincam que há orientadores e desorientadores, Beatriz pra mim foi uma grande orientadora. Desde o princípio acolheu minha proposta de pesquisa, topou embarcar junto nessa aventura e me deixou livre para Ser. Acredito que isso foi o que inclusive me permitiu sentir que esse filho (ops, eu quis dizer dissertação rrsrs) fosse sentido como meu/minha. Será que foi Deus quem a colocou no meu caminho?

Bem, nos modelos que eu vi na internet, eu percebi que quase todo mundo agradece a Deus, pois bem, vou dedicar um parágrafo aqui também. Particularmente, me sinto mais a vontade de chamar de “Universo”. Sou grato ao Universo por propiciar as causas e condições necessárias para que eu viesse ter recursos dos mais diversos para concluir mais essa etapa da minha vida. No final das contas, para se concluir um mestrado em 2 anos, vários macro e micro processos cósmicos precisam convergir para que consigamos terminar sem nenhuma perda e vou lhes dizer, nesses últimos 2 anos eu mais ganhei do que perdi. Sou muito grato por isso.

Em relação aos micro processos acredito que a família é uma base importante, não sou de gostar de citar nomes mas esses eu cito porque são excepcionais. Ao meu pai José de Siqueira, a minha Mãe Lúcia Alves e meu irmão Lucas Siqueira, toda gratidão por me ajudarem nessa caminhada nem sempre tão doce que é a vida.

Também agradeço a todos aqueles que passaram pela minha vida e que de alguma forma aprendi com eles. Seja um conceito, uma ideia, um olhar, um posicionamento ou até aqueles que me ensinaram como não fazer (rrsrs). Sou grato a todos vocês.

Agradeço ao pessoal (em alguns casos bons amigos também) do meu trabalho, por que além desse, também funcionou como lugar dessa pesquisa a qual me interessei genuinamente por

executar. Destacando aqui que além de amigos de trabalho, em alguns momentos, foram colaboradores para essa pesquisa acontecer.

Gostaria de agradecer também aos professores do PPGSC por toda contribuição à formação dos meus colegas e minha. Assim como a secretaria do curso na figura de Afonso que teve um papel fundamental no auxílio de nossas angústias (principalmente com o SIGAA rrsrs). Ainda nessa, gostaria de agradecer aos professores externos que deram sua contribuição ao programa e na minha formação

No início dessa pesquisa, havia uma secretária de saúde que no gabinete dela tinha letras grandes em seu birô que formavam a palavra G R A T I D Ã O. Além disso, nas *lives* que ela fazia, ela sempre iniciava dizendo: a palavra de hoje é gratidão.

Hoje, não iniciando, mas finalizando. Termino os agradecimentos dizendo:

A palavra de hoje é...

**GRATIDÃO!**

## **A fábulas de Hygino**

"Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

"Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa "terra fértil".

Versão livre em português, da original em latim de Gaius Julius Hyginus, extraída na íntegra do livro Saber Cuidar(BOFF, 2011, pág. 46);

## RESUMO

Existem plurais formas de compreender o cuidado integral em saúde. A noção de cuidado se faz presente em vários elementos, desde a sua compreensão teórica à sua prática. O presente artigo objetiva discutir as compreensões de gestores da saúde pública em um município do Nordeste Brasileiro. Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória. Quanto à coleta de dados, foi realizada a partir do método cartográfico. Entrevistou-se nove indivíduos assumindo cargos de coordenação de políticas e programas da saúde no Departamento de Atenção à Saúde de uma secretaria municipal de saúde de uma cidade do interior pernambucano situada à 45km da capital do estado. O período das entrevistas aconteceu entre outubro e dezembro de 2022. O instrumento de coleta foi viabilizado a partir de entrevista semiestruturada. O aprofundar metodológico, relativo à análise dos dados, se apoiou na análise de conteúdo proposta por Bardin possibilitando a identificação dos sentidos e significados imersos no diálogo. A partir dessa pesquisa foi possível ter contato com as expressões do cuidado manifestas por esses gestores. Há cuidado na hora de acolher, de escutar, de dialogar, de lidar consigo mesmo, com seus familiares e com as coisas do mundo da vida. Há uma perspectiva diferenciada ao compreender o cuidar de si enquanto dimensão essencial para cuidar do outro e o cuidar do outro pode ser uma via para o autocuidado. Também há cuidado no momento de manusear sistemas de informação em saúde por lidar com dados que também orientam práticas em saúde ou que podem interferir no financiamento dos serviços. Assim como, existe cuidado na hora das trocas e diálogos com os diversos atores do SUS, considerando seus conflitos, negociações e tensionamentos. Esse movimento pendular do cuidado, acontece na vida dos gestores nem sempre de forma saudável, pois a dedicação exagerada à gestão dos serviços de saúde tem potencial de desbalancear a dinâmica do cuidar de si para cuidar do outro, passando a cuidar demasiadamente dos outros e esquecer de cuidar de si. Contudo, é possível evidenciar o cuidado no âmbito de uma secretaria municipal de saúde, o cuidado se faz presente nesse espaço.

**Palavras chaves:** gestão de serviços de saúde; gestor de saúde; globalidade dos cuidados.

## **ABSTRACT**

There are multiple ways of understanding comprehensive health care. The notion of care is present in several elements, from its theoretical understanding to its practice. This article aims to discuss the understandings of public health managers in a municipality in the Brazilian Northeast. It was a study with a qualitative approach of the descriptive and exploratory type. As for data collection, it was carried out using the cartographic method. Nine individuals were interviewed assuming positions of coordination of health policies and programs in the Department of Health Care of a municipal health secretariat in a city in the interior of Pernambuco located 45 km from the state capital. The interview period took place between October and December 2022. The collection instrument was made possible from a semi-structured interview. The methodological deepening, related to data analysis, was based on the content analysis proposed by Bardin, enabling the identification of senses and meanings immersed in the dialogue. From this research, it was possible to have contact with the expressions of care manifested by these managers. There is care when welcoming, listening, dialoguing, dealing with oneself, with family members and with things in the world of life. There is a different perspective when understanding self-care as an essential dimension for caring for others, and caring for others can be a path to self-care. There is also care when handling health information systems, as they deal with data that also guide health practices or that may interfere with the financing of services. Likewise, there is care when exchanging and dialoguing with the various SUS actors, considering their conflicts, negotiations and tensions. This pendular movement of care happens in the lives of managers, not always in a healthy way, as the exaggerated dedication to the management of health services has the potential to unbalance the dynamics of taking care of oneself to take care of others, starting to take care of others too much and forget to take care of yourself. However, it is possible to highlight care within the scope of a municipal health department, care is present in this space.

**Key Words:** management of health services; health manager; comprehensive care.

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
2.	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	14
2.1	Sobre as compreensões históricas (antropológicas) da saúde e da doença	14
2.2	Sobre as noções e dimensões do cuidado	16
2.3	Sobre os tipos de cuidado integral	20
2.4	Sobre a gestão da saúde coletiva e o cuidado	24
3.	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA</b>	32
3.1	Objetivo Geral	32
3.5	Objetivos específicos	32
4	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	33
4.1	Desenho do estudo	33
4.2	Local onde foi realizada a coleta	35
4.3	Participantes	36
4.4	Crítérios de inclusão e exclusão dos participantes	37
4.5	Recrutamento para entrevistas	37
4.6	Instrumento e procedimentos para coleta	38
4.7	Riscos e benefícios	40
4.8	Considerações éticas e de confidencialidade	40
4.9	Análise e Processamento para coleta de dados	41
5.	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	42
5.1	Compreensões teórico-conceituais acerca do cuidado em saúde na ótica dos gestores	43
5.1.1	Perspectiva de gestores da saúde sobre o cuidado integral	43
5.1.2	Dos movimentos pendulares do cuidado no cotidiano dos gestores em saúde	50

5.1.3	Pensando e refletindo sobre o cuidar do outro: a ótica dos gestores	53
5.1.4	Como você gostaria de ser cuidado?	56
5.1.5	Descobertas e insights da pesquisa	58
5.2	Da autonomia das decisões aos caminhos práticos para o avanço do cuidado integral no SUS	62
5.2.1	A percepção de autonomia no processo de trabalho dos gestores	62
5.2.2	Ferramentas para gestão do cuidado	67
5.2.3	Possibilidades individuais e coletivas para avançar no cuidado integral	70
6.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	74
	<b>REFERÊNCIAS</b>	79
	<b>APÊNDICE A- ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA COLETA DE DADOS</b>	88
	<b>APÊNDICE B- CARTA DE ANUÊNCIA</b>	89
	<b>APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	91
	<b>APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE</b>	95

## 1. INTRODUÇÃO

Existem plurais formas de compreender o cuidado integral em saúde. Essas concepções voltam-se, em sua maioria: à constituição e articulação dos serviços e práticas em saúde, ao entendimento da integralidade enquanto fundamento do direito à saúde, à noção da integralidade enquanto princípio norteador da elaboração de políticas públicas em saúde, à articulação dos saberes, ao trabalho interprofissional e às inter-relações entre as dimensões biopsicossociais e espirituais humanas (SILVA et al., 2017; GONÇALVES JR, 2018).

A lei Orgânica 8.080/1990 versa que a integralidade seria a prestação articulada e continuada de serviços preventivos e curativos no âmbito individual ou coletivo (BRASIL, 1988 e 1990). Percebe-se que, em tempo, a noção de integralidade estava focada na prestação de ações e serviços. O atual trabalho irá discutir o cuidado integral sob um ponto de vista filosófico e antropológico, para além da constituição dos sistemas e serviços de saúde, compreendendo suas dimensões e diferentes prismas. Contudo, não descarta a possibilidade de mencionar o humano em sua complexidade enquanto maestro dessas ações e serviços.

No que tange ao entendimento dessas palavras de forma isolada, as palavras cuidado e integralidade possuem estruturas de compreensão polissêmicas, pois essas duas instâncias residem nos encontros. Encontros de subjetividades, encontro de saberes, encontro de técnicas, encontro de afetos, encontro de culturas e tantos outros momentos de interações (ALVES et al, 2020). Os encontros citados anteriormente podem nos remeter também ao conceito de “bons encontros” proposto por Espinoza (2009), o qual reside em instantes que geram potência à vida, como uma centelha propulsora de novas possibilidades. Porém é válido destacar que a integralidade já carrega em si a essência do cuidar ao considerar as diversas dimensões, seja do outro sujeito ou dos serviços e práticas em saúde (PEREIRA, BARROS e AUGUSTO, 2007).

Contudo, apresento-lhes uma forma peculiar de enxergar o princípio da integralidade:

“A integralidade se constitui em um tema complexo e, por ser dessa natureza, necessita de um olhar diferenciado para ser vista, ser notada. Em outras palavras, ao pretender ‘enxergar’ a integralidade é preciso de um instrumento de apoio, uma espécie de ‘lente de contato’. Sim, contato mesmo, no duplo sentido do termo! De se permitir tocar e ser tocado pelo saber, a partir disso que esse princípio, que parece ter pouco avançado no SUS, começa a emergir aos olhos (GONÇALVES JR, 2018, p.25) ”.

Sendo assim, os convido a encarar e realizar a leitura desse trabalho com um olhar de integralidade e utilizando essa lente de duplo contato já citada. Contudo, é preciso avançar e focar em uma problemática à pesquisa e entraves do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. No que diz respeito a problemáticas envolvendo a integralidade, os estudos de Mattos (2004) e Seixas et al. (2016) já afirmaram e reafirmaram, respectivamente, que a integralidade enquanto prática se mostra desafiadora e esse princípio doutrinário do SUS diante da sua complexidade, tendo pouco avançado com o decorrer dos anos.

No decorrer dos vários argumentos e reflexões que serão evidenciados na presente pesquisa, compartilharemos aqui uma dimensão da integralidade em meio ao cotidiano do SUS: a sua condição de ser problemática. Isso mesmo, a integralidade é problemática. Para os autores Tesser e Luz (2008), a integralidade seria problemática por ter uma lógica oposta ao modelo biomédico de cuidado e, por ser dessa forma, criaria tensionamentos ao se inserir em diversos espaços. Logo, durante a lida deste trabalho, fica sugerido não esquecer dessa condição ao acompanhar os percalços do saber fazer da integralidade nas ações e serviços de saúde

O presente estudo trará uma perspectiva diferenciada acerca do cuidado integral ao trabalhar a concepção do saber-fazer do cuidado de si em interface ao cuidado com o outro diante da perspectiva de pensar o ser no mundo e o mundo no ser. O fenômeno a ser estudado, e suas nuances, apresentam potencial para tecer novos arranjos organizacionais da gestão à atenção em saúde no âmbito do SUS e ainda atuar de modo estratégico contra formas fragmentadas do cuidar.

A relevância dessa pesquisa se dará por exercitar a compreensão de uma condição comum do ser humano e do SUS: o cuidar, para além de debruçar-se sobre o princípio da integralidade que precisa ser constantemente pensado e repensado para promover a sustentabilidade dos serviços e práticas do SUS no curto, médio e longo prazo. Pensando no contexto macrossocial e político atual, deve-se ter o entendimento que não é mais suficientemente suportável pensar em um SUS pautado em uma lógica compartimentada. Dessa forma, comprometer-se com a integralidade das práticas de cuidado em saúde é, para além de fortalecer o SUS, reafirmar a defesa do direito à saúde e esse movimento em si já se mostra enquanto uma expressão de cuidado.

O questionamento central dessa pesquisa nasce da vivência do autor em seu percurso acadêmico. No trabalho de conclusão de curso da graduação constatou que a integralidade, na

visão de gestores em saúde, apresenta-se enquanto um desafio prático. Alguns entrevistados apontaram que a integralidade assume um caráter meramente teórico (somente visto na academia e esquecida no campo prático), também apontaram que os desafios da integralidade se fazem na micropolítica e nos contextos macrossociais, assim como indicaram que a dificuldade em estabelecer a integralidade nos serviços seria por causa da alta demanda e rapidez com que os serviços devem ser prestados (GONÇALVES e LIMA, 2020).

Destaca-se que a maioria dos trabalhos encontrados na literatura discorrem a partir do cuidado em uma perspectiva assistencial na saúde, não se atentando ao cuidado no âmbito da gestão. É preciso compreender como o cuidado se expressa nesse âmbito para se ter uma visão mais holística dos fenômenos que envolvem essa temática.

Por outro lado, o autor em seu trabalho de conclusão de residência (GONÇALVES JR e BARRETO, 2021), em meio às entrevistas realizadas se deparou com o seguinte questionamento: os gestores que trabalham no nível central de uma secretaria de saúde se percebem na condição de cuidadores? O cuidado estaria para essa categoria profissional ou estaria somente a cargo dos profissionais diretamente ligados à assistência?

Sendo assim, dando sequência a essas problemáticas, lacunas e desafios percebidos nas pesquisas anteriores segue-se nessa atual com o seguinte questionamento: como os gestores concebem o cuidado integral em suas vidas e na gestão da saúde e o que pode ser feito para avançar na gestão do cuidado nos serviços de saúde?

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Sobre as compreensões históricas (antropológicas) da saúde e da doença

O entendimento a respeito do que seria saúde e doença é um bom sinal de partida para, futuramente, discutirmos sobre cuidado, integralidade e gestão em saúde. Etimologicamente, a palavra saúde tem origem no termo latim chamado *salus*, ou seja, aquilo que é inteiro, que é são (ALMEIDA FILHO, 2000). Por outra via de entendimento etimológico, Rey (1993) já discutiu que a palavra *salus* tem suas raízes na palavra grega *holos* que significa: holístico. Portanto, na própria raiz da palavra saúde tem-se um apontamento: a saúde está no todo, está no equilíbrio e não na fragmentação. Dessa forma, poderíamos dizer que a saúde é o inteiro e a doença a fragmentação? Poderia assim dizer que a saúde é a harmonia entre os elementos constituintes de um sujeito ou coletividade e a doença o desarmônico desses grupos? Seria saúde e doença termos opostos ou faces de um mesmo sistema?

Para tanto, não é interessante tratarmos aqui saúde e doença como condições concretas, pois há um quê de abstrato, os sentidos atribuídos a esses fenômenos denotam singularidades, muitas vezes históricas e que nem sempre se expressam na linguagem (CZERESNIA & MACIEL, 2013). E ainda, Almeida Filho e Rouquayrol (2006) já sinalizaram que ao pensar na saúde e na doença existem alguns modelos a serem compreendidos, como modelo mágico, religioso, modelo holístico, modelo processual ou de causa e efeito, modelo sanitaria ou campanhista, modelo biomédico, modelo privatista, modelo baseado na determinação social da saúde e o modelo sistêmico. Os modelos citados por esses autores estão presentes em nossa sociedade na concepção do que é saúde para diferentes indivíduos.

É válido salientar que o pensamento do processo saúde e doença pelo modelo mágico religioso esteve presente em tempos mais remotos da sociedade, mas que ainda é bastante atual. Ceballos (2015) destaca que se percebe ainda no Brasil: benzedeadas, curandeiros espirituais e uso de amuletos. Para além dessa configuração de pensar, é importante frisar que aspectos da religiosidade interferem na saúde do indivíduo ou de determinado grupo. Alguns grupos religiosos contemplam comportamentos que podem os levar ou não a determinados desfechos.

Por exemplo, um determinado grupo religioso pode considerar a Covid-19 como uma doença associada a questões pecaminosas e com isso, podem indicar a seus pares que a forma de lidar com a Covid-19 seja simplesmente a adoção de comportamentos contemplados em sua doutrina, mesmo que isso desconsidere aspectos promovidos pela ciência.

Por outro lado, quando se pensa nas formas atuais e ainda hegemônica de arranjos do sistema, tem-se o modelo biomédico. Barros (2002) já comentara que esse modelo é um raciocínio pautado nos ensinamentos de René Descartes e suas três regras conceituais; 1- Não se deve aceitar nada que não seja a verdade, pois tudo precisaria ter evidências e estar à luz da racionalidade; 2- É preciso separar as partes sempre que possível a fim de solucionar as situações; 3- O método é fundamental. Começando do mais simples ao mais complexo e sempre verificando se nada foi omitido. Esse modelo apresenta sinais de fragmentação, hiperespecialização e de racionalidade acentuada para resolução das questões em saúde. Dessa forma, como seria a propagação de um modelo mais integral nessa realidade do modelo biomédico? Haveria tensão?

Em contraponto ao modelo visto anteriormente e na perspectiva de avançar nas práticas integrais da saúde tem-se modelo de vigilância da saúde pautado na lógica da determinação social sistêmica. De fato, tende a existir um tensionamento para que se tenha a mudança entre o modelo biomédico e o modelo da vigilância da saúde (proposta mais próxima da integralidade), porém essa transformação das práticas tem sido lenta e com conflituosas relações. Nesse modelo de vigilância em saúde, Almeida Filho, Castiel e Ayres (2011) discutiram que se baseia na gestão de riscos, que é um dos eixos da promoção da saúde e estudos epidemiológicos.

Pensando um pouco além do nosso tempo, há sinais de que a saúde passará a ser cada vez mais digital. Telessaúde, Telemedicina, Telecuidado podem ser temas que tenhamos que lidar daqui por diante (GOSSENHEIMER, RIGO e SCHNEIDERS, 2020). Para além desses modelos e lógicas de compreender a saúde, também é importante atentar-se ao processo de mercantilização da saúde. Na lógica mercadológica, a saúde é lucrativa, a doença possui interesse econômico, o “normal” é faturável e o incomum é sempre passível de um novo Código Internacional de Doenças- CID levando a novos medicamentos e terapêuticas.

Todas essas formas de compreender os aspectos relativos à saúde e à doença são fundamentais para que possamos avançar a atual pesquisa. Adiante, será investigado as faces e dimensões do cuidado nas práticas em saúde já considerando os modelos que vimos até aqui.

## **2.2 Sobre as noções e dimensões do cuidado**

Ao discorrer a partir do cuidado, é preciso compreender o meio que esse está inserido. Na sociedade brasileira contemporânea, com fortes aspectos do neoliberalismo econômico, não é incomum ter acesso a literaturas sociológicas ou antropológicas que tratam da “crise do cuidado”. Nesse modelo econômico capitalista que é o neoliberalismo, a produtividade em prol de maiores índices de financeirização do capital aparece como protagonista e as diversas formas de cuidado (que muitas vezes não apresentam aspecto financeirizado) ficam em segundo plano. Esse formato de condução da sociedade produz uma crise nela mesma, a qual alguns autores apontam a “pobreza de tempo para cuidar” como fator estruturante desse caos social. Toda essa crise se faz em um atrito entre reprodução econômica e as práticas do cuidado, apontando a uma contradição entre o capital e o cuidado, ou até mesmo, a desarmonia entre a vida pessoal familiar e o trabalho (FRASER, 2020).

A noção de cuidado se faz presente em vários elementos, desde a sua compreensão teórica à sua prática. Ao discutir sobre o cuidado é necessário relembrar que o sujeito é um ser biológico, social, psicológico, existencial, ambiental, histórico e cultural. A negligência ou o preconceito lançado a uma dessas instâncias pode causar algum nível de dor no outro ou em si mesmo. As dimensões de cuidado humanas não devem ser compreendidas em caráter cumulativo, mas complementares e interdependentes (ANDERSON et al., 2016). Logo, não há um sujeito biológico separado de sua compreensão psicológica, como também, não há um ser social isolado do seu contexto ambiental.

Ainda nessa reflexão entre o sujeito e seu meio, Boff (2012) já indicava que caberia ao humano entender o seu posicionamento como parte de uma ecologia, enquanto parte de uma relação harmônica entre humanidade-natureza. Com base no pensamento do autor, percebe-se a interligação entre saúde humana e meio ambiente. Assim sendo, se a natureza adocece, a humanidade não seguiria o mesmo curso? Portanto, é importante atentar-se ao cuidar do meio ambiente como uma possibilidade do cuidar de si e do outro.

Refletindo sobre outras dimensões, que podem ir além dessas mencionadas nos parágrafos anteriores, tem-se também a relação entre tempo e cuidado, pois o cuidado também se consome enquanto prática na medida em que se percebe a finitude existencial de si e do outro. Em outras palavras, há uma relação entre cuidado-instante, cuidado-temporalidade e cuidado-historicidade (PEIXOTO et al., 2011). O cuidado apresenta um componente temporal, aquele que cuida e aquele a ser cuidado tem a necessidade constante de cuidado, o cuidado acompanha a trajetória de vida de um sujeito ou coletividade. Aliás, não seria o cuidado também fruto de uma construção histórica? Refletindo além, por que cuidamos de quem cuidamos? Será que por termos ciência da sua finitude?

Ainda sobre o cuidado, não se faz apenas presente no ato clínico assistencial, mas também em contextos pedagógicos (BOFF, 2012). Makuch e Zagonel (2017) já relacionaram a educação em saúde e as pesquisas acadêmicas como um campo de expressão da integralidade do cuidado. Uma outra pesquisa, dessa vez uma dissertação de mestrado em educação, relacionou a estruturação de uma integralidade do cuidado a partir de processos dialógicos propostos por Paulo Freire, destacando nessa, novamente o caráter de entrelaçamento, contato e encontros coletivos presentes no cuidar. (BOEIRA, 2016). Assim sendo, as faces dos cuidados também se revelam a partir das práticas de pesquisa, ensino e serviços em saúde.

A relação entre cuidado, processos dialógicos, interprofissionalidade, educação em saúde e gestão do cuidado já fora estudada por Sousa et al (2021). Nesse estudo, os autores defenderam a partir de outros estudos o fator potencializador dos compartilhamentos de saberes profissionais e comunicação efetiva ao cuidado integral. Dessa forma, o cuidado vai assumindo uma expressão de fatores múltiplos e variados à sua constituição, traduzindo um componente de coletividade e complexidade. Talvez, esse resultado nos sujeite a uma nova percepção acerca do cuidado: quanto mais em coletivo e trocas realizamos, mais integrais e mais perto da compreensão do todo podemos estar!

Cuidar é preocupar-se com o outro, que já se constitui em si, uma prática sanitária (CARNUT, 2017). Corroborando com esse pensamento, Foucault (1985) se posicionava como estoícos e helenísticos apontando que o cuidar de si estaria relacionado com a atitude de ocupar-se consigo mesmo ou ter o próprio corpo e alma como objeto de preocupação.

Boff (2012) remete a relevância da compreensão do cuidado como atitude e não meramente enquanto ato. Em outras palavras, o cuidado integral inicia-se com uma intenção, uma

vontade. O cuidar também está presente na dimensão do querer, do projetar e do moldar (AYRES, 2009). Refletindo acerca do conteúdo trazido por esses autores nota-se um componente não material no cuidado. O cuidado é abstrato, não necessariamente quantificável. Aliás, quais os relatórios gerenciais sobre atendimentos individuais na atenção básica já mensuraram a troca de afeto que há em grupos terapêuticos? Ou já registraram o número de abraços e olhares empáticos trocados entre profissionais e usuários? Sim, é preciso reforçar, muito do cuidado é invisível à matéria.

Ainda refletindo sobre o lado invisível e abstrato do cuidado. Não teria o cuidado uma dimensão intuitiva? As práticas de saúde possuem somente um componente racional e técnico ou haveria lapsos, instantes que fogem à racionalidade convencional? Os estudos de Guimarães (2005) apontam para uma outra linha de raciocínio: o intuitivo. Uma capacidade de sintetizar experiências passadas com o momento presente para promover uma ação com impacto no presente ou até mesmo no futuro. O trabalho da autora defende e demonstra alguns exemplos desse cuidado intuitivo nos serviços de saúde, principalmente na enfermagem. Quem nunca se percebeu em uma situação em que não havia respostas técnicas naquele instante e, em um lapso de tempo, é tomado por um pensamento sintético, pautado na sua própria experiência e que lhe orienta a tomar uma decisão na saúde? Também não seria um passo rumo à integralidade se abrir a essa possibilidade de compreensão do cuidado?

Para Vaz et al (2007) nossa sociedade contemporânea vive em um estado de “quase-doença”. Um estado no qual há um movimento pendular entre estar ou não estar doente no decorrer dos dias. Dessa forma, faz surgir um novo conceito de cuidado para esse autor, seria o cuidado crônico. Um esforço contínuo e repetitivo para manter-se saudável ou afastado da doença. Esse conceito, ainda está muito atrelado à percepção de mudanças no estilo de vida e a evitação dos fatores de risco de determinada morbidade com base em evidências epidemiológicas. Essa condição move o indivíduo a cuidar de si estando diante da conscientização de sua finitude, de sua morte.

Contudo, em termos gerais, o cuidado é condição essencial ao ser humano. Já se nasce predisposto a essa condição. Embora o cuidado de si e o cuidado com o outro façam parte de um mesmo sistema, nem sempre estão em harmonia. Pois há sujeitos com alto engajamento para cuidar do outro, mas que negligenciam o cuidado de si e vice-versa (HEIDEGGER, 2002). Dessa

forma, é imprescindível discutir os cuidados em saúde a partir do cuidado com o outro e de si como alternativa de avanço na integralidade das práticas.

Ainda sobre o cuidar de si, Foucault (2010) destaca que há três momentos históricos que demarcam o cuidar de si. O primeiro é o platônico-socrático, nesse o cuidado de si é visto como um momento que o indivíduo se ocupa consigo mesmo. Além disso, é nessa época que também fora marcada com a frase “conhece a ti mesmo” como expressão do cuidar de si. Foucault nessa mesma obra (2010) destaca que uma forma de cuidar de si é por meio do modo como nos relacionamos com os outros e com o nosso próprio corpo. O segundo momento, chamado de idade de ouro, ou ápice do cuidado, revela um entendimento de que o cuidado de si deve ser orientado na juventude como forma de se preparar para a vida e na velhice como um meio para rejuvenescer. Além disso, toma-se uma perspectiva do cuidar de si também como atividade de relações de convívio social. E por fim, o terceiro momento que é o cuidado cristão, aqui o cuidado de si assume uma proposta mais espiritualista, a qual o ser torna-se o seu próprio templo e um objeto de auto observação visando o alcance da luz ou paz interior (FOUCAULT, 1985).

No cuidado de si de Foucault (1985) o corpo e a alma não estão a serviço um do outro, porém complementam-se. O autor ainda aponta que tudo que possa causar desarmonia no equilíbrio entre esses dois pode trazer adoecimento para o sujeito. A exemplo, “o medo do excesso, a economia do regime, a escuta dos distúrbios, a atenção detalhada ao funcionamento, a consideração de todos os elementos (estação, clima, alimentação, modo de vida) que podem perturbar o corpo e, através dele, a alma” (1985, p.62).

Nessa possibilidade de reconhecer o outro e a si mesmo como seres integrais, tem-se o olhar atento e ampliado proposto por Mattos (2004) que estaria relacionado a uma perspicácia em enxergar entrelinhas ou aquilo que está para além do óbvio nessas interações humanas.

No tocante às barreiras à efetivação do cuidado integral, e ainda refletindo sobre formas de enxergar as práticas em saúde, Nunes e Vidal (2019) apontam, em tom de crítica, a prevalência de um olhar reducionista e meramente medicamentoso presente no cotidiano dos serviços. Em concordância à percepção de Mattos (2004) e esse fenômeno medicamentoso apresentaria convergência ao olhar atento que foi dito por Mattos (2004), no parágrafo anterior.

Um estudo feito com gestores, dessa vez, acerca da coordenação do cuidado, trouxe a perspectiva de trabalhar com o conceito de autocuidado apoiado na organização dos serviços. O estudo compreende a importância de pensar na lógica da constituição das práticas do cuidado a

partir do estímulo à autonomia e tomada de decisão por parte dos diversos sujeitos implicados nos serviços de saúde e redes sociais, contrapondo-se a modelos verticalizados do cuidar (RIBEIRO et al., 2020). Percebe-se uma reflexão pertinente ao tema aqui sugerido: seria possível tratar do cuidado integral sem mencionar fatores que propiciam ou não essa autonomia dos sujeitos em sociedade? Até que ponto é possível ser livre para tomar sua própria decisão?

Sobre essas questões abordadas no final do parágrafo anterior, tem autores como Roberto Passos Nogueira e Ivan Illich que já refletiram sobre a prática médica e a autonomia dos sujeitos frente a esse fenômeno (SOUZA, 2004) . Pensando de forma mais ampliada e além da classe médica, quais arranjos organizacionais das ações e práticas na saúde podem estar implicando na limitação da autonomia dos sujeitos ou sociedade? Essa reflexão também não seria uma questão ao fazer dos gestores da saúde?

Logo, é importante promover maiores discussões a respeito da integralidade visando o aperfeiçoamento das ações de cuidado junto à sociedade contemporânea e ainda deve-se compreender a integralidade enquanto bandeira de luta para mudar o cenário de práticas no SUS (PINHEIRO, 2003). Sociedade contemporânea essa que se apresenta complexa, com indivíduos complexos, com problemas complexos e que necessita de intervenções pautadas na intersecção dos fatores interdependentes que a constituem. Nesse eixo de inter-relações integrais complexas, é necessário o entendimento da condição humana em sociedade e das relações dessa sociedade nas dimensões humanas. (MORIN, 2000 e 2003).

Em um recente estudo, há um questionamento se os gestores da secretaria municipal de saúde têm compromisso com o cuidado (GONÇALVES JR e MACIEL, 2021). Aliás, o cuidado também seria uma atribuição desses gestores ou somente deve ser delegado aos profissionais que estão diretamente inseridos na assistência clínica ao usuário? Como esses gestores lidam com o cuidar de si e o cuidar dos outros? Como o cuidado se apresenta na vida desses? Refletindo ainda de forma mais ampliada: qual o lugar do cuidado dentro de uma secretaria municipal de saúde?

### **2.3 Sobre os tipos de cuidado integral**

Revisando alguns teóricos acerca do cuidado integral, tem-se o conhecimento da

riqueza de significados que essa temática possui. Esse presente tópico do trabalho não se encarregará de convergir as visões, mas sim, apresentar as formas de integralidade evidenciadas na literatura. O esforço aqui empregado não apresenta a intencionalidade de estabelecer verdades absolutas, respeitando assim o aspecto subjetivo e objetivo do cuidado integral pelos principais autores que versam sobre o tema.

Para iniciar essa discussão, temos Ruben Mattos, que muito colaborou com essa temática em seus estudos acadêmicos (MATTOS, 2001). Esse autor destaca três dimensões da integralidade. Sendo elas: a integralidade assistencial; a integralidade como organizadora de práticas e serviços; e a integralidade governamental.

Na integralidade assistencial, o autor reforça o momento de troca e encontros entre profissional e usuário. Nesse instante, é importante o olhar biopsicossocial sobre o sujeito a ser cuidado. No entanto, a cuidado integral seria somente entre profissional e usuário? O cuidado pode acontecer entre usuário e usuário? De profissionais para profissionais? É preciso rediscutir as noções de cuidado que só destacam a relação profissional-paciente.

No que diz respeito à integralidade organizadora das práticas, o autor aponta a constituição dos serviços e práticas em saúde, na possibilidade de fazer desses um sistema mais horizontal e menos fragmentado. Aqui, há uma semelhança entre a integralidade que é vista no artigo 198 da constituição federal. Ou seja, na articulação das ações de promoção à tratamento e cura (BRASIL, 1988).

Contudo, a integralidade que é percebida na articulação dos serviços e redes de saúde não pode ser vista meramente enquanto aspectos burocráticos. Garbin et al (2021) já refletiram que a constituição de fluxos, protocolos, notas técnicas e outros instrumentos de gestão, por si só, não expressam todas as dimensões do cuidado. Por outro lado, esses instrumentos são ferramentas valiosas para organizar a produção e a oferta de cuidados nos diversos níveis de atenção.

Por fim, na visão desse autor, tem-se a integralidade organizacional. Para o teórico, é possível ser integral nas partes, não somente no todo. Imaginemos a seguinte situação: um coordenador da política de saúde do homem de um município do interior da Bahia, apesar de cuidar de uma parte da população (público do sexo masculino de 20 a 59 anos), há ampla possibilidade de exercer a integralidade dentro desse seguimento, mesmo não sendo na população como um todo (todos os ciclos de vida). Logo, a integralidade pode se fazer no todo, mas também

em seus componentes, suas partes. Essa concepção do autor é diferenciada de alguns outros teóricos que discutiremos a seguir.

Esse pensamento de Mattos (2009) contribui à ideia de complexidade proposta por Morin (2003, p.25), na qual afirma que “uma modificação local repercute sobre o todo e uma modificação do todo reflete em suas partes”.

Agora, discutiremos um outro teórico que se debruçou sobre a temática da integralidade do cuidado. Para José Ricardo Ayres (2009a) a integralidade perde sua potência quando é reduzida a um simples conceito. O autor sugere a visualização da integralidade em quatro eixos que serão comentados a seguir.

Eixo das necessidades: aqui tem-se palavras-chave como; acolhimento; escuta e atenção às necessidades do outro. Nesse eixo o sujeito é considerado para além da sua dimensão morfológica. O cuidado aqui se estabelece no respeito de compreender que o outro é diferente, que o outro carrega dimensões plurais e o preconceito lançado a uma dessas dimensões pode ferir na integralidade do cuidado. Um exemplo seria a escuta de um profissional de saúde para um outro profissional que tem uma religião diferente da sua. Se, em um dado instante, um dos profissionais desprezar a condição religiosa do outro, o rompimento se forma e a integralidade é prejudicada.

Eixo das articulações: A articulação aqui discutida é a dos saberes. A questão de ser multidisciplinar, interdisciplinar ou até mesmo transdisciplinar. O exercício para avançar nesse eixo de integralidade é saber relacionar os diferentes saberes. Como as ciências sociais contribuem à saúde coletiva? Como a matemática se interliga com o ensino religioso? Como a enfermagem se articula com a fonoaudiologia? Perguntas como essas permitem o avanço da integralidade das articulações propostas por Ayres.

Eixo das finalidades: Tem o intuito de evidenciar os processos transitórios entre promoção, proteção e recuperação da saúde.

Eixo das interações: O destaque aqui é o diálogo e a troca. Porém, o quanto os atores envolvidos no processo de cuidado estão disponíveis para a troca? O quanto se tem disposição para enxergar o mundo com os olhos do outro? Há nesse eixo o entendimento que a integralidade está presente na fala, na escuta, nas sensações, nos atos e atitudes com os outros. Ainda em relação a esse eixo, Boeira (2016) e Silva (2017) reforçam a ideia do diálogo enquanto

ferramenta essencial ao cuidado integral. Além disso, esses autores trazem o fator humildade como respaldo para essa condição.

Quanto ao saber fazer da integralidade, alguns autores denunciam que há uma segmentação no saber por parte dos profissionais e que esse se constitui em um desafio no que se refere ao estabelecimento de práticas integrais, é fundamental compreender que o exercício da articulação dos saberes interprofissionais seria uma tarefa permanente e cotidiana na vida dos diversos sujeitos (AYRES, 2009a; MORIN, 2003).

Um outro entendimento sobre o que seria a integralidade do cuidado pode ser visto em programas e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A cartilha dos Serviços Residenciais Terapêuticos- SRT (2004) e o Programa Saúde na Hora trazem a noção de que a integralidade de um serviço de saúde está atrelada à quantidade de horas que um serviço funciona. Ou seja, em um cenário com duas unidades básicas de saúde, se uma funciona de 08 às 17h e a outra de 08 às 21h, a segunda seria mais “integral”.

A integralidade já foi discutida por diversos autores, assumindo-se como um fenômeno biopsicossocial. Alguns trabalhos a partir do ano de 2009 já começam a frisar também o componente da espiritualidade na integralidade do cuidado. Nesses trabalhos, alguns apresentam uma perspectiva isolada de religiosidade e saúde. Outros trazem a religiosidade/espiritualidade enquanto um tópico da saúde mental (CORTEZ, 2009; ANDERSON et al 2016; MARTINS et al, 2020; BRANDÃO et al., 2020).

Apresentando agora uma forma diferenciada da constituição da integralidade nas ações e serviços de saúde, Tesser e Luz (2008) discorreram acerca do caráter intimista da integralidade. É necessário algum grau de aprofundamento nas relações ou intimidade na relação entre aquele que cuida e o outro a ser cuidado. Para esses autores, relações superficiais não dão espaço ao florescer do cuidado integral. No mais, o raciocínio seria: um ambiente de práticas integrais leva a um maior nível de intimidade entre os envolvidos, por outro lado, relações mais intimistas oferecem maior espaço à integralidade no cotidiano.

Quanto ao entendimento e noção mais social da integralidade do cuidado, Roseni Pinheiro (2001), José Ricardo Ayres (2009a) e Cortez (2009) destacam a integralidade enquanto componente da democracia, justiça e efetividade de um cuidado mais equânime. Pois é possível que a integralidade do cuidado nos torne mais humanos, mais altruístas e solidários.

Nessa interação entre a relação com o outro ou os outros, a pesquisa realizada por Gonçalves Jr (2020) faz emergir a interdependência e relação que há no cuidar de si para cuidar do outro e cuidar do outro como uma possibilidade do cuidar de si, partindo da perspectiva que o cuidador cuida e precisa ser cuidado, se não pelo outro, mas por ele mesmo. Essa ideia retira o foco do cuidado para com o outro e destaca a relação. O cuidado nesse semblante deixa de se encaixar no “tu” e passa a ganhar uma semântica do “nós”. A proposição desse autor não é a de cuidar do outro como gostasse de ser cuidado, pois isso tem uma estrutura egóica. A lógica empregada é deslocar o cuidado para uma zona de contato comum aos atores envolvidos nesse cuidado. Ou seja, cuidado é sobre encontros, sobre trocas, afetos.

#### **2.4 Sobre a gestão da saúde coletiva e o cuidado**

Perpassando por toda leitura anterior e chegando aqui, já percebe-se o esforço em conceber a saúde como integral e não fragmentada. O quanto precisa-se de um olhar ampliado e não meramente medicamentoso. O artigo de Paim e Almeida Filho (1998) contempla que a saúde coletiva teria uma natureza interdisciplinar se constituindo em três eixos principais: epidemiologia, gestão dos sistemas e serviços de saúde e, por fim, as ciências humanas e sociais. Percebam! Nessa configuração a gestão e as ciências sociais são pilares distintos e assim são tratados. O atual tópico terá o intuito de unir e inter-relacionar as ciências sociais com a gestão dos serviços de saúde. Seria possível ou um ato de ousadia?

Para Loyola (2012) as ciências sociais são o coração da saúde coletiva. O fundamento desse campo de saber. Por intermédio das ciências sociais, ainda de acordo com a autora, é possível ampliar a percepção dos fenômenos em saúde, explicá-los e facilitar suas análises. O artigo em questão destaca claramente a ligação entre as ciências sociais e o mundo acadêmico na saúde coletiva. Porém, quanto às práticas e o mundo do trabalho na gestão da saúde coletiva, o que seria possível de constatar?

Há algum tempo já fora evidenciada essa dificuldade de se pensar a inserção das ciências sociais em um campo de práticas com predominância médico centrado, hospitalocêntrico e biomédico, por exemplo (CANESQUI, 1998). No entanto, é possível pensar em avanços, mesmo

que a passos lentos, das ciências sociais nos campos de práticas em saúde (MARSIGLIA et al, 2003; RUSSO e CARRARA, 2015).

Para os autores Russo e Carrara (2015), as ciências sociais, por vezes podem entrar em conflito com o eixo da política, planejamento e gestão em saúde. Principalmente pela base antropológica das ciências sociais e a instância de problematização que esta pode ocasionar nos campos de práticas em saúde. Ou seja, as ciências sociais e humanas em saúde problematizam o fazer da gestão em saúde e essa característica pode dificultar o entrelaçar desses dois eixos da saúde coletiva em determinados momentos.

Por outro lado, é indiscutível pensar que as ciências sociais e humanas em saúde são a base para os eixos da Gestão e Epidemiologia em saúde. Um exemplo a ser citado seria o da constituição e formulação das políticas públicas transversais da saúde a serem efetivadas nos diferentes territórios como a política nacional de atenção integral à saúde do homem e da mulher. Pois antes de serem formuladas em documentos oficiais foram certamente estudadas com embasamento do eixo das ciências sociais em aspectos das subjetividades e determinantes sociais em saúde, por exemplo (Ianni et al, 2014).

Compreendendo essas bases conceituais e teóricas, podemos avançar com o seguinte questionamento: como se dá a relação entre gestão e cuidado? Percebendo aqui o cuidado não como um fenômeno instrumentalizado ou objetificado, mas um instante de potencialidades, trocas e afetos. O que a literatura tem a dizer sobre a relação entre gestão e cuidado? Aliás, o que se pode refletir acerca da temática “gestão do cuidado”? Nessa junção de termos, haveria algum conflito? Obedeceria o cuidado às regras burocráticas da gestão ou a gestão flexibilizaria a abstração do cuidado?

Em contato com as pesquisas de Mororó et al (2016) e Bica et al (2020), na perspectiva de compreender as análises conceituais acerca da gestão do cuidado, se teve resultados apontando que essa gestão estaria muito mais próxima da questão de cunho burocrático que a do cuidar propriamente dito. A gestão do cuidado para esses autores se apresenta muito mais em uma perspectiva de dimensionamento de recursos materiais ou humanos para desempenhar determinadas tarefas. Tópicos como liderança, comunicação institucional, trabalho em equipe e gestão de conflitos foram ligados à compreensão da gestão do cuidado. Essa compreensão

corroborar com a perspectiva utilizada por Merhy (2002) quando afirma que a gestão do cuidado se faz pela integração entre as diversas tecnologias sendo elas: leve, leve dura e dura. Com efeito, as tecnologias leves seriam as relações sociais, as leve duras seriam os saberes técnicos e estruturados dos diversos trabalhadores da saúde e, por fim, as duras seriam os equipamentos e instrumentos utilizados no fazer do cuidado.

Os estudos de Merhy e Cecílio (2003) refletem acerca de uma gestão do cuidado que se faz nos “microespaços”. Esses autores evidenciam a importância de pensar os instantes da clínica pautados no princípio da integralidade para que se obtenha essa efetividade da gestão do cuidado. Já Fekete (2000) afirma que a gestão do cuidado seria a habilidade política, técnica, administrativa e operacional de equipes também orientadas pelo componente da integralidade.

Compreender o fenômeno da integralidade na perspectiva da gestão do cuidado é também uma forma de pensar a macrogestão. Para Landim et al (2021) os maiores desafios dos gestores para trabalhar em rede e fazer a macrogestão seria: baixo conhecimento técnico acerca da gestão prática do SUS, interoperabilidade entre o serviço de saúde pública e privada, assim como a defasagem das informações coletadas comprometendo a utilização dos sistemas de tecnologia da informação. A partir da leitura dos autores citados anteriormente, entende-se que integração das redes de atenção à saúde-RAS também se revela enquanto expressão da gestão do cuidado, no entanto sempre vale o questionamento: a organização das RAS ou das políticas públicas de saúde geralmente são constituídas por um viés de cuidado integral? Quais as compreensões dos gestores no momento de elaboração de notas técnicas, planejamentos, processos licitatórios, regulatórios, avaliatórios e na execução dos serviços quanto ao aspecto do saber fazer da cuidado integral em saúde?

Discutir gestão do cuidado parece ser inconcebível sem suscitar o elemento da integralidade na saúde. Os trabalhos do parágrafo anterior anunciam um pouco dessa condição e os estudos de Santos e Giovanella (2016) corroboram esse cenário. De certo, discorrer sobre o saber fazer do cuidado é um exercício de integralidade.

É válido notar que alguns autores utilizam o termo gestão do cuidado em seus trabalhos com foco na clínica ou assistência (MERHY e CECÍLIO, 2003; FEKETE, 2000). Já outros percebem a gestão do cuidado com um olhar mais ampliado, como algo mais relacionado a redes

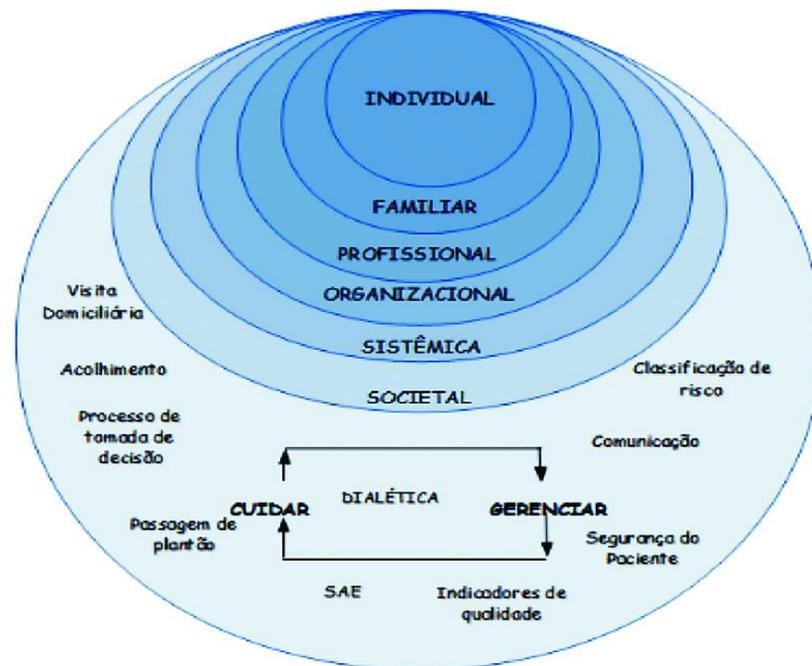
de atenção à saúde com suas normas operacionais e macro diretrizes (SANTOS e GIOVANELLA, 2016).

Ainda reforçando essa pertinência da gestão do cuidado e integralidade, Ayres (2009) apresentou o eixo das interações como um campo no qual a integralidade se manifesta a partir dos encontros, dos diferentes saberes e trocas no cotidiano das práticas dos serviços de saúde. Para Matuda (2015) há um reforço desta posição ao sinalizar que a interprofissionalidade é um aspecto importante na constituição da gestão do cuidado integral. Ou seja, a troca de saberes entre diferentes profissionais da saúde fortaleceria a gestão do cuidado integral.

A gestão em si carrega dois pólos. O primeiro diz respeito à racionalidade, ao previsível, ao calculável, ao organizável. O segundo, trata do inesperado, do intuitivo, do imprevisível, do caos (MOTTA, 2007). Dessa forma, pensar na gestão do cuidado integral na saúde é não se ater somente a racionalidade ou técnicas, mas a questões imprevistas também. Nesse âmbito, destaca-se o sentir!

Muitos dos trabalhos apresentados até aqui são provenientes da enfermagem. A imagem apresentada a seguir parte dos estudos de Siewert et al (2017) e apresenta uma esquematização do que poderia ser essa gestão do cuidado integral para a enfermagem:

**Figura 01: Dimensões da gestão do cuidado integral para enfermagem.**



Fonte: Siewert et al (2017)

Segundo os autores, a gestão do cuidado integral perpassa os âmbitos individual, familiar, profissional e finaliza sua organização nos arranjos societais. Tratar da gestão do cuidado, para esses pesquisadores, denota algo que Pinheiro (2003) já tinha constatado: o princípio da integralidade apresenta benefícios para além das práticas em saúde, pois tem o potencial de melhorar a sociedade como um todo despertando componentes de equidade, justiça e solidariedade.

Ainda sobre a imagem apresentada anteriormente, reflete-se que a visita domiciliar está para o gerenciamento do cuidado, assim como a construção de indicadores de qualidade está para as práticas assistenciais. A relação entre gestão e cuidado se expressa de forma dialética e de retroalimentação. Refletir sobre o cuidar e o gerenciar para enfermagem parece que não é algo novo, pois Mororó et al (2015) já mencionaram que a gestão do cuidado é um processo de trabalho intrínseco à enfermagem. Mas, e para os gestores da saúde coletiva? Quais as relação entre o cuidar e o gerir?

Cecílio (2011) já havia refletido sobre essas formas de cuidado. Para esse autor, a **gestão do cuidado individual** está contemplada no cuidar do outro e de si. Posteriormente, a **gestão do**

**cuidado familiar** se apresenta nos diversos momentos e fases da vida dos sujeitos, em suas interações sociais como: familiares, amigos e vizinhança. Ademais, a **gestão do cuidado profissional** seria o momento de cuidado entre o profissional de saúde e o paciente, aqui se tem o território da micropolítica na relação de cuidado, segundo o autor. Na dimensão do cuidado profissional, o autor titula três competências necessárias para esse encontro, são elas: competência técnica, competência ética e a capacidade de formar vínculos. Na dimensão da **gestão do cuidado organizacional**, teria aqui a comunicação entre os profissionais de um sistema ou serviço de saúde, suas interações e formas de apoio. Já no que diz respeito à **gestão do cuidado sistêmica**, a compreensão remete à constituição e articulação das redes de atenção à saúde buscando ao máximo o estabelecimento do princípio da integralidade, segundo o autor. Por fim, o **cuidado societal**, seria a forma mais ampla de cuidado. Estaria presente na elaboração de políticas públicas, nas normas operacionais, nas portarias e documentos que norteiam as macro práticas em todo território nacional, configurando assim, novas formas de se relacionar em sociedade.

No mais, o autor Cecílio (2011) reconhece que a gestão do cuidado se faz com vários atores sociais e em diversos espaços. Espaços que são demarcados por disputas, acordos, convergências, divergências, assimetrias de poder nas suas mais plurais expressões de relações. Por mais que o atual trabalho se atenha ao âmbito da gestão e dos gestores, se reconhece que os “produtores de cuidado” são todos aqueles envolvidos na relação, em caráter direto ou indireto através das relações de poder percebidas no território.

**Figura 02: Dimensões da gestão do cuidado integral em saúde com seus respectivos atores e seus elementos:**

<b>Dimensão da gestão do cuidado</b>	<b>Atores ou protagonistas</b>	<b>Principais elementos: a lógica da dimensão</b>
<b>Individual</b>	Cada um de nós.	Cuidar de si. Autonomia. Escolha.
<b>Familiar</b>	Família. Ciclo de amigos. Vizinhos.	Apoio. Proximidade. Mundo da vida.
<b>Profissional</b>	Profissionais de saúde. O Médico.	O preparo técnico. Ética. Vínculos.
<b>Organizacional</b>	A equipe de saúde. O gerente.	Div. Téc. do trabalho. Coordenação.
<b>Sistêmica</b>	Os gestores.	Linhas ou redes de cuidado. Financiamento.
<b>Societária</b>	O "Estado" A "Sociedade Civil"	Políticas sociais.

**Fonte: Cecílio (2011)**

Voltando ao foco do público da atual pesquisa, os gestores, o autor acima relaciona que os gestores seriam protagonistas na gestão do cuidado sistêmica, desenhando suas linhas de cuidado e trabalhando aspectos referentes ao financiamento em saúde. No entanto, é compreensível estabelecer e refletir que a atuação dos gestores em saúde tem impacto direto em todas as formas de gestão do cuidado, sendo elas individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica ou societária.

É importante ressaltar que ao falar em gestores ou gestão da Saúde Coletiva, ressalta-se que se tem caráter interdisciplinar e interprofissional. Na saúde, percebem-se gestores das mais diversas áreas de conhecimento como: profissionais de níveis fundamental e médio, profissionais administradores e profissionais da saúde como (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, sanitaristas, nutricionistas e outros). Além de citar essas categorias anteriores, os estudos de Ouverney et al (2019) e Arcari et al (2020) indicam que a enfermagem ocupa, em maior percentual, esses espaços de gestão na saúde.

Segundo Pasche (2009), a preocupação com as formas de gerir e cuidar já são expressas na Política Nacional de Humanização (PNH) desenvolvida no ano de 2007. Aparentemente, a menção ao termo gerir e cuidar são tratados de forma isolada nessa política do Ministério da

Saúde. Por outro lado, estudos como o de Sousa et al (2021) já trabalham as noções de cuidado e gestão de forma mais inter relacionada, realizando no decorrer do artigo nessas expressões de forma combinada ou diretamente como “gestão do cuidado”. Inclusive, de acordo com os autores mencionados anteriormente, a gestão do cuidado precisa ser interprofissional e com comunicação assertiva para uma melhor efetivação da integralidade. Portanto, mais um estudo associando o cuidado, a gestão e a integralidade na saúde.

No mais, a partir dos dados expostos, percebe-se uma elucidação do quanto o fazer dos gestores pode interferir no cuidado de pessoas, famílias, profissionais, organizações e sociedade como um todo. A consciência dessa extensão de sua prática, na vida das demais pessoas pode contribuir para tomada de decisões mais adequadas às diversas realidades vivenciadas por esses gestores. Aliás, também não seria a tomada de decisão um momento de expressão do cuidado.

### **3. OBJETIVOS DA PESQUISA**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar as concepções de cuidado integral em saúde a partir dos modos de fazer dos gestores de um município do interior pernambucano.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar as diferentes perspectivas acerca do cuidado integral nos gestores da saúde;
- Refletir acerca das práticas do cuidado de si e dos outros a partir da ótica dos gestores;
- Analisar os modos de desvelamento da integralidade na gestão do cuidado e suas possibilidades de avanços nos serviços.

## 4. METODOLOGIA DA PESQUISA

### 4.1 Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória que possibilitou conhecer os sentidos e significados do cuidado integral em saúde e seus modos de fazer presença junto a gestores de um município do interior pernambucano.

Quanto à coleta de dados, foi realizada a partir do método cartográfico. No entanto, a cartografia aqui utilizada não foi aquela tradicional que constrói mapas ou representa objetos físicos, mas sim, a cartografia baseada nos princípios da esquizoanálise proposta por Gilles Deleuze e Félix Guattari na década de 1960. Quanto a Esquizoanálise, seria um campo de práticas e saberes que se apoia na transdisciplinaridade, articulando conhecimentos como a Psicanálise, a Filosofia, a Sociologia, a Arte, a Política, a Antropologia e a Biologia (HUR, 2021).

A escolha pela abordagem cartográfica deu-se para atender os objetivos do presente trabalho, uma vez que pretende-se captar os modos de saber-fazer dos gestores acerca do cuidado, compreendendo a inseparabilidade entre teoria e prática cotidiana. Esse método ainda possibilita o mapeamento das dinâmicas psicossociais e a compreensão. A cartografia enquanto método de pesquisa pode ser considerada uma pesquisa-intervenção, onde o pesquisador e o pesquisado se transformam no processo. O pesquisador não se coloca como piloto ou comandante dos processos, não busca estabelecer um centro de poder, mas abandona a interpretação ou a busca de uma unidade para dar lugar à experimentação e às variações (DELEUZE; GUATTARI,1995).

Não há concepção de realidade estática, há sempre um movimento resultante de uma multiplicidade de processos, desejos e tensões, percebendo fenômenos que se conectam ou se dispersam, buscando assim novos modos de produzir maneiras de ser e de se relacionar (HUR, 2021). Ao invés de buscar as semelhanças, identidades ou constâncias, a cartografia desloca sua atenção aos desvios, diferenças, variações e dissonâncias, seguindo os vetores de força, quase imperceptíveis, que conectam saberes e práticas, que compõem modos de vida, tomando contato com os processos significantes que produzem essa realidade dinâmica. Portanto, o fenômeno

investigado em seus fluxos e movimentos, em suas trajetórias e variações (KASTRUP & PASSOS, 2013).

A cartografia já possui aplicabilidade em pesquisas do setor saúde, sendo utilizada frequentemente em áreas como enfermagem e psicologia, e posteriormente, na saúde coletiva. Contudo, no que diz respeito à cartografia enquanto método para se estudar o cuidado, temos na enfermagem e na psicologia um número maior de trabalhos publicados (FORTUNA, 2002; BARROS & PASSOS, 2012; MARTINES, MACHADO & COLVERO, 2013; RIGHI & GONÇALVES, 2018). Essa metodologia é percebida como ferramenta essencial para trabalhar e tecer com a subjetividade em saúde (MARTINES, MACHADO & COLVERO, 2013).

Para Hashizume (2020) o cuidado em saúde se apresenta como ‘processo’ em movimento dinâmico, no qual gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde são permeados por condicionantes externos que influenciam suas práticas. A cartografia por retratar o processo e as dinâmicas, não está meramente contida em fluxos, regras ou protocolos previamente estabelecidos, já que esses possuem uma natureza fixa. A partir da compreensão epistêmica da cartografia, discutiremos linhas de compreensão sobre o fenômeno do cuidar integral em uma instituição, levando em consideração suas relações de poder e processos de subjetivação dos indivíduos participantes da pesquisa com o intuito de compreender a realidade imersa. Hashizume (2020) ainda reflete que o método de pesquisa cartográfica seria uma expressão da pesquisa intervenção onde há um preceito em que o saber e o fazer são faces de um mesmo sistema de interações, não havendo dissociação entre eles.

Ainda para Hashizume(2020):

A cartografia, como método da pesquisa intervenção, na contribuição da análise institucional, discute a indissociabilidade entre conhecimento e transformação, tanto da realidade quanto do pesquisador. Kastrup, dialogando com Freud e Bergson e a fenomenologia, define quatro gestos da atenção cartográfica: rastreo, o toque, o pouso e o reconhecimento atento. Todos esses meios são possibilidades de compreensão, que possibilitam formas de acompanhamento da dinâmica viva do ciclo vital. E quando nos referimos aos movimentos institucionais, no grupo, é fundamental compararmos seus movimentos, que nem sempre são lineares ou apenas unidirecionais. Cartografar, nesse sentido, é acompanhar processos e compreendê-los.

Na cartografia, de acordo com o texto acima, o saber e o fazer são faces de uma mesma moeda, partes de um mesmo sistema interativo. Os aspectos subjetivos e objetivos de um

fenômeno são partes de um mesmo todo. Essa perspectiva de enxergar o mundo fornece ao pesquisador uma visão mais abrangente dos fenômenos sociais.

Diante da trajetória do pesquisador, algumas pessoas demonstraram curiosidades acerca do que seria o método cartográfico, e ao explicar para esses, algumas pessoas indagavam: mas isso não é igual a etnografia? A partir desse questionamento o pesquisador resolveu aprofundar ainda mais algumas das principais questões entre esses métodos de coleta e ainda destacar alguns pontos em comum que serão apresentados no parágrafo a seguir.

Os dados expostos até então revelam elementos cruciais que diferenciam a cartografia da etnografia, por exemplo. Toda cartografia é uma etnografia, mas nem toda etnografia é uma cartografia. O cartógrafo se utiliza de elementos teóricos da etnografia em seu processo de pesquisa e coleta de dados, porém o grande diferencial da cartografia está em seu posicionamento filosófico diante da realidade. Para o cartógrafo, a realidade é sempre móvel, sempre mutável, sempre processual e não há apenas uma realidade fixa e única. Na cartografia o olhar sob a realidade é mais difuso e abrangente, há uma desfocalização para poder se atentar ao todo. Já na etnografia, tem-se o olhar abrangente, porém também pode ser lançado um olhar mais focal sobre determinada situação ou fenômeno social (FONSECA, 1999; KASTRUP, 2007).

Enquanto alguns etnógrafos enxergam que a realidade é algo em que se pode aproximar, um cartógrafo concebe que a realidade é como o horizonte, que quanto mais se aproxima, mais longe ela aparenta estar. Contudo, tanto a etnografia quanto a cartografia buscam compreender as experiências de determinado campo social e apresentam enquanto o desvelar do novo ou daquilo que não se é de imediato aparente para acessar novas camadas da ‘realidade’. Na cartografia, por se acreditar que a realidade é mutável, a percepção sobre o objeto de estudo se modifica com o decorrer da pesquisa e o pesquisador também é modificado, nessa interação, ambos são modificados e a realidade ou fenômeno a ser estudado vai mudando de nuances (FONSECA, 1999; KASTRUP, 2007).

#### **4.2 Local onde foi realizada a coleta**

A partir do método cartográfico, foi acompanhado, observado e registrado o trabalho do público da pesquisa para além das entrevistas, com o auxílio de um diário de campo. Essas entrevistas foram realizadas presencialmente com profissionais gestores de uma secretaria

municipal de saúde de um município do interior Pernambucano que se situa a 45 Km da capital do Estado. O município em questão apresenta uma população estimada em 140.389 habitantes (IBGE, 2022). A escolha do município deu-se por conveniência, pois o pesquisador principal reside no município em questão e ainda desenvolve atividades laborais na secretaria de saúde citada. O município é considerado de médio porte por ter cerca de 150 mil habitantes e ser referência em saúde para municípios ao redor. Dessa forma, as ações e práticas desempenhadas nesse município possui impacto significativo na rede municipal ou intermunicipal.

A respeito da rede de saúde local, essa está configurada da seguinte forma: 34 unidades básicas de saúde com 36 equipes de saúde da família e de saúde bucal. Dessas equipes, 26 são de zona urbana e 10 de zona rural. Com uma cobertura de atenção primária de 75% dessa população. Também dispõe de 05 equipes de Núcleo ampliado de Saúde da Família- NASF. Na assistência especializada, possui 01 academia da saúde; 01 policlínica da criança e do adolescente; 1 Clínica de Saúde da Mulher; 01 Clínica de Fisioterapia; 01 Unidade Pública de Pronto Atendimento Especializado- UPAe; 01 Centro de Atenção Psicossocial II; 02 Centros de Especialidades Odontológicas; 01 Odontomóvel; 01 Serviço de Urgência e Emergência; 02 Consultórios multiprofissionais de saúde instalados na zona rural do município; 01 Laboratório Central; 01 Centro de Testagem e Aconselhamento; e 01 Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Além de serviços conveniados, prestadores de serviços, consultorias, terceirizados e 01 hospital estadual que se faz presente nesse território.

### **4.3 Participantes**

Quanto ao público da pesquisa, foi dada preferência aos coordenadores de programas e políticas de atenção à saúde que estão situados no Departamento de Atenção à Saúde (DAS) da respectiva secretaria, pois estão diretamente ligados ao pensar, elaborar, executar, monitorar e avaliar as atividades relacionadas ao cuidado. Reforça-se a importância de tratar com sujeitos que estão à frente de políticas estratégicas voltadas à saúde integral e ciclos de vida da sociedade.

Destaca-se que existem 11 indivíduos assumindo cargos de coordenação de políticas e programas da saúde no Departamento de Atenção à Saúde. Sendo eles:

- 1- Coordenador (a) de Atenção Primária à Saúde;

- 2- Coordenador (a) de Atenção Especializada;
- 3- Coordenador (a) de Educação em Saúde e programa Médicos pelo Brasil;
- 4- Coordenador (a) de Saúde do Campo e Sistemas de Informação;
- 5- Coordenador (a) de Saúde Mental;
- 6- Coordenador (a) de Saúde Bucal
- 7- Coordenador (a) de Saúde do Homem, Promoção à saúde e Programa de controle ao tabagismo;
- 8- Coordenador (a) de Saúde da Mulher e Política de Alimentação e Nutrição ;
- 9- Coordenador (a) de Saúde da Criança e do adolescente;
- 10- Coordenador (a) de Saúde do Idoso, saúde da pessoa com deficiência e condicionalidades do Bolsa Família;
- 11- Coordenador (a) do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Práticas integrativas e complementares;

Esse é o total de possibilidades que pode ser utilizado na pesquisa sem incluir os critérios de inclusão e exclusão.

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes**

Como critérios de inclusão de colaboradores na pesquisa tem-se: 1) ser um profissional que trabalha dentro da secretaria municipal de saúde- SMS do município; 2) o profissional deve ocupar um cargo de coordenação de políticas ou programas da saúde no Departamento de Atenção à Saúde; 3) esteja na função de gestor, coordenador ou apoio técnico na SMS por, no mínimo, um ano.

Como critério de exclusão de colaboradores na pesquisa: 1- recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; 2- Estar em licença maternidade ou em gozo de férias.

A partir dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes, foram entrevistados 09 participantes, pois 02 gestoras tinham entrado recentemente em licença maternidade.

#### **4.5 Recrutamento para entrevistados**

Foi solicitada a anuência da secretaria municipal de saúde que autorizou a abordagem a seus profissionais. A partir de então, os mesmos quando iam sendo abordados, foram explicados sobre o procedimento da coleta de dados e os termos éticos e de confidencialidade do trabalho. Marcou-se uma agenda com cada um desses para que as entrevistas pudessem ocorrer em horário mais tranquilo tendo em vista o conforto e a qualidade do encontro entre o pesquisador e o colaborador da pesquisa.

Considerando o público em questão, os coordenadores do Departamento de Atenção à Saúde, é importante compreender que os mesmos têm suas rotinas dinâmicas em detrimento às demandas espontâneas oriundas da gestão do SUS e o pesquisador já desenvolveu a pesquisa consciente dessa rotina. Inclusive, no meio de duas entrevistas, o celular dos participantes tocou, os mesmos precisaram se ausentar durante 2 ou 3 minutos e a entrevista foi retomada sem maiores prejuízos à pesquisa.

Um ponto a ser destacado aqui diz respeito à proximidade e intimidade do pesquisador junto ao seu objeto de estudo. É importante deixar evidenciado aqui que o pesquisador desenvolvia atividades laborais na respectiva secretaria de saúde onde foi realizada a coleta de dados e entrevistas. Gilberto Velho (1978) em sua obra “Observando o familiar” já refletiu sobre a questão da proximidade e familiaridade do cientista com a realidade social a qual está imerso. No escopo da cartografia, da antropologia e de outras ciências sociais, essa aproximação é fundamental para compreender e vivenciar esses fenômenos.

Aponta-se que um dos desafios percebidos pelo pesquisador foi o fato de que, a partir dessa aproximação, os entrevistados utilizavam termos “ínternos à organização” ou “piadas internas” que nem sempre poderiam ser compreendidas por membros externos à organização. Por isso, o entrevistador tomou ciência desse fenômeno e sempre que um termo de “língua interna à organização” surgia, o mesmo conduzia o entrevistado a melhor explicar os termos para não ficar subentendido. Um exemplo dessa “língua interna” seria: quando os entrevistados dizem que “desceram pra conversar sobre determinado assunto”, ele subentendidamente estavam querendo dizer que foram ao gabinete da secretária de saúde para discutir sobre o assunto em questão.

#### **4.6 Instrumento e procedimentos para coleta**

O instrumento de coleta foi viabilizado a partir de entrevista semiestruturada e ainda foi utilizado diário de campo junto à observação participante como instrumentos de apoio para estruturação de informações e, posteriormente, suas devidas análises. As perguntas norteadoras da entrevista podem ser visualizadas no apêndice A.

Como já citado por Tedesco, Sales e Caliman (2013) na pesquisa cartográfica, as entrevistas se interessam pela experiência, para além das palavras ditas. É preciso atentar-se ao tom da voz, o ritmo, as emoções e outros fatores apresentados pelo participante. Na entrevista cartográfica o foco é a experiência na fala e não a fala na experiência. Outra característica dessa entrevista é a orientação pela pluralidade de discursos acerca de um mesmo fenômeno, compreendendo que a cartografia possui várias entradas e várias saídas, as quais convergências e divergências fazem parte do processo. Por fim, o pesquisador necessita considerar que a entrevista intervém na abertura do participante em expor sua experiência por intermédio do dizer, dessa forma, o pesquisador deve criar um ambiente descontraído no ato da entrevista e deve evitar expressões de constrangimento no decorrer da entrevista para não obstruir o dizer da experiência do outro.

Quanto a questão da experiência, para Bondía (2002), experiência não é aquilo que somente nos acontece, mas aquilo que nos acontece e nos toca. O roteiro de entrevista foi elaborado com o objetivo de alcançar o entrevistado enquanto pessoa, com intuito de captar sua experiência. A proposta é construir um encontro para que no momento de contato entre o entrevistado e o entrevistador haja produção e transformação da realidade, assim como preza a cartografia. Na medida em que se compreende esse instante como um encontro de subjetividades, pois a integralidade dos cuidados também reside no encontro e na constituição de vínculos (AYRES, 2009). A partir disso, o momento da entrevista em si também se deu enquanto atitude de cuidado por enxergar o outro não como objeto, mas como sujeito ativo nessa construção do saber-fazer.

No decorrer da entrevista foi nítida a percepção da variação de comportamento dos participantes. De início, havia uma tendência a respostas mais “comportadas”, mais “educadas” ou presas ao que talvez seria o “certo”. Com o desenrolar da entrevista, se percebia nos entrevistados uma maior autenticidade nas respostas. Portanto, houve a compreensão de que as perguntas eram direcionadas a percepção de cada um e não para tentar descobrir o “certo” ou o

“verdadeiro”. A cartografia também se constitui a partir da valorização dos discursos daqueles que ajudam a tecer aquela realidade local.

#### **4.7 Riscos e benefícios**

O risco dessa pesquisa consistiu nas diversas reações emocionais que puderam surgir a partir do conteúdo trabalhado nos colaboradores dessa pesquisa. No entanto, o pesquisador esteve atento às diversas reações e ficou à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos. Os participantes foram conduzidos a um local reservado para responder às questões de investigação com o intuito de evitar constrangimento e esses locais foram sempre pactuados previamente com os participantes da pesquisa.

. Em caso de qualquer dano causado aos participantes da pesquisa, o pesquisador principal se comprometeria em arcar com os devidos custos de tratamentos ou afins, porém não houve maiores incidentes.

Quanto aos benefícios dessa pesquisa tem-se a construção do conhecimento e entendimento do tema cuidado integral nas ações e serviços em saúde e poder auxiliar outros gestores, profissionais e acadêmicos na consolidação das concepções teórico-práticas acerca da integralidade dos cuidados no SUS. Para além desses, o pesquisador principal possui a noção que essa pesquisa proporcionará benefícios em sua vida pessoal, acadêmica e laboral. É válido salientar que ao final dessa pesquisa, o pesquisador compromete-se a apresentar os resultados na respectiva secretaria municipal de saúde com intuito de proporcionar um momento de reflexão e qualificação das práticas de cuidado a partir dos achados do atual trabalho.

#### **4.8 Considerações éticas e de confidencialidade**

Todas as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Foram utilizados codinomes para que não haja identificação dos participantes da pesquisa. Os dados coletados

nesta pesquisa se deram por intermédio de gravador e ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal pelo período de mínimo 5 anos.

A participação dos entrevistados nesta pesquisa não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Porém, considerando que será realizada uma entrevista semi-estruturada, há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta. No entanto, o participante do estudo, será informado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que caso sinta qualquer constrangimento ou desconforto poderá não responder a pergunta ou se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus. O pesquisador estará atento às reações emocionais dos entrevistados e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, enquanto uma atitude de cuidado.

A realização dessa pesquisa se deu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do parecer 5.754.245 e CAEE63473122.1.0000.5208, respeitando o que dispõe a resolução n. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

#### **4.9 Análise e Processamento para coleta de dados**

O aprofundar metodológico, relativo à análise dos dados, se apoiou na análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) possibilitando a identificação dos sentidos e significados que estarão imersos no diálogo. Para Minayo (2004), essa conversação tem o potencial de apresentar objetivos bem estruturados e auxiliar na análise de dados objetivos e subjetivos. A autora ainda destaca que esse modo de análise de dados possibilita a captação rigorosa de dados objetivos, mas é flexível para apreender nuances subjetivas. É importante ressaltar que as categorias analíticas já estão pré definidas como: cuidado integral, Autonomia nas práticas do cuidado e Gestão do cuidado. Ademais, faz-se necessário apontar que no decorrer da pesquisa, as categorias poderão ser modificadas e/ou acrescidas de outras categorias a partir dos conteúdos emergentes.

A análise de conteúdo pode ser percebida como um processo sistemático e se desenvolve em três fases: 1) pré-análise do material por meio de escutas e reescutas dos áudios das entrevistas, para realizar a análise de registros de silêncios, risos e elementos de pretensão analíticas; 2) leitura compreensiva das novas transcrições para aproximação do todo de cada

relato e do seu conteúdo latente; 3) elaboração de categorias empíricas ou unidades de sentido, resultantes da identificação de padrões, dados relacionados entre si, correspondentes a um tema determinado, criadas de maneira indutiva decorrente da escuta dos áudios, dos roteiros das entrevistas e/ou da combinação de ambos (MINAYO, 2004).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Avançando um pouco mais nessa jornada de cartografar o cuidado junto aos gestores da secretaria de saúde do município em questão, destaca-se que dentre aqueles onze levantados na metodologia, apenas nove estavam aptos para a entrevista a partir dos critérios de inclusão e exclusão. No momento anterior da entrevista foi explicado todo o processo aos participantes e sobre o sigilo, foi perguntado se eles prefeririam algum codinome, mas não fizeram questão de nenhum. Dessa forma, o pesquisador se encarregou de atribuir esses codinomes.

Assim sendo, os gestores foram identificados com nomes de planetas. Mas e o que os planetas têm a ver com o cuidado? O mito de Hígino traz um conto que em sua construção atribui falas e personificação aos planetas como: Júpiter, Terra, Urano, para discutir a fábula do cuidado. Portanto, considerando que são nove gestores, o autor da pesquisa decidiu relacionar os nove planetas do sistema solar aos conteúdos trazidos pelos profissionais. Portanto, os nove gestores foram nomeados por: Mercúrio, Terra, Marte, Vênus, Júpiter, Urano, Saturno, Netuno e Plutão.

Quanto às categorias temáticas, elas foram divididas em dois grandes blocos. O primeiro lançou uma discussão mais teórica-conceitual sobre o cuidado a partir do conteúdo extraído das entrevistas com os gestores, relacionando com os principais autores que versam sobre o tema. Trouxe concepções gerais sobre o cuidado de cada sujeito entrevistado e o movimento de cuidar do outro e de si, por fim, concluiu com *insights* e reflexões dos participantes sobre o momento da entrevista. Nessa perspectiva, se aproxima de um cuidado mais ontológico, que acompanha o ser humano no decorrer da vida, um cuidado amplo.

Já o segundo bloco teve um caráter mais normativo e propositivo, lançando caminhos, alternativas e possibilidades de avanços do cuidado integral de forma prática. Nesse, foram discutidas temáticas como: autonomia para cuidar, tomada de decisão no cuidado, ferramentas de gestão para o cuidado e as possibilidades práticas de avanço do cuidado integral no SUS.

## **5.1 Compreensões teórico-conceituais acerca do cuidado em saúde na ótica dos gestores**

Como mencionado anteriormente, teremos dois grandes blocos e aqui se inicia o primeiro deles, com o objetivo de discutir os aspectos do cuidado em saúde no cotidiano desses gestores, como suas perspectivas a respeito do cuidado, as expressões do fazer desse cuidado na vida cotidiana, o cuidado de si, o cuidado do outro e o cuidado para consigo. Nesse cuidado para consigo, foi perguntado como os entrevistados gostariam de ser cuidados por terceiros, quais aspectos são de relevância que o outro utiliza enquanto ato ou atitude para com eles. Por fim, pretendeu-se captar alguns sentidos e significados desses instantes de reflexão junto aos gestores, fazendo emergir seus insights e conclusões a partir do momento de construção de conhecimento oriundo da entrevista.

### **5.1.1 Perspectiva de gestores da saúde sobre o cuidado integral**

Neste item iremos discorrer sobre os conteúdos que emergiram em contato com os gestores e também com as vivências descritas no diário de campo. Ao indagar sobre o que seria o cuidado em uma percepção integral tivemos as seguintes considerações:

Sempre que eu penso em cuidado, eu penso em algo amplo... acho que o cuidado começa no momento de como você trata, recebe, acolhe as pessoas. Eu não lido diretamente com o público, dificilmente eu lido diretamente com o público da minha política. É sempre terceiros que me procuram. É preciso ter sensibilidade, às vezes tem pais, ou sobrinhos, filhos, netos e tá em um momento sensível e eu ocupo um lugar que eu posso ajudar essas pessoas. A forma como eu lido com essa pessoa, é uma forma de cuidado. Quanto a situação, nem sempre eu sei se vou resolver, mas eu tento ser o mais receptivo possível. (Mercúrio)

O cuidado para mim se manifesta no meu trabalho, desde a hora que eu chego. Para mim o cuidado é muito amplo, desde a minha documentação (risada), eu chego a brincar com alguns colegas, porque eu tenho muito ciúmes dos meus documentos, pois além de envolver certo sigilo, minha coordenação é muito burocrática, eu tenho muito cuidado de como eu falo com os colegas de trabalho e usuários. De maneira mais completa e integral, de maneira geral, saber como ele se sente, como ele está e do que precisa. (Vênus)

Para esses gestores acima, o cuidado tem uma dimensão ampla, dimensão essa que perpassa vários setores da vida pessoal e profissional. Outros autores já discutiram o cuidado enquanto expressão de amplitude na vida como Heidegger (2012) e Ayres (2009). Heidegger traz o cuidado enquanto dimensão que acompanha o humano em toda a sua trajetória de vida (ontológica), em cada ato, cada posicionamento, cada olhar e intencionalidade. Já Ayres refletiu acerca do cuidado a partir do acolhimento e da escuta do outro.

Um outro elemento que surge no conteúdo exposto acima, principalmente com a gestora Vênus, é um cuidado que torna-se ligado à noção de zelo ou organização com sua documentação. Nesse ponto, o cuidado aqui já começa a tomar uma dimensão mais prática e instrumental no cotidiano dos gestores. Ou seja, o cuidado com documentos seria uma manifestação do cuidado no ambiente da gestão?

Contudo, avançando um pouco mais nesses conteúdos e aprofundando a temática junto ao público da pesquisa, a expressão do cuidado vai ganhando forma e vão aparecendo mais pistas de como ele se manifesta no dia a dia:

Penso em relação à atividade física, com relação a minha vestimenta, porque isso também é cuidado... quando penso nos meus filhos, no meu esposo, na minha casa. Como é que está tudo? O que precisa? É isso que eu penso no cuidado, em relação a tudo, com relação à higiene. O cuidado envolve muita coisa, né? Envolve muita coisa quando você pensa no outro ou em você. Quando você pensa na população, o que oferecer de cuidado a aquela população específica. É algo muito abrangente. (Vênus)

No caso acima, a gestora Vênus exemplifica expressões do cuidado no seu cotidiano. Há inclusive o questionamento que a colaboradora realiza “como é que está tudo”? Talvez essa indagação traga à tona um pouco do desafio contemporâneo do cuidar na sociedade, compreendendo que o cuidado está em várias atividades do cotidiano, como: na comunicação, na alimentação, no seio familiar, na estética, no trabalho, no preocupar-se com o outro e consigo mesmo. Os autores Vaz *et al.* (2007) já apontaram a sensação percebida na sociedade de “quase doença” e essa percepção faz com que os indivíduos estejam o tempo todo cuidando de aspectos da vida para não adoecer, aspectos esses até elencados pela gestora Vênus como: alimentação, atividade física, interação familiar, higiene.

Quanto ao ato de preocupar-se com o outro ou com as coisas, também é uma forma de cuidado (CARNUT, 2017). Todas essas nuances nos fazem pensar nessa infinidade de situações e contextos que remetem ao cuidado. Nessa perspectiva, como poderíamos discorrer sobre as

várias dimensões do cuidado ou até mesmo a articulação dessas dimensões, ou seja, sobre a integralidade do cuidado?

Tem a integralidade do cuidado que é focado na rede de serviços do SUS...tem as portas de entrada para conseguir acessar outros dispositivos, outras tecnologias da rede. Mas também tem o cuidado integral no atendimento ao cidadão, aquela coisa de não olhar só aquela parte a ser tratada no momento. Não é, por exemplo, só tratar o dedo do paciente que está apresentando uma alergia, mas tentar compreender quais aspectos do trabalho na vida desse cidadão, será que ele utiliza algum produto químico nas mãos e isso está interferindo?. (Plutão)

Deve-se pensar em diversas dimensões biopsicossocial e espiritual, levando em consideração todos os fatores que estão relacionados com aquele indivíduo, as relações, onde ele vive, como ele vive a história de vida que ele traz o contexto em que ele nasce, tudo isso dentro de uma perspectiva da longitudinalidade do cuidado, que é pensado nesse cuidado integral ao longo do tempo que é ofertado a esse indivíduo. Então é preciso compreender todas essas dimensões que o cercam. (Netuno)

A partir das informações expostas acima, temos a integralidade do cuidado enquanto presença das dimensões biopsicossocial e espiritual do ser humano; das formas de como ele se relaciona com o meio que o cerca; aparece também a longitudinalidade do cuidado evocando a dimensão temporal; assim como o cuidado enquanto o ato de vincular-se a outros e a composição da rede de cuidado do SUS. Nem sempre a integralidade do cuidado foi vista como uma questão biopsicossocial e espiritual, alguns autores como Anderson *et al.* (2016) trabalham com essa dimensão e outros, como Ayres (2009), não citam a dimensão espiritual. Todas essas caracterizações da integralidade do cuidado também já foram trabalhadas e se assemelham com os resultados da pesquisa de Gonçalves Jr & Lima (2020). Porém, a visão de compreender o cuidado enquanto resultado da interação do meio, pode ser melhor evidenciada nos estudos de Leonardo Boff (2012). Este autor, em sua obra, apresenta uma perspectiva do cuidado mais integral compreendendo a relação do ser no mundo e o mundo no ser, que se evidencia nas relações dos indivíduos com os outros, sejam pessoas, objetos ou até mesmo a natureza.

Um outro elemento, que a gestora Netuno traz, é o de longitudinalidade do cuidado. A longitudinalidade é uma das diretrizes da Atenção Primária à Saúde e que remete ao cuidado de um indivíduo ou população com o passar do tempo, ressaltando o vínculo entre a comunidade e os profissionais de saúde (KESSLER *et al.*, 2019). Dessa forma, não é somente articular as diferentes dimensões do cuidado apenas em um momento específico, mas sim, no decorrer do tempo, é um exercício diário e permanente.

No mais, como detectamos o cuidado? Como o percebemos e sentimos no nosso dia a dia?

A premissa do cuidado é você conseguir enxergar. Não basta somente ouvir e dizer, é preciso enxergar. Você ir lá e enxergar o que está acontecendo. Entender que é um ser humano, é uma vida que a gente não tem como assistir visando um único objetivo... não sei se eu estou conseguindo ser clara. Quando você diz assim: é preciso fazer uma biópsia. É um cuidado que eu preciso ter e a integralidade do cuidado é eu compreender que essa biópsia, o paciente nem sempre não tem como pagar. É preciso articular o serviço para contemplar o todo. É como um moinho, a gente vai rodando e as peças se engrenando. Integralidade ou o cuidado integral é como uma máquina, é preciso encaixar as peças. (Júpiter)

A pessoa/indivíduo não é visto como peças e sim como um todo. Onde a pessoa é única que precisa de diversos tipos de solicitações como exames, serviços. Por exemplo, ontem fui em um grupo de idosos, onde detectei um senhor que relatou que estava tendo casos de hipoglicemia constante, e pude ver que com essa visita ao grupo constatei um usuário que precisa de um cuidado especial, como voltar ao médico, ir ao nutricionista, então esse olhar além da supervisão é importante para detectar fragilidades onde você pode atuar de alguma forma para resolver a demanda. (Netuno)

Ao refletir a partir desse conteúdo, há uma provocação pertinente que é a de pensar o cuidado a partir do olhar, da escuta, do sentir, da comunicação. O cuidado nos provoca estarmos presentes na experiência da vida e conectar os pontos da experiência. Tomemos como exemplo o caso pontuado pela gestora Netuno que a partir de sua observação de um grupo terapêutico, pode ofertar o devido cuidado. Mattos (2001), em seus estudos, citou um exemplo que segue a mesma lógica da gestora Netuno, exemplifica em tempo, um instante de visita domiciliar que a equipe foi para atender a uma demanda de alcoolismo de homem e, a partir de um olhar mais atento e integral, percebeu sinais de violência doméstica praticada por esse indivíduo. Além de pensar a dinâmica das práticas e serviços de saúde com foco nas necessidades do outro e para isso é fundamental enxergá-lo, escutá-lo, senti-lo e, em alguns casos, até sofrer junto. Peixoto *et al.* (2011), a partir de uma visão fenomenológica do cuidado, trabalham esses aspectos sensoriais para “tocar e sentir o cuidado”. Em alguns exemplos, esses autores descrevem situações que profissionais de saúde interagem com o usuário e nesse instante de interação, alguma transformação acontece por um conseguir enxergar, escutar, tocar e sentir o outro em uma dimensão mais profunda que a superficialidade.

Ainda sobre o toque e o cuidado Moura, Guimarães e Luz (2013) que o tocar não é somente físico, mas o toque também está presente na troca de olhar, no diálogo, na ambiência do serviço de saúde, na disponibilidade da troca empática e do acolhimento.

Nessa ótica o cuidar também se expressa e entrelaça à atitude de ter empatia pelo outro. Zuchetto *et al.* (2019) discutem em seus estudos a empatia na perspectiva do cuidado. Ora, fala-se tanto em reconhecer as dimensões biopsicossocial e espiritual do outro, mas como compreendê-las sem sentir junto? Sem enxergar o mundo a partir da visão de mundo do outro? Sem considerar sua subjetividade? O exercício diário da empatia nos faz refletir sobre esses aspectos.

Cabe ressaltar que a empatia apontada no parágrafo anterior não trata da concepção de senso comum que por muitas vezes atribui a empatia como tomar o problema do outro pra si. A empatia trabalhada aqui é a de compreender o mundo caso estivesse no lugar dele, essa nuance permite a concepção do limite entre o Eu e o Outro para que não se estabeleça uma relação de cuidado doentia. Pois tomar a problemática do outro pra si, tem o potencial de enfraquecer os dois e não de crescimento mútuo. A partir disso, com esse cuidado, a interação pode não ser prejudicial a aquele que cuida e que no dia a dia geralmente lida com diversas pessoas em sofrimento (GUIMARÃES, 2001).

Talvez, a partir dessa sensibilidade e no ato de ‘estar com’, estar com o outro ou consigo mesmo, o cuidado possa acontecer em seu máximo potencial. Como a gestora Júpiter demonstra, a preocupação em ofertar um serviço, o qual tem a consciência de que algumas pessoas não poderão pagar por ele e, assim, promover o acesso a esse público. Logo, surge nesse conteúdo algo que Roseni Pinheiro (2003) já havia apontado: a perspectiva da integralidade do cuidado pensando no acesso aos serviços de saúde por determinado público que, em outras situações, não teriam. Pensar o cuidado integral em saúde, é preciso pensar em acesso. Qual seria a finalidade de praticar o cuidado integral se o outro não tiver acesso a esse serviço?

No mais, é preciso destacar que as noções de Júpiter e Netuno se contrapõem ao passo que Júpiter enxerga que a integralidade do cuidado acontece quando o sistema é visto como peças que se encaixam e fazem os serviços funcionarem, já Netuno discorda ao declarar que não se deve enxergar o indivíduo como peças, mas sim, o todo. Nunes (2011) em sua tese de doutorado, trabalhou o tema da integralidade do cuidado e sugeriu que há autores que trabalham a integralidade por um ponto de vista mais restrito ou mais abrangente. Os autores que trabalham na perspectiva restrita compreendem a integralidade de acordo com a Constituição Federal (1998), como expresso no artigo 198, que afirma que a integralidade é a articulação dos serviços para ofertar ações preventivas, de tratamento e recuperação da saúde. Ou seja, enxergam os

serviços como peças que precisam ser encaixadas. E o segundo grupo de autores, que segundo Nunes apresentam compreensão mais abrangente, trabalham o tema a partir do acolhimento das dimensões biopsicossocial e espiritual do ser humano.

Voltando a pensar o lugar do cuidado nos diferentes espaços, é necessário sim, refletir o cuidado a partir da gestão, compreender como aqueles que ocupam o cargo de gestores pensam o cuidado ou como executam. É importante tensionar os gestores a refletirem a sua responsabilidade quanto ao cuidar.

Quando iniciei não tinha essa compreensão, achava que quem estava na gestão não cuidava, achava que para eu cuidar eu precisava tá perto do paciente e usuário, mas com o passar do tempo eu pude refletir que nesse lugar eu também consigo cuidar das pessoas, ao pensar nas políticas, ao pensar no fazer, na execução da política, nas necessidades da população, isso também é uma forma de cuidado. Então a partir disso eu sinto que eu também cuido das pessoas, mas me sinto muito mais realizada profissionalmente quando eu consigo ir até esse usuário, para mim fica um cuidado mais palpável, mesmo sabendo que pensar na política pensar no caso também é cuidado. (Urano)

Cuidado, no meu ponto de vista, perpassa pela assistência... Mas pensando direitinho, eu tenho tanta importância quanto o profissional que está lá na ponta. Eu me sinto parte do processo. Muita coisa também só acontece na assistência porque a gestão está implicada. Sem a gestão, tem coisa que não vai pra frente e o gestor precisa atuar. Eu acho que o cuidado do gestor é diferente do profissional da ponta, não tem esse que mais 'cuida', mas todos fazem parte do processo de cuidado. (Marte)

Já vimos anteriormente que somos cuidado e que o cuidado nos acompanha em todos os momentos e fases da vida. No nascer, no engatinhar, no vestir, no alimentar, na adolescência, no casamento, no sucesso, na angústia e até na morte (HEIDEGGER, 2012; BOFF, 2012). No mais, parece que alguns autores ainda insistem em questionar o lugar do cuidado na gestão. Assim como na pesquisa de Gonçalves JR e Maciel (2021), onde foi afirmado por um participante que os gestores não cuidam, que negligenciam a dimensão do cuidado, nos resultados acima, aparecem em alguns fragmentos reflexões sobre a quem pertence o cuidado. Seria o cuidado algo da assistência à saúde? Gestores não cuidam? Inclusive, nas anotações do diário de campo, foi possível compreender que no ato da entrevista havia um sentimento nos gestores se perceberem enquanto 'gestores cuidadores' no decorrer da entrevista.

Em algum momento da pesquisa, o gestor Marte compreendeu e refletiu sobre o seu lugar no processo de cuidado e sentiu-se pertencente a esse. Foi um movimento de compreensão de que é possível cuidar também na função de gestor. Para alguns outros gestores, a perspectiva

de cuidado na gestão existe quando nesse espaço há a interação do mesmo com algum usuário do sistema único de saúde ou a suposta ida ao território, como podemos ver a seguir:

Então para mim enquanto coordenadora eu concretizo minha prática nesse cuidado e nesse momento, que junto aos demais profissionais eu vou junto ao território, faço a discussão e estudo o caso, e com isso temos a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade, indo muitas vezes até o domicílio desse usuário, para entender a realidade dele. A partir disso, eu sinto que faço parte do cuidado. (Urano)

No caso da gestora Urano acima, no momento posterior à entrevista, ela comenta que logo no início que aceitou o cargo de gestora, ela pensou em desistir. A gestora Urano antes de tornar-se gestora era enfermeira da Estratégia de Saúde da Família e sentiu que, após assumir a função de chefia, perdera a sua identidade. Sendo assim, ela foi até a Secretaria Municipal de Saúde da época e pediu para entregar o cargo, pois não havia se identificado com a função. A Secretária de Saúde conversou com ela e a fez ficar por mais uns dias. Esses dias a mais foram fundamentais para que ela elaborasse alternativas que ressignificassem aquele lugar que ela passara a ocupar. Nesse prisma, ela compreendeu que poderia estar junto ao usuário do SUS por meio de visitas domiciliares para averiguar certos casos mais complexos de sua pasta de trabalho. Atualmente, Urano compreende que é possível cuidar a partir da gestão e que inclusive, essa ida ao território e esse movimento de face a face com os usuários é algo que apresenta significado relevante em seu cotidiano.

Por fim, o cuidado também se molda em algumas situações quanto a um aspecto de “provisão”, como podemos perceber a seguir:

Cuidado, eu sou suspeito pra falar. Na minha vida profissional eu sou gestor e sou enfermeiro. Eu sou coordenado e eu coordeno. No outro vínculo eu sigo o protocolo da instituição e quando eu saio de lá, eu viro a chave, e tenho a oportunidade de “estar como gestor”. Sobre o cuidado, hoje eu trabalho pelo bem estar dos profissionais que estão comigo. O cuidado é essencial, é dar as condições de trabalho a esses profissionais. Tem profissionais que não tem feriado, não tem final de semana, não tem noite...eu me preocupo se tem água na torneira, se o local de descanso deles está bem organizado. O trabalho é a segunda casa ou até mesmo a primeira casa de algumas pessoas. Outro cuidado importante é cuidar do psicológico, depressão é a doença do século. Tem profissional que a gente vê que mudou o comportamento e que precisa de ajuda, a gente precisa ter esse cuidado, fazer treinamentos, sessões de ioga, terapia em grupo...é dar condições. Com isso, o profissional falta menos ao trabalho, te dá mais satisfações. Isso é essencial. (Saturno)

O cuidado percebido pelo gestor Saturno se assemelha bastante com a dimensão do cuidado profissional proposta por Cecílio (2011). Para Cecílio, o cuidado profissional está no

âmbito das práticas que acontecem de um profissional para um usuário ou de um profissional para outro profissional. Há nitidamente no conteúdo dito, a preocupação em ofertar um ambiente acolhedor e digno aos seus liderados. Talvez essa experiência que o mesmo coloca no início “eu coordeno e sou coordenado” o torna mais sensível para se colocar no lugar do trabalhador e de se relacionar com outros profissionais que são colegas de profissão para além das demais categorias que Saturno precisa interagir. Vale frisar ainda, a preocupação e o peso significativo que Saturno aponta para as questões de saúde mental e bem estar em geral desses profissionais. O artigo de Barbosa *et al.* (2016) já apontou o desafio que é gerir o cuidado em saúde mental no SUS, problemas como comunicação institucional, biopolítica e biopoder não favorecem a implementação de práticas efetivas do cuidado nesse âmbito. Portanto, trabalhar o cuidado profissional, discutido por Cecílio (2011) no âmbito da saúde mental, se mostra enquanto grande desafio, segundo Barbosa *et al.* (2016), para que se consiga bons resultados no âmbito do cenário de práticas do SUS, a partir da estrutura que se encontra hoje: dificuldades com infraestrutura adequada, falta de ambiência, baixas remunerações e pouca valorização da dimensão subjetiva dos trabalhadores no ambiente laboral.

### **5.1.2 Dos movimentos pendulares do cuidado no cotidiano dos gestores em saúde**

Não há nada de novo em trabalhar o movimento pendular do cuidado. Bittes Jr (1996) e Heidegger (2002) já abordaram o cuidado nessa perspectiva. Para Bittes Jr, o movimento pendular do cuidado se dá a partir do cuidado e do “des-cuidado” no dia a dia do paciente. Para Heidegger, fugindo dessa dinâmica de pensar apenas no “paciente”, traz a perspectiva de que o cuidado oscila entre a angústia, o desamparo, a ação, o cuidado e a cura. Por sua vez, esse tópico da pesquisa discorrerá sobre o cuidado de si, o cuidado com o outro e o cuidado para consigo.

Sobre o cuidado de si, perceber os seguintes aspectos nos trechos a seguir:

Para que a gente estabeleça o cuidado com o outro a gente precisa se salvar. Eita, eu falei nessa questão de salvar porque me veio à mente o avião. Sempre que a gente vai no avião, a aeromoça pede para que em caso de emergência, a gente cuide primeiro da gente para poder salvar o outro. A gente precisa estar bem para cuidar do outro e isso perpassa a saúde física e mental também. Eu acredito que para sermos cuidadores, precisamos cuidar de nós mesmos para estender isso ao outro. (Mercúrio)

A gestora Mercúrio na discussão do cuidado de si, inevitavelmente evoca a noção de que é necessário estar bem para cuidar bem do outro. Vasconcelos, Machado e Sousa (2021) já discutiram que cuidar do outro é uma forma de cuidar de si, a partir de nossas interações, amizades e laços sociais. Ou seja, a pendularidade do cuidado aqui se expressa de tal forma que cuidar do outro é uma forma de cuidar de si e o cuidar de si como fundamental para cuidar do outro. Porém não somente no conteúdo dessa gestora, podemos constatar esse momento:

Na minha vida, as vezes é bem corrido e eu escolho um dia na semana para cuidar de mim. Faço algumas coisas que não consigo fazer rotineiramente, faço um escalda pés, desligo o celular...são algumas práticas que utilizo para cuidar de mim. A gente precisa estar bem, né? Pensar no processo de trabalho da gente... se eu estou me cuidando, se eu estou com um processo de saúde mental...um processo de cuidado, se eu tenho relações mais saudáveis...mesmo que eu esteja em um local com uma pessoa mais desestabilizada, eu posso estar cuidando desse colega de trabalho e isso não venha me desestabilizar. É preciso estar bem, para trabalhar bem e viver bem porque o trabalho faz parte de nossa vida. É quase um terço do dia que estamos no trabalho.A gente precisa estar bem com a gente mesmo. (Plutão)

Para além dos processos de cuidar de si para cuidar do outro, o gestor Plutão traz alguns aspectos práticos de autocuidado. Um ponto a se destacar acima é a compreensão de que o bem estar individual também compete ao âmbito coletivo. No instante em que o meu semelhante está em desequilíbrio, isso pode desequilibrar os demais e, por isso, se dá a importância de pensar também o cuidar de si como uma proposta de saber cuidar do outro ou estar com o outro.

Porém, essas compreensões nem sempre chegam à consciência por livre associação, às vezes é necessária a intervenção do outro para que se tenha o “choque” para entender a importância do cuidar de si nessa interação com o outro:

Semana passada eu estava com a minha mãe no geriatra. E a consulta da minha mãe seria no máximo uma hora. Eu estava dentro do consultório e o celular começou a chamar insistentemente e era uma pessoa da faculdade. Daí eu pensei que se ela estava insistindo é porque poderia ser algo muito sério. Daí eu peguei o telefone e comecei a responder. Daí o Geriatra olhou pra mim e me chamou atenção por eu estar no celular durante a consulta da minha mãe e não estar ali presente para ela, pois mesmo que seja algo mais urgente, ninguém vai morrer por causa de 30 minutos ou uma hora. Falou-me que é preciso se “desligar” do trabalho e saber dar prioridade às coisas. Ainda disse que eu preciso organizar minha cabeça e que eu não poderia estar em dois lugares ao mesmo tempo e que a prioridade deveria ser a saúde de minha mãe. Isso me fez pensar bastante, a gente não vai resolver tudo e a gente adoecer, se a gente passa do nosso limite, a gente adoecer. Essa observação do médico me fez perceber que eu estava tão no automático que nem percebi que eu fiquei boa parte do tempo da consulta respondendo mensagens no celular. Isso escraviza a gente, ele disse que eu tenho 59 anos e eu preciso priorizar daqui pra frente o que eu quero pra minha vida. Eu preciso organizar a minha vida quanto ao tempo de trabalho. (Júpiter)

No decorrer da entrevista e a partir das percepções do pesquisador obtidas pelo diário de campo, foi notoriamente visível a preocupação e o “choque” da gestora Júpiter com essas pontuações feitas pelo geriatra. Dessa forma, podemos refletir: em algum momento é preciso que o outro me lembre do meu cuidar de si (autocuidado)? Nessa direção, pode-se pensar no conceito de autocuidado apoiado, pensado por Ribeiro *et al.* (2020), o qual remete à ideia de ter o sujeito com autonomia para cuidar de si, mas sem desconsiderar a importância de ter um outro que o apoie com um cuidado mais especializado do ponto de vista técnico. O cuidar de si não é uma instância isolada, a nossa relação com os outros também apontam para melhor qualidade do cuidado de si.

Além desse fator, também surge a questão de organização do tempo, priorização de tarefas cotidianas e organização do processo de trabalho. Na segunda parte dessa dissertação também será tratado de possíveis instrumentos de gestão para o cuidado e posteriormente esse tópico será discutido com maior profundidade.

Já outros gestores, até identificam a importância de cuidar, no entanto, parece que o dia a dia corrido da gestão e das outras funções sociais os tiram desse eixo:

Ultimamente eu tenho me cuidado pouco. Eu reconheço. É uma correria grande, principalmente por gerir o SUS, né? A saúde pública...eu sou 100% SUS. Os vínculos que eu tenho é todo com o SUS. Eu vou tentar me desligar um pouco agora em janeiro de 2023, porque se não eu vou começar o próximo ano, ou o carnaval e eu vou enlouquecer. Estou de férias do outro serviço é preciso organizar meus horários para ficar mais com a minha família. Eu pratico esportes, não como nada exagerado, difícil eu ter dor de cabeça ou adoecer. Eu poderia me cuidar melhor? Poderia. Eu procuro também cuidar da minha família. Você fica um tempo fora e quando chega em casa, não dá atenção, não pode, não dá. (Saturno)

Há uma angústia percebida nesses entrevistados quando mencionado o tempo do autocuidado que não está sendo prioritário no dia a dia. Percebe-se o comprometimento em cuidar do outro em detrimento de cuidar de si. Essa organização e definição de limites parece transgredir os limites entre a vida pessoal e a profissional desses gestores, e isso, aos poucos, os adocece, de forma silenciosa, crônica, refletindo bem este movimento pendular do cuidado que oscila em diferentes direções do cuidado e do des-cuidado. Ahnert *et al.* (2020) denunciam o potencial adoecedor do cuidado naqueles que cuidam em demasiado, como cuidadores familiares ou cuidadores técnicos, por exemplo. E volta-se a aquela pergunta: quem cuida do cuidador quando ele adocece? Aliás, o cuidador cuida de si quando está doente?

Tenho me cuidado muito pouco, comecei terapia muitas vezes e parei, priorizando outras coisas, começo academia, coloco na agenda e de tudo acontece e não consigo cumprir, então tenho sido falha com meu autocuidado, em algumas semanas começo uma alimentação balanceada, outras estou comendo biscoito, então é algo bem instável, se der tempo eu me cuido e se não der eu cuido depois, exames periódicos que vou deixando para depois. (Netuno)

Eu penso que no dia a dia a gente não pára para pensar sobre o que estamos precisando, faço aqui uma reflexão que deveria pensar mais sobre isso no meu dia a dia. Eu ainda penso nisso no final de semana, mas no dia a dia, não. É muito pouco, no meu dia a dia, que eu páro para pensar sobre como está minha alimentação, meu sono. (Terra)

Será que há uma hierarquia inconsciente nesses trabalhadores da saúde que insistem em colocar o outro e as atribuições do dia a dia como fatores primordiais e essenciais que disputam com o cuidado de si, sendo que esse último parece sempre entrar na “lista de espera” ficando sempre para depois? Será que nesse movimento pendular do cuidado, eu cuido do outro de forma tão devota que em algum momento, eu preciso parar para cuidar de mim e voltar ao início do ciclo? O que nos para no dia a dia? A doença? Voltamos aqui à tríade já discutida no referencial teórico desta dissertação: saúde-doença-cuidado.

Contudo, fecharemos esse trecho com a fala de Figueiredo (2007, p. 20) para refletir sobre o excesso do cuidar na vida:

Até de doce de coco, que é bom, a gente enjoa. Os excessos da implicação são bem mais graves do que um mero mal-estar gástrico. Quando a intersubjetividade transubjetiva domina em excesso, configura-se uma experiência de engolfamento totalitário e claustrofóbico. É o cuidado que não dá sossego, sufoca.

O autor reflete em seu texto que cuidar é bom e compara o cuidado com algo “doce”. Porém, condena seus excessos e que isso poderia ser sufocante ou até doentio para aqueles que cuidam. O envolvimento exagerado com o cuidar do outro faz emergir uma dimensão mórbida do cuidado.

### 5.1.3 Pensando e refletindo sobre o cuidar do outro: a ótica dos gestores

Em várias passagens dos subtópicos anteriores percebe-se o engajamento dos gestores voltados ao cuidar dos outros. Inclusive numa proporção que chega a esquecer do cuidar de si ou

postergar para um momento que nem sempre chega. Por isso, a partir de agora, iremos compreender como esses gestores cuidam.

Eita (pausa, respira fundo, sorri)...eu sou uma pessoa muito cuidadosa, mas quando você me pergunta assim diretamente sobre o cuidado, aí você me pega. Mas quando eu penso no cuidado, eu penso nessa forma, no geral, em relação aos meus filhos eu faço um plano de cuidado: o que eles vão precisar no dia? Alimentação, vestimenta, lazer, higiene. Pra mim, cuidado é muito amplo, de como eu cuido do outro e da minha vida. Que as pessoas tenham melhores escolhas quanto à alimentação, e sobre saber lidar com horários...é muita coisa. Por isso que eu te digo que é muito amplo. (Vênus)

Cuido da melhor forma, interessante, né? Por exemplo, na equipe eu vejo as formas de cada um e como cada um é, alguns são mais sensíveis outros mais ostensivos, então procuro tratar todos da melhor forma possível, dentro do perfil, acolhendo ideias. As pessoas próximas como minha filha, esposo eu preciso deixar os cuidados em dia, meu esposo nem tanto, o cachorro, está sempre com o banho em dia, as vacinas em dia, minha casa também. (Netuno)

A gestora Vênus, assim como em outro momento, responde sobre o cuidado como uma dimensão ampla. Porém houve nela um estranhamento ao ter que elaborar uma resposta sobre como ela cuida. Parece que ter o cuidado enquanto dimensão ampla, dificulta a elaboração do pensamento de forma objetiva nessa colaboradora. Mas de alguma forma, esse cuidado que ela promove está ligado à necessidade de suprir os seus.

Já a gestora Netuno destaca a dimensão personalizada do cuidado, pois afirma que investiga como cada sujeito é. No entanto, nessas duas respostas é possível evidenciar o aspecto família. Qual a relação entre cuidar do outro e a dimensão familiar? Figueiredo (2007) destaca que há formas de alteridades do cuidar na vida dos sujeitos. Pais, profissionais de saúde e professores são exemplos que o indivíduo pode se relacionar e apreender como o cuidado se apresenta. A partir de então, o autor destaca que os pais ou a família, são o primeiro modelo e contato da expressão de cuidado que as pessoas têm e, por isso, a relação da família para com a atitude de cuidar é tão íntima. No mais, Stam e Mito (2003) já refletiram que o contato com o indivíduo pode levar a pistas do funcionamento da família, assim como compreender a família nos leva a um melhor entendimento do indivíduo. Sendo assim, a relação entre cuidado e família se estabelece em caráter tão íntimo.

Contudo, há outros elementos que fazem esses gestores refletirem sobre determinados aspectos na hora de pensar a forma como cuidam dos outros.

Eu prezo pelo reconhecimento. Os profissionais de saúde salvam vidas e a gente poderia reconhecer melhor os profissionais, falo isso como gestor e como enfermeiro. E não é só

financeiramente, é também elogios, é receber parabéns...isso faz muita diferença. A gente é muito cobrado, às vezes é uma vírgula que a gente esquece de colocar e a gente é cobrado, como se esquecem tudo que a gente já fez antes. Eu sou muito tranquilo em não absorver essas coisas. (Saturno)

Saturno destaca outros elementos que os demais gestores não tocaram: reconhecimento profissional na forma de elogios, remuneração e a valorização dos trabalhadores. No geral, pensando no contexto da entrevista, Saturno reflete bastante sobre a sua relação com os trabalhadores. Se em outras entrevistas, os demais realizavam associações com atores familiares, Saturno focou mais em discorrer sobre essa relação com os colegas de trabalho.

Os estudos de Guimarães e Souza Neto (2021) destacam elementos que propiciam o sentimento de satisfação e bem estar no ambiente de trabalho. Ítens como diálogo mais horizontalizado; atitudes positivas em relação ao outro e a si mesmo; remuneração adequada às atividades desempenhadas; pagamento de horas extras de forma financeirizada e não meramente com folgas posteriores; plano de cargos e carreiras que ofereça possibilidade de visão futura e menor instabilidades quanto ao vínculo laboral foram dimensões apontadas nesse estudo que contribuem para o bem estar de profissionais.

Uma reflexão geral que também podemos fazer a partir das informações expostas até aqui é a questão de gênero e cuidado. A maioria dos entrevistados são do sexo feminino e mães, nessas, há sempre uma ligação entre a atitude de cuidar e conteúdos que remetem à família (mãe, filhos, marido). Essa questão não pode passar despercebida ao passo que Silva *et al.* (2021) já mencionaram essa sobrecarga de cuidado em profissionais do sexo feminino e que são mães. De certa forma, os gestores do sexo masculino citam a família como elemento para se reservar algum tempo para “estar com”, já as gestoras do sexo feminino geralmente lançam essa questão enquanto dimensão de preocupação e de que é preciso ainda “fazer” tantas outras coisas ao chegar em casa.

Ainda sobre os estudos de Silva *et al.* (2021) e tendo Cisne e Santos (2018) corroborando a esse, tem-se que o cuidado continua sendo visto pelo imaginário social como “naturalmente feminino” e que essa visão decorre de construções sociohistóricas das desigualdade entre os sexos nas relações sociais a partir de uma sociedade permeada pelo patriarcado.

No mais, seguindo com as temáticas trazidas pelos gestores, ainda nesse subtítulo, temos a fala da gestora Terra ao ser perguntada como ela cuida:

Eu acho que perguntando, foi isso que logo me veio à cabeça, perguntando como as pessoas estão. Tento ter muito cuidado com a minha fala ou ato porque pode causar dor ou mal estar no outro. No meu cotidiano, eu fico atento a essas questões. (Terra)

Há uma simplicidade na resposta acima, mas por outro lado, não diminui sua grandeza. Talvez a melhor atitude na hora de cuidar seja partir do princípio do “não saber”. Talvez a princípio eu não saiba quem é o outro, o que ele precisa ou o que é melhor para ele. Pois é comum ver alguns profissionais da saúde incorporarem o lugar hegemônico do “saber técnico-científico” e isso cria uma hierarquia e micropolítica de poder na interação com o outro, que nem sempre beneficia o encontro de duas pessoas que estão em um processo de cuidado.

O cuidar não está livre das implicações das relações de poder. Discutir clínica e práticas em saúde, é também um movimento de compreender a dicotomia entre aquele que se coloca como o detentor do saber e aquele que está a ser cuidado. No mais, alguns trabalhos já vêm questionando e refletindo sobre essa dinâmica e apontando que é preciso “dar um passo atrás” e valorizar a subjetividade do outro, entendendo que o outro é especialista de si e que possivelmente, nós não temos conhecimento prévio do mundo subjetivo do outro, até o momento de encontro (BUSTAMANTE e MCCALLUM, 2014).

#### 5.1.4 Como você gostaria de ser cuidado?

Até aqui já discutimos elementos e formas do cuidado de si e do cuidado com o outro. No entanto, nesse tópico será visto como esses gestores gostariam de ser cuidados. Pensando que há um outro que cuidaria dele, quais elementos ou posicionamentos esse outro precisaria ter para que esse instante de cuidado fosse valorizado pelos participantes desta pesquisa?

Eu gostaria de ser bem tratada, ser bem recebida. Da forma como eu recebo as pessoas, mas nem sempre acontecem. Tem alguns setores daqui da secretaria que eu vou e lido com péssimas. Eu acho que é muito ruim quando vai e é mal recebido, maltratado. A forma como você acolhe o outro já é muita coisa. É preciso saber dizer não. Ser bem recebida, a receptividade pra mim é importante. (Mercúrio)

Como é bom perguntar isso né? (risos) Eu gosto de ser escutada. O que me incomoda é eu tentar falar com uma pessoa e ela não me ouvir. Eu perceber que eu sou prioridade para as pessoas. Às vezes eu digo aos meus meninos pra gente sentar e conversar. A gente começa a ter uma fragilidade de conversas, querer ter uma atenção, de ter cuidado, de ter uma conversa, diálogo. Eu realmente... cuidar de mim é ser ouvido, eu gosto de ser ouvido. (Júpiter)

Júpiter e Mercúrio trazem elementos do ato de acolher. Ayres (2009) já trabalhou a noção de cuidado a partir do acolhimento, da escuta, do diálogo e das interações. Para o autor, no momento de escuta do outro, é necessário silenciar-se genuinamente para ouvir e acolher aquilo que o outro me traz. Esse silenciar é aquela voz interna de julgamento ou preconceitos, é se abrir para o novo e com isso, ver o outro.

No dia a dia da gestão do SUS, o tempo e a disponibilidade desses gestores são escassos. Dedicar esse pouco tempo ao outro, já não seria uma sinalização de prioridade em estar com? Mas e os demais gestores, como gostariam de ser cuidados?

Respeitando o meu espaço, respeitando o meu limite. Pra mim é importante essa coisa do espaço, do respeito. É uma coisa que parece ser tão batida, mas têm pessoas que adentram o espaço da gente. Eu gosto de ser cuidado de uma forma simples, tendo um espaço, sem muito estresse. (Plutão)

Já falamos em diálogo, escuta e acolhimento. Plutão convoca um novo elemento: o espaço. Para ele, é importante que ele tenha seu tempo e seu espaço preservados. Em linhas gerais, a partir da entrevista e do diário de campo, foi possível perceber a dificuldade de Plutão em interagir em espaços sociais barulhentos e com fluxo de muitas pessoas, o mesmo prefere espaços reservados e que as pessoas compreendam que ele tem seu próprio ritmo e variações de humor e agitação no decorrer do dia.

No entanto, essa questão de espaços, tempos e limites aparece de uma outra maneira:

Tenho uma filha médica, ela chega cansada e de cara feia, então deveria existir um diálogo, pois sou mãe mas não sou de ferro, também me canso, então deveria ter o mesmo cuidado que ela tem com os pacientes em casa e comecei a impor limites e mostrar que também estava cansada. Então acho importante as pessoas perceberem que você tem seu limite. (Netuno)

No momento da entrevista acima e no pós entrevista, como percebido no diário de campo, a gestora Netuno se emocionou e demonstrou descontentamento com a filha, pois a filha médica aparentemente “cuida de seus pacientes, mas não tem a sensibilidade de compreender que sua mãe também precisa de cuidados em certo dia”. Fica a reflexão: em uma casa onde moram dois cuidadores, quem cuida desses cuidadores após um longo dia de jornada de trabalho ou plantões?

Na medida que vamos percorrendo acerca do cuidado, temos a percepção que é preciso sensibilidade no cuidar para notar o outro. Como podemos ver a seguir:

De agora, de imediato, me veio à mente a palavra respeito. Quando se tem respeito, automaticamente você presta atenção nas necessidades do outro. No meu dia a dia, eu percebo que estou sendo cuidada quando tem um café preparado, uma solicitação de pedido de ajuda para alguma atividade, receber uma mensagem pra saber se eu me alimentei ou não. Eu estou em um nível que me falta os cuidados básicos e essas coisas tão singelas, já me parecem como forma de cuidado. Isso que eu falei é mais na dimensão do trabalho, na dimensão mais pessoal... é quando eu chego em casa e tem janta pronta, ou quando eu tenho ajuda na vida doméstica como: pagamento de uma conta, coisas que não me fazem sobrecarregar. (Terra)

A gestora Terra se auto denuncia como aquela que está em nível precário de autocuidado. Em algum momento da entrevista com outros gestores, um gestor em específico disse: “preciso me cuidar para não ficar igual à gestora Terra”. De fato, no cotidiano, percebe-se que Terra trabalha em um ritmo frenético, até aparenta viver somente para o trabalho, chega cedo e vai embora tarde, tendo jornadas de trabalho que variam de 9, 10 ou 12h diárias (por decisão própria). Desse modo, Terra valoriza que ao chegar em casa, as coisas estejam prontas, que ao chegar no trabalho, tenha café pronto, pois nem sempre ela tem tempo para tomar café da manhã em casa.

Por fim, nesse subtópico, mesmo mencionando o cuidar do outro, o cuidar de si foi discutido também. Logicamente, notamos o caráter pendular do cuidado que vai de mim para o outro e do outro para mim. Em alguns momentos parece que falta o autocuidado, mas o cuidar do outro não seria uma expressão do cuidar de si? Sim, como já vimos por aqui. Porém, é preciso moderação nesse instante de doação excessiva ao cuidar do outro para que a doença não prevaleça. De alguma forma, a partir das entrevistas e diário de campo, sente-se um ambiente facilitador e silencioso do adoecimento desses profissionais, em cada um deles, foi possível sentir a necessidade de cada um ser cuidado, pois cada um, no seu ritmo, vai caminhando em direção, não da saúde, mas da doença.

### 5.1.5 Descobertas e *insights* da pesquisa

Traremos aqui algumas falas de conclusão dos gestores ao final da entrevista. O que ficou de aprendizado? Quais as impressões que esses trabalhadores tiveram? O que o momento da entrevista fez surgir de novo?

Até o momento não tinha passado na minha mente que eu seria uma cuidadora. Nunca tinha passado na minha mente. Na profissão, quando eu penso em cuidador eu penso em outras pessoas. Mas agora eu parei para refletir sobre isso. Quando é que eu sou uma cuidadora? E pensando de forma mais ampla eu consigo perceber que eu sou uma cuidadora na situação que eu estou hoje. Eu sempre me referi a cuidador pensando em outras pessoas, eu nunca me imaginei como cuidadora... foi uma surpresa. (Mercúrio)

Para Mercúrio, não havia a noção de que ela também poderia ser uma cuidadora, mesmo a partir desse lugar da gestão. Nos estudos de Gonçalves Júnior e Maciel (2020) algum profissional da atenção primária à saúde defendeu que os gestores não cuidam, mas a partir do relato da gestora Mercúrio, é possível refletir se não cuida por falta de intencionalidade ou por falta de consciência de que também se faz cuidado a partir da coordenação de programas e políticas.

Para a maioria dos gestores, eles se reconheceram como cuidadores, já Terra disse que se sente parcialmente uma cuidadora:

Parcialmente, o cargo em si não propõe uma relação de muito cuidado. Tem muita cobrança...e por que eu acho que é parcialmente...me veio outra coisa na mente que eu vou dizer agora... é a escuta. Quando eu faço o processo de escutar o outro e ter um olhar diferenciado para saber se a outra pessoa está passando por alguma situação ou não para julgar determinadas atitudes e a produtividade da pessoa. Quando eu tento fazer com que a ambiência do meu local de trabalho e dos serviços de saúde, eu estou cuidando das pessoas. Não é só por uma questão estética, para ficar bonito, é uma questão de trazer conforto para comunidade e pros trabalhadores. Eu já trabalhei na assistência e sei o quanto uma sala sem ar condicionado ou um lugar que não tem um banheiro adequado pode prejudicar a rotina. (Terra)

Fica claro na fala da entrevistada que nesse ritmo de cobranças, com o foco em resultados e produtividade, fica difícil enxergar o outro enquanto ser humano. Gonçalves Júnior e Lima (2020) já discutiram que um ambiente de gestão permeado por valores de alta produtividade, demanda excessiva e pouco tempo para reflexão torna os serviços de saúde pouco “férteis” ao surgimento da integralidade dos cuidados no SUS.

Para Terra, preocupar-se com o bem estar dos trabalhadores e o acolhimento de alguns usuários do SUS aparece como momentos em que ela consegue ser cuidadora. Mas há mais dificuldades apontadas a partir das reflexões dessa profissional:

Eu percebo que o lugar da gestão às vezes esquece das dimensões humanas e enxerga o outro só pelo viés técnico ou político. Aí o lado humano não é visto, esse humano que traz algumas questões quando pensamos no cuidado. Teve um momento aqui, que me marcou muito, que foi a fala de uma outra colega, que falou quando ela realmente me conheceu. A gente trabalhava junto há um ano e meio e ela disse que só veio me conhecer mais como pessoa quando me viu em um processo de luto. A gente estava

almoçando e conversando sobre e daí... me despertou que às vezes, esse lugar aqui não deixa muito a ‘gente ser a gente’, sabe? Quando a gente pensa no cuidado, a gente precisa pensar em pessoas, que tem história de vida, dimensões, desejos...quando a gente se coloca nesse cargo, parece que isso é arrancado de nós. (Terra)

De acordo com o conteúdo exposto acima podemos fazer a indagação: o ambiente de gestão ou laboral pode ser um destruidor ou modelador de subjetividades? É possível cuidar e ser cuidado em um ambiente que minimize as possibilidades de sermos quem somos? Isso não seria adoecedor? Além de trabalhar sem ser quem se é, tem mais, trabalhar sem ter condições para tal, como dito a seguir:

Durante a entrevista pode-se perceber que profissionalmente eu consigo fazer o melhor que eu posso, pela equipe, colegas, objetivos das políticas, mas tenho uma falha por não me priorizar tanto quanto é importante. Ir trabalhar gripada, fazer reunião muito gripada, não querer desmarcar pelo fato de estar marcada há um mês, e ver que outras pessoas teriam desmarcado, mas priorizei o trabalho e não rendi os 100%. Eu preciso cuidar mais de mim. (Netuno)

Alguns *insights* durante a entrevista não foram dos mais empolgantes. Em alguns momentos parece que “a ficha caiu” e determinados gestores tiveram maior consciência do quanto estão se anulando no dia a dia em prol do trabalho. Por outro lado, houve gestores que perceberam que podem fazer mais, podem cuidar de maneira diferente, como explorar caminhos mais técnicos para melhorar a vida de si e dos outros:

Eu achei importante o tema, a pesquisa. A gente não para muito para pensar nesse processo de cuidado e, enquanto profissionais de saúde, a gente precisa parar pra pensar, fazer alguns questionamentos sobre essas questões. Como a gente pode cuidar da nossa equipe, das pessoas, do município como um todo. Esse momento aqui foi um despertar, um momento de provocação...é preciso pensar o cuidado na saúde além das campanhas, não é só o mês da mulher, o novembro azul e tal, mas pensar a saúde a partir de questões epidemiológicas, de um planejamento. É preciso pensar o cuidado por aí também para não ficar só a campanha e atendimento clínico. (Plutão)

Esse cuidado mais “técnico” apontado pelo gestor Plutão também é uma expressão do cuidado e será discutido na segunda parte dos resultados dessa dissertação. Pensar no planejamento como ferramenta para o cuidado é importante, porém sempre acompanhado do essencial do cuidado, que é o estar com e estar para:

Hoje em dia está muito difícil das pessoas tolerarem umas às outras. Tolerar a falta do outro. As pessoas não sentam pra conversar, tudo tá muito imediato. É preciso conversar e esgotar as possibilidades antes de tomar alguma medida. É por isso que eu digo: ninguém solta a mão de ninguém não. Somos uma equipe. A gente precisa andar junto. A gente não está andando junto. Precisamos organizar nossas equipes de trabalho. É

preciso entender as dificuldades, as limitações, sentar, conversar. Segura na mão do outro, que aqui ninguém tá só não. A gente também precisa saber cuidar da falta, da ausência e das limitações. (Júpiter)

Júpiter nos presenteia com uma perspectiva diferenciada sobre o cuidado, pois afirma que é preciso também cuidar da falta, das ausências, das limitações. Nesse instante, o cuidado surge como um reparador biopsicossocial, como um eixo de provisão ao outro ou de si mesmo. E ainda mais, convoca a pensar o cuidado a partir de redes sociais, de apoio social para que esse suporte fortaleça os indivíduos imersos nessa interação. No mais, segundo com os relatos:

Eu achei importante esse momento porque o cuidado é algo que cada um tem a sua percepção. É algo que não é preciso ir na literatura, eu posso falar sobre o cuidado a partir da minha experiência. (Marte)

O gestor Marte no início de sua entrevista se demonstrou bastante preocupado e tenso com a entrevista. No decorrer da mesma, Marte foi demonstrando maior segurança ao responder as perguntas. Havia uma insegurança nele se ele saberia ou não responder as questões do roteiro de entrevista e foi conversado com ele que seria muito a partir de sua percepção. Isso o deixou mais tranquilo e, por fim, Marte chegou a sua conclusão que o entendimento acerca do cuidado é subjetivo e parte da percepção de cada um, pois todos somos cuidadores em alguma dimensão, como vê-se a seguir:

Eu me sinto parte do processo. Muita coisa também só acontece na assistência porque a gestão está implicada. Sem a gestão, tem coisa que não vai pra frente e o gestor precisa atuar. Eu acho que o cuidado do gestor é diferente do profissional da ponta, não tem esse quem mais 'cuida', mas todos fazem parte do processo de cuidado. (Marte)

No decorrer do processo, Marte, que agora é gestor mas era profissional da assistência, foi elaborando o raciocínio de que também é um cuidador a partir desse lugar que ocupa agora (coordenação). Um movimento parecido aconteceu com Urano:

Achei um momento bem reflexivo, porque muitas vezes a compreensão das pessoas que estão na gestão e das que enxergam a gestão por outra perspectiva pensam justamente nisso, que aqui a gente não cuida, faz a parte burocrática e está distante desse usuário e isso não é o cuidado, mas o que fica para mim hoje desse momento é essa reflexão e a importância da gente pensar desse lugar, a gente consegue sim cuidar e que cada gestor consiga se ver nesse lugar de cuidado, pois muitas vezes a gente não se vê e fica muito naquela relação muito mecanicista de alimentar, programar, tabelar, consolidar, responder demandas que vão chegando e muitas vezes a gente não para pra pensar nisso, que a gente também cuida e que a gente também precisa ser cuidado. (Urano)

Chegando aos momentos finais desta primeira parte, percebemos que refletir e pensar o cuidado a partir do lugar de gestão não é fácil, mas é bem possível. O cuidado também pertence a

esse local, os gestores estão totalmente imbricados com a oferta das práticas de cuidado. É preciso desenvolver uma cultura de cuidado dentro das secretarias de saúde. Por vezes, esse lugar da gestão pode soar, em certos momentos, como um lugar solitário, uma vez que as interações podem ser superficiais por causa da velocidade dos acontecimentos e problemas que chegam nesse lugar.

Em suma, esse último tópico da primeira parte se constituiu enquanto um movimento de “saber de si”. Para Foucault (1985; 2010) o tema do cuidar de si e o saber de si são expressões intrínsecas. Para cuidar de si é importante compreender-se nesse ato de perguntar ao outro se a sua forma particular de cuidar remete à elaboração de pensamentos, sentimentos, atos e omissões. Sendo assim, a elaboração desse discurso permitiu esses indivíduos a se conhecerem melhor e refletirem sobre suas práticas e atitudes do cotidiano.

## 5.2 Da autonomia das decisões aos caminhos práticos para o avanço do cuidado integral no SUS

Aqui se inicia a segunda parte dos resultados dessa dissertação. Nesse ponto, a partir de então, haverá maior preocupação em apresentar aspectos e caminhos possíveis para melhorar as práticas de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde pública. Temas como autonomia, tomada de decisão, ferramentas para o cuidado e estratégias para melhorar o cuidado entre os gestores e no SUS serão discutidos.

### 5.2.1 A percepção de autonomia no processo de trabalho dos gestores

A ligação entre autonomia e processo de cuidado já fora citada anteriormente. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde-PNEPS já fizera isso. É preciso ouvir o outro e deixar sê-lo. Dessa forma, é preciso ter autonomia para cuidar e promover autonomia para que os outros possam cuidar também (BRASIL, 2013). A PNEPS ainda cita essa autonomia como um processo emancipatório de sujeitos e coletivos contra expressões de violências, hierarquias e relações

conflituosas de poder. Ainda sobre a autonomia, Matsumoto (1999) elencou que para se atender às necessidades integrais do outro, é preciso propiciar graus crescentes de autonomia aos cidadãos.

Mas quanto ao nosso público da pesquisa, como se dá essa autonomia no processo de trabalho cotidiano?

Para o cuidado aqui eu tenho muita autonomia. Me sinto livre com relação às minhas escolhas, algumas coisas eu não posso decidir porque existe uma hierarquia e eu preciso respeitar. Mas acredito que aqui, todo mundo é livre pra exercer isso dentro do seu trabalho. Eu não concentro, eu tento dar liberdade. Com o estagiário é a mesma coisa, é preciso acolher o estudante, entender as expectativas, ele quer ter cuidado, aliás, ele quer ser cuidado. Ele quer aprender, às vezes ele quer essa autonomia e noutras vezes não, porque em alguns momentos ele se sente inseguro. (Vênus)

A gestora Vênus pontua positivamente sua autonomia diante de suas demandas, porém destaca que nem tudo está a seu alcance e que precisa recorrer a instâncias superiores para resolução de certos problemas. Ainda surge em seu conteúdo a preocupação, ou melhor, o cuidado com o “estagiário”.

A partir da fala de Vênus podemos refletir: até que ponto é interessante ter ou não ter autonomia? Qual é o limite “saudável”? Vamos tecendo os demais conteúdos e refletindo sobre essa questão. Porém, em outros coordenadores foi percebida essa questão do limite da autonomia e a convocação de superiores:

Essa é difícil (sorrisos), deixa eu pensar. Às vezes, tem situações que fogem da nossa instância e eu não consigo articular ou dar um “sim” naquele momento. Mas pelo menos eu tento facilitar o caminho dela. Tem situações que eu tento dar uma atenção especial, mas que às vezes a resolução se dá a nível estadual, por exemplo. Quanto aos profissionais que estão ligados a mim, eu deixo muito livre. As pessoas podem tomar decisões e ter a iniciativa de resolver as questões por conta própria. Se ela puder executar, ela executa. Caso ela não possa, ela pode me procurar. As pessoas do serviço que estão mais na ponta, vem me procurar. Mas eu dou autonomia, caso a pessoa possa resolver, ela resolve sozinha. (Mercúrio)

No caso acima, o limite da autonomia não se dá dentro da própria secretaria municipal de saúde, transcendente a essa instância e é mencionado o ente Estadual. Contudo, há um componente sutil de cuidado quando a mesma diz que se não consegue resolver, ao menos, facilita o caminho do outro na obtenção do seu objetivo. Esse movimento já se caracteriza enquanto uma responsabilização pelo outro, mesmo a partir de suas limitações, e a promoção da autonomia do outro, ao passo que estimula o outro na sua caminhada.

Relacionar temas como autonomia e processo de trabalho é bem pertinente. A revisão integrativa realizada por Jarruche e Mucci (2021) apontou que menores índices de autonomia nas práticas laborais e excesso de tarefas desaguam na síndrome de Burnout, por exemplo, sendo que, para esses autores, os profissionais de saúde estão cada dia mais adoecidos por esse quadro. Dessa forma, criar espaços organizacionais que estimulem autonomia aos trabalhadores da saúde, pode fazer com que esses organizem suas práticas, levando em consideração suas formas e expressões particulares, a ponto de não “engessar” e nem “robotizar” seu cotidiano. Portanto, a autonomia também é uma variável do cuidado.

Tenho autonomia para coordenar e são 23 funcionários juntamente com os residentes o que chega a 50 e poucos funcionários. Onde se for preciso realocar alguém ou chamar atenção eu faço, graças a liberdade que a gestão me dá. Por exemplo, com a chegada de um novo funcionário não preciso perguntar a gestão onde o colocar, pois hoje consigo saber quais os locais mais fragilizados. Então hoje não tenho insegurança quanto a essas decisões. Tomando atitudes e decisões assertivas, coisa que antes tinha medo para não magoar, mas hoje sei que preciso fazer isso. Tenho essa autonomia e também a dou a coordenadores internos, onde em casos de desentendimento, eles devem se resolver em equipe e se não conseguir, ir até a mim. (Netuno)

No conteúdo acima, as palavras insegurança e medo aparecem quando o tópico é autonomia. A liberdade de tomar decisões provoca esse fenômeno? A partir da obra de Sartre (1973) é possível correlacionar a autonomia das decisões e a liberdade de escolha à angústia e ansiedade frente às demandas da vida. Se anteriormente, apoiados na obra de Jarruche e Mucci (2021), destacamos o lado positivo da autonomia em saúde, por outro lado, Sartre nos lembra que ao ter acesso a autonomia ou liberdade de escolhas, a angústia surge como dúvida e a ansiedade nos remete à responsabilização diante da decisão e pelas possíveis consequências futuras.

Existe muita diferença entre liderar e chefiar, eu procuro enquanto coordenadora liderar, ir junto, mostrando que do lugar em que eu estou as demandas que tenho são diferentes de quem não é coordenador de um serviço por exemplo. Mas não impede de trabalhar juntos e construir sempre juntos, um entendendo o papel do outro, então por meio disso é possível liderar, assim liderar é você ir e construir junto, que é diferente de chefiar, onde existe uma hierarquia onde você manda e os outros fazem o que é dito ou falado, então é possível construir autonomia nessa perspectiva de liderança construindo junto e indo junto, atuando dentro dos serviços. (Urano)

A perspectiva de liderança que Urano aborda é semelhante aos resultados do estudo de Oliveira *et al* (2020), quando trazem à luz uma dinâmica de liderança que evidencia a transformação de práticas menos verticalizadas e mais orientais, para além do fazer saúde junto aos trabalhadores.

Adiante, temos dois conteúdos ressaltando o agir do gestor da saúde em momentos específicos que podem ser decisivos na prestação da assistência à saúde:

Eu penso sobre o que está ao meu alcance. Se não facilitamos o processo, a situação pode se agravar, assim como já aconteceu. Já teve casos que se não fosse a minha intervenção, determinado tratamento ou procedimento não teria acontecido para aquela pessoa. (Mercúrio)

A gente se pega pensando sobre o quanto o nosso agir pode impactar na vida dos outros...é um transporte, uma remoção, uma marcação de exame, uma medicação de urgência. Tem ações nossas que se não fizermos naquele dia, determinada pessoa ou grupo de pessoas podem ser muito prejudicadas. Isso às vezes nos faz ligar um alerta e pensar que temos que agir imediatamente porque pode ser decisivo na vida do outro. (Marte)

Nesses casos acima, há um maior envolvimento dos gestores com casos clínicos e há uma intervenção mais direta na gestão do cuidado. Nesses momentos, há mobilização de recursos humanos, medicamentos, práticas de regulação em saúde e articulação com o setor de tratamento fora do domicílio (TFD), por exemplo. São os gestores articulando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para lidar com esses casos mais sensíveis do território. Porém, além dessa questão da urgência em atender casos clínicos complexos, o que mais pode ocorrer se um gestor não agir dentro de sua função cotidiana?

A minha política dá conta de vários programas. Tem questões que eu preciso cumprir e caso eu não o faça, isso pode gerar penalidades e o não repasse da remuneração de alguns profissionais. (Vênus)

Se na assistência, um erro pode causar danos à saúde física e mental dos usuários do SUS, no âmbito da gestão, erros podem incluir perda de repasses financeiros aos profissionais ou até mesmo na captação de recursos para o município, para além dos danos assistenciais aos comunitários. Para Haddad *et al* (2021) o financiamento do SUS em muitos casos é aquém do desejável, ainda mais quando, por falha de competência dos gestores, um percentual do montante total é perdido e a sustentabilidade dos serviços pode ficar comprometida.

Mas se engana quem pensa que um município só terá influência sob seus munícipes:

Nosso município já está sendo modelo para tantos outros. Outros municípios já entram em contato comigo para saber como estamos fazendo por aqui. Isso me motiva, aí eu não paro. (Júpiter)

O SUS é único e trabalha de forma hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 2011). Portanto, trabalha-se em rede, opera no coletivo. As práticas realizadas no Acre, por exemplo,

podem ser aplicadas em Pernambuco ou São Paulo, o que se faz em um município pode servir de modelo para outros entes federados e com isso, atingir a saúde pública de outras áreas geográficas. Esse pensamento em rede e mais abrangente nos faz refletir que não somos responsáveis apenas pela parte, mas sim, pelo todo.

No mais, toda essa influência e ação do gestor na vida das pessoas não causa nenhum desconforto neles?

Já pensei e refleti demais, tanto que com oito dias na coordenação eu fui entregar o cargo, pedir demissão, pois estava sentindo o peso dessa responsabilidade onde muitas vezes você não tem condições ideais para decidir pelo ideal, e vai ter que trabalhar com o real. Então fiquei muito nessa reflexão se iria conseguir fazer aquilo que é ideal, fazer o que a população precisa, se existem outros fatores que vão me impedir de fazer o ideal, mas pensando nessa perspectiva, nessa reflexão, é algo que acho que faço diariamente, poxa, no lugar que eu estou, como eu posso contribuir para melhoria da vida das pessoas e da população, pessoas que principalmente utilizam os serviços de saúde mental, como podemos implantar uma política de promoção à saúde mental, como podemos melhorar para a população no geral. Daí vem várias angústias, vários conflitos, pois são algumas barreiras que não vamos conseguir dar conta, pois muitas coisas levam tempo, mas pelo real e ideal, acredito que precisamos sair dessa atmosfera do ideal, pois nunca vai ter o ideal, mas sim o real, que é o que tem e fazer o melhor pela população, escutando, entendendo as demandas do dia a dia que eles precisam. (Urano)

No artigo de Vasconcelos e Pena (2019), intitulado “Angústia: um afeto que não engana”, a angústia é discutida a partir da visão psicanalítica proposta por Freud e Lacan. Nesse trabalho, é possível compreender que a angústia pertence não ao mundo simbólico dos fenômenos, mas sim da representação do real, quando esse real não está atribuído a um sentido experiencial maior. Dessa forma, o que angustia o ser humano é se deparar com a realidade tal qual ela é. No trecho acima, na resposta de Urano, vemos esse embate entre aquilo que ela considerava ideal diante daquilo que se desvelou como real e isso trouxe tamanha angústia que a fez ir ao encontro da sua instância superior para desistir do cargo. Com o desenrolar do conteúdo percebe-se que Urano aprendeu a lidar com o real e soube preencher seu vazio de identificação profissional com a ideia de que era possível cuidar dos outros a partir do lugar de gestora.

Ainda sobre o desafio de pertencer a esse espaço, tem-se:

No início era muito pesado, havia muitas incertezas e isso impactava em minha saúde mental. Obviamente, eu me proponho a colocar decisões mais em âmbito coletivo, quando eu tomo decisões eu já tenho feito escutas... a minha tomada de decisão é com muito comprometimento se não eu não ficaria nesse cargo. Mas eu tenho plena segurança que essa tomada de decisão tem critérios teóricos e de escuta coletiva e isso me traz certa tranquilidade. Qualquer mudança que eu vou fazer, não vem só do que eu acho... quando a gente assume esse tipo de cargo, a gente precisa ter diretrizes, a gente

até pode rascunhar alguma proposta, mas a decisão final é baseada em várias escutas e isso traz menos angústias sobre o impacto disso na vida das pessoas. (Terra)

A gestora Terra encontrou um caminho saudável para lidar com essa angústia oriunda do lugar da gestão. A mesma compreendeu que a resposta está no coletivo! Sim, se a decisão é tomada a partir do coletivo, a “responsabilização” não é apontada apenas para um, mas para o todo. Gomes e Órfão (2021) destacaram os desafios de se estabelecer mecanismos para participação e controle social, além de instâncias colegiadas e deliberativas como grupos de trabalho, colegiados, comissões intersetoriais e conselhos de saúde. Porém, a partir do trecho acima da colaboradora Terra, é necessário entender a participação social como ferramenta de inclusão da sociedade nas tomadas de decisões e na atenuação da angústia dos gestores do SUS, por intermédio da cogestão e corresponsabilização.

## 5.2.2 Ferramentas para gestão do cuidado

No tópico anterior discutimos sobre autonomia e tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde pública. Agora, iremos discutir ferramentas apontadas pelos gestores que os auxiliam no dia a dia para essa gestão do cuidado. As ferramentas propostas aqui estão longe de ser o conjunto total de possibilidades de ferramentas para o cuidado, mas pode direcionar algumas reflexões sobre a temática. Aliás, o médico tem sua ferramenta para cuidar, o dentista também, assim como os enfermeiros. Qual a ferramenta de cuidado dos gestores da saúde?

O planejamento, quando fazemos as coisas com mais planejamento você diminui a sobrecarga de trabalho. Nos oportuniza direcionar melhor as atividades, mas não é o planejamento de planejar hoje para fazer amanhã...é um planejamento mais amplo. Hoje o dia a dia da gestão é mais imediatista. (Terra)

Terra destaca o planejamento como ferramenta de cuidado. Como já citado anteriormente, a sobrecarga de trabalho é um dos fatores que merecem atenção no cotidiano dos profissionais de saúde e um planejamento mais estruturado e sistemático poderia melhorar esse cenário. Dias *et al.* (2022) discutem sobre a ideia de Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), nessa nova visão, o planejamento é tido como ferramenta para amenizar a sobrecarga emocional dos envolvidos no processo.

Porém, antes mesmo de planejar, há alguma ferramenta que precisa ser exercitada?

Eu digo que é a escuta, é básico, mas é fundamental. Uma escuta bem feita a gente consegue diagnosticar, traçar ações estratégicas e avaliar muita coisa, consegue dar melhores segmentos aos casos que trabalhamos. A escuta favorece a lida com os usuários e outros profissionais. (Marte)

Aqui, nesse tópico, a escuta aparece enquanto ferramenta e expressão de cuidado. Na saúde, a escuta vem aparecendo na literatura como expressão de ferramenta essencial na produção de cuidado em diferentes contextos por diversas categorias profissionais (SOUZA e SILVEIRA, 2019; NASCIMENTO *et al*, 2020). A escuta por si só parece solicitar um retorno, uma interação. A escuta requer posteriormente uma troca, um diálogo (SOUSA *et al*, 2021).

Acho que só o diálogo, eu não consigo pensar em um objeto físico. Só o diálogo mesmo. Se existe um instrumento físico, eu não percebi ainda. (Mercúrio)

É o diálogo, escutar os outros coordenadores, escutando as pessoas. Precisamos ouvir mais os profissionais. Esse é o olhar que precisamos ter, não podemos ser arbitrários. Se um profissional não tá bem, a gente não pode simplesmente demitir ele. É preciso ouvir essas pessoas, pois elas podem estar precisando de cuidados. Eu tive exemplos aqui de pessoas que começaram a mudar seu humor, o seu jeito de ser, daí eu conversei com essa pessoa, dei um recesso a ela, blindei ela da situação que estava acontecendo. (Saturno)

Quando indagada sobre sua ferramenta para cuidar, Mercúrio apresenta uma dificuldade em elencar, mas após uma breve reflexão traz o diálogo como ferramenta de gestão para o cuidado. Merhy (2019) traz o diálogo como fundamental para gerir a micropolítica do poder dos cuidados em saúde. O diálogo surge, em muitos aspectos para esse autor, em campos de disputa por conflitos de interesses culturais, econômicos, sociais e emocionais. Diálogo esse também que ocorre em diferentes atores como gestores, profissionais e usuários, e provoca cotidianamente tensionamentos devido às trocas de subjetividades

Já no caso apresentado por Saturno, o gestor utilizou o diálogo para balizar sua tomada de decisão em prol do que seria melhor para a saúde mental do trabalhador. Portanto, é sempre importante ampliar os mecanismos de comunicação entre os entes, independentemente do método aplicado. Como poderemos ver a seguir:

Você nem vai acreditar, mas eu adoro uma caneta e um papel. Não adianta falar, eu já percebi isso. Hoje, o pessoal está ouvindo somente o que quer e eu gosto do papel e caneta para mostrar, se possível, desenhar pro outro a ideia. Eu falo e vou rabiscando, desenhando no papel e vou mostrando aos profissionais, para refletir junto. O melhor instrumento é papel e caneta. (Júpiter)

O cuidado também traz consigo uma dimensão pedagógica. Cuidar também está presente no ato de ensinar e aprender (BOFF, 2012; BOEIRA, 2016; MAKUCH e ZAGONEL, 2017). A expressão do papel e caneta remete ao cuidado enquanto demonstração de algo, da preocupação em dar forma a ideias e fluxos que precisam ser comunicados aos trabalhadores em alguns instantes de encontros informais entre a coordenadora Júpiter e seus liderados.

Segundo essa discussão, um tema que talvez não fosse ficar de fora seria o acolhimento. Urano trouxe em sua entrevista:

O Acolhimento é uma ferramenta muito potente. É por meio dele que a gente vai estabelecendo o vínculo, para que a relação seja efetiva, duradoura, é a partir disso que começa. Acolher o outro dentro da sua complexidade, das suas demandas e pensar junto na construção de estratégias para aquela demanda que venha surgir. (Urano)

Por meio de sua fala, Urano consegue reunir elementos daquilo já proposto por Terra, Marte e Mercúrio, pois evocar o acolhimento enquanto ferramenta é levantar tópicos como escuta, diálogo e planejamento do cuidado para práticas e intervenções mais eficazes. Ayres (2009) quando elencou os eixos para integralidade do cuidado, trouxe o acolhimento em uma dessas dimensões.

O meu instrumento de cuidado hoje é a tecnologia, é o computador e o celular. Acho que a tecnologia e a informação é o que me faz atuar indiretamente no processo de cuidado do cidadão. Gerenciar a informação. (Plutão)

Na pesquisa de Fonseca e Santos (2007), o uso de tecnologias da informação foi percebido como algo potencialmente prejudicial ao cuidado, e ainda mais, as ferramentas computacionais foram vistas como mecanicistas e que poderiam retirar sentidos do “cuidar” nas práticas de saúde. Por outro lado, na resposta de Plutão, os recursos tecnológicos como computadores, celulares, softwares e sistemas de informação são importantes para o cuidado atualmente. Segundo o levantamento realizado por Neto e Chioro (2021) existem 54 sistemas de informação em saúde (SIS) de base nacional, fora os SIS de origem estadual, municipal e particulares via empresas de consultoria. Dessa forma, destaca-se que os SIS já tomam expressiva parcela do processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde e aparelhos como computadores, celulares, tablets e afins são fundamentais para operacionalizá-los. Talvez esse cuidado *online* por intermédio dos SIS na gestão seja uma forma de cuidar a distância, de saber

que existe um outro que pode estar a quilômetros de distância, mas que está acompanhando seus processos e resultados para que, em ocasiões críticas, ofereça o devido apoio aos profissionais.

Ademais, o que mais poderíamos elencar enquanto ferramentas utilizadas pelos gestores?

As visitas *in loco* também porque aí vejo onde posso atuar e resolver, envolvendo inclusive conflitos entre a equipe, onde é preciso intermediar. (Netuno)

Por fim, apresenta-se as visitas *in loco* como ferramenta de cuidado. Estar junto, ir ao local onde o problema ocorre, ir ao encontro daquela pessoa ou daquela situação que precisa de cuidados. Nesse trecho, vemos um cuidado que não é aquele que somente “espera o outro chegar para acolher ou escutá-lo”. Nessa ferramenta da visita é possível ver uma face de proatividade de ir atrás dos casos complexos para resolução.

Dessa forma, as ferramentas de cuidado aparecem em caráter ora mais ativo, ora mais passivo. Tópicos comunicacionais como: escuta, diálogo, comunicação, acolhimento; ítems tecnológicos digitais como: computador e celular para gerenciamento da informação em saúde; ítems analógicos como: papel e caneta. E ainda, as visitas *in loco* foram os pontos trazidos pelos gestores dessa pesquisa.

### **5.2.3 Possibilidades individuais e coletivas para avançar no cuidado integral**

Perpassando por toda pesquisa e chegando até aqui, é importante saber quais apontamentos esses gestores podem fazer para que se possa avançar nas práticas do cuidado no SUS de forma integral.

Com relação ao cuidado, acho que a promoção e prevenção poderia ser melhor aproveitada. As pessoas ainda estão voltadas mais ao modelo tradicional, que é voltado para sintomas e as pessoas precisam atuar mais na base. (Vênus)

Para se trabalhar a integralidade nos serviços de saúde, é importante lembrar do conceito proposto na lei Orgânica 8.080/1990 que traz a articulação de atividades preventivas e curativas

no âmbito individual ou coletivo (BRASIL, 1988 e 1990) Refletindo a partir disso, estaria a gestora atuando apenas na dimensão “curativa” da gestão? Somente “apagando incêndios”?

É preciso pensar o cuidado por aí também para não ficar só a campanha e atendimento clínico. A gente enquanto gestão precisa fazer perfil epidemiológico, trabalhar com incidência, conhecer as diferentes populações e suas especificidades. Acho que a ferramenta de planejamento. Eu sinto falta do planejamento de fato. Planejar, executar e revisitar o planejamento... a gente faz um planejamento muito pontual, mas acho que pra integralidade funcionar é preciso integrar mais essa ferramenta do planejamento. (Plutão)

É preciso compreender que a Saúde Coletiva enquanto campo de saber se faz a partir da Gestão, Epidemiologia e Ciências Sociais e Humanas. Trabalhar o planejamento das ações em saúde tendo essas três dimensões de forma interdisciplinar ou até mesmo transdisciplinar pode fazer o SUS avançar cada vez mais em sua integralidade do cuidado (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998; RUSSO e CARRARA, 2015).

Contudo, é preciso ter tempo para cuidar e cuidar para ter tempo (GONÇALVES JR e BARRETO, 2021). Sobre essa disponibilidade de tempo para o cuidar ou para o SUS:

Sobre a minha conduta, eu acho que eu poderia ter uma maior disponibilidade de horário. Eu trabalho aqui, mas tenho uma carga horária reduzida e isso dificulta o meu processo de trabalho e o meu cuidado. (Marte)

Retomando a lei orgânica 8.080 de 1990 em seu artigo 28, tem-se: “Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidos em regime de tempo integral”. Pensando nisso, quando Marte diz que está com uma carga horária reduzida é possível discutir que o artigo em questão pode não estar sendo cumprido.

É preciso estar no serviço, disponível para o cuidado. Pois até se pode pensar que o quadro de profissionais do SUS está subdimensionado:

Sobre o sistema de saúde, SUS, eu acredito que precisamos melhorar muito na disponibilidade de suporte técnico, recursos humanos. A gente precisa de gente na saúde, pra fazer as coisas acontecerem, pessoas técnicas pra elaborar eventos, protocolos de cuidado, notas técnicas, planejamento, a gente precisa de gente técnica, várias cabeças pensando e planejando. Ter um apoio técnico em várias áreas. Eu cito aqui o apoio institucional, por exemplo, os apoiadores daqui trabalham na atenção primária, mas acabam ajudando todo mundo e isso é importante no nosso contexto. (Marte)

O apoio institucional é uma ferramenta que auxilia a concretizar as diferentes políticas de saúde nos diferentes territórios. Ao se trabalhar com apoiadores institucionais, estudos apontam que há menor sobrecarga de trabalho junto aos coordenadores de políticas de saúde

(BRITO *et al.*, 2022). Já quanto à questão de pessoas técnicas na gestão, Haddad (2021) discute a importância dessa seleção de pessoal para melhor alocar os escassos recursos do SUS e fazer esse sistema atuar de forma mais fluida e eficaz.

Mas no que mais podemos melhorar no cuidado do SUS?

Eu diria acesso. Não só de ter o cartão do SUS, mas ter acesso ao mínimo de atendimento, a escuta...a gente precisa melhorar muito, muito, muito...a gente infelizmente acaba criando algumas barreiras de acesso. Seja o preconceito que existe em algumas equipes, seja as dificuldades geográficas, físicas em um país continental. Acesso à informação. O SUS é universal, mas parece que ainda não é pra todos, entende? Muita gente ainda tem dificuldade de acessar o sistema. (Terra)

Pinheiro (2003) compreende a integralidade como expressão de acesso também. Ou seja, pensar no acesso ao cuidado é pensar na expressão daquilo que seria o integral. O acesso mencionado por Terra não é somente um acesso geográfico, mas da informação também. Há uma preocupação em ter a saúde enquanto direito e esse ponto de vista corrobora bastante com as discussões da autora Pinheiro sobre acesso e integralidade em saúde.

Adiante, pensar na integralidade do cuidado é também pensar na articulação da rede, organizando os serviços da atenção primária e média complexidade, por exemplo, e como podemos notar:

Uma das coisas que poderíamos fazer para avançar na integralidade dos serviços seria regular os serviços de média complexidade a partir de diretrizes territoriais e de equidade, para melhorar o acesso. Além disso, a parte administrativa é muito importante. É preciso dar manutenção na estrutura física, fazer com que os insumos cheguem aos serviços para eles funcionarem. Do mesmo jeito que a gente cuida da nossa casa, a gente pinta, a gente precisa cuidar da estrutura física da unidade. Às vezes a população não é assistida por questão de falta de logística e administrativa. Mas é preciso pensar na regulação dos serviços de média complexidade. Pensar na articulação dos serviços de forma justa e igualitária como os princípios do SUS. Criar fluxos para facilitar o acesso. As pessoas não conseguem atendimento porque o fluxo tá errado. (Júpiter)

Além do acesso que continua a ser mencionado, dessa vez por Júpiter, há mais ênfase em seu discurso o apontamento de que é fundamental criar fluxos e linhas de cuidado consistentes. Questões administrativas também foram citadas como um possível gargalo na gestão do SUS. A parte administrativa garante que o SUS minimamente funcione com sua estrutura física e possa garantir melhor ambiência. Mas essa melhora na parte administrativa seria meramente em quesitos de infraestrutura?

É preciso ter uma reforma administrativa urgente de salários, certo? No geral, nos serviços de saúde, desde a recepção aos serviços gerais, precisam ser mais reconhecidos. A pessoa trabalha o dia todo, limpando vômitos, se contaminando para ganhar um

salário mínimo. Como ele sustenta uma família? Aí vai pra casa e mal consegue fazer a feira, isso influencia, pra quem cuida das pessoas, a remuneração não é tudo, mas tem esses dois pontos: financeiro e psicológico. O médico hoje ganha mais, às vezes ganha o triplo ou o quádruplo de outros profissionais e ele é muito auxiliado por outros profissionais como os da enfermagem, a recepção, os serviços gerais, por exemplo. Quanto ao psicológico, todo mundo deveria ter esse apoio. Cada unidade de saúde deveria ter uma reunião por mês para trabalhar a saúde mental dos profissionais. Ter um 'cuidando de quem cuida' voltado para saúde mental. O serviço pudesse parar um pouco para trabalhar a saúde mental ... as remunerações estão engessadas há anos e isso influencia. A vida das pessoas é pesada. (Saturno)

Segundo Saturno, para se avançar nas práticas de cuidado integral no SUS será necessário pensar em duas óticas: revisão de salários e saúde mental dos profissionais. Esses dois tópicos podem compreender políticas de gestão do trabalho em saúde. A política de gestão do trabalho é uma instância legal e constitucional do fazer do gestor do SUS. Temas como precarização do trabalho, participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões e dimensionamento de quadros técnicos são pertinentes a essa política (VIANA, MARTINS e FRAZÃO, 2018).

A partir do exposto pelo gestor Saturno, é possível o questionamento: como anda a gestão do trabalho nessa respectiva secretaria de saúde? Quais os principais desafios para melhorar a qualidade de vida no trabalho dessas pessoas? Sim, é preciso pensar o cuidado dentro e fora das organizações de saúde, não somente o cuidado para os comunitários do SUS, mas também aos trabalhadores e gestores.

Acho que deveríamos ter algo mais pensado pra isso, momentos com equipes, com profissionais que possibilitasse essa visão sobre o cuidado. É tudo tão atropelado que não conseguimos parar, eu nunca tinha parado para pensar nessa possibilidade de me ver como cuidador. Acho que muita gente não se vê. Ter momentos para refletir o cuidado com o outro e o autocuidado. Um programa, sei lá. (Mercúrio)

Mercúrio destaca que é preciso discutir mais sobre o cuidado e traz isso enquanto resposta a melhorias no avanço dos cuidados integrais no SUS. Talvez a presente pesquisa aqui desenvolvida seja uma resposta a isso: discutir melhor o cuidado e fazer os gestores repensarem suas práticas a partir desse encontro. Santos, Mishima e Merhy (2018) refletem as potencialidades de reconfiguração das práticas em saúde a partir da valorização da subjetividade dos trabalhadores e do diálogo a partir de novas formas de produção de cuidados em saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecendo os comentários finais a respeito dessa pesquisa, ou melhor, mais que uma pesquisa, uma jornada, vamos caminhando e “desacelerando”. Esse desacelerar não remete a um movimento que tem como diretriz um estacionamento, mas uma redução de velocidade para que possamos juntos refletir e realizar considerações mais sólidas. Aliás, não é melhor para contemplar a paisagem dessa aventura quando estamos em velocidade mais lenta?

Essa discussão inicial entre velocidade, lentidão, reflexão, aceleração... carrega em si muito daquilo que fora sentido pelo público da pesquisa: a alta demanda do dia a dia do SUS e a autocobrança ou até mesmo cobranças externas para produtividade. No mais, para refletir sobre a integralidade do cuidado é preciso desacelerar um pouco. Na música, Amor de índio, o compositor Beto Guedes afirma que a abelha só produz mel quando não está voando. Em analogia a essa afirmação, podemos dizer que sim, é possível produzir “cuidado” a partir da reflexão ou de um processo mais introspectivo.

Essa pesquisa se propôs a conhecer os sentidos e significados do cuidado integral em saúde e seus modos de fazer junto a gestores de um município do interior pernambucano. Foram realizadas entrevistas com profissionais gestores de uma secretaria municipal de saúde deste município. A coleta de dados se apoiou no método cartográfico. O método cartográfico escolhido nos permitiu navegar por essa flutuação do dia a dia, considerando que esse método se relaciona com uma realidade que não é única e absoluta, muito menos estática, mas sim uma realidade que se transforma o tempo inteiro a partir das interações entre os seres e infinitas variáveis que dela fazem parte.

Quanto aos objetivos desta pesquisa, há um relaxamento e satisfação na compreensão de que foram atingidos. Na estrutura da pesquisa o resultado foi dividido em duas partes: na primeira, aspectos mais ontológicos acerca do cuidado; na segunda, aspectos menos ontológicos conceituais e mais normativos a respeito do mesmo.

Essa primeira parte, para além desses aspectos ontológicos, pretendeu dar conta dos dois primeiros objetivos específicos nomeados a seguir: identificar as diferentes perspectivas acerca do cuidado integral nos gestores da saúde e refletir acerca das práticas do cuidado de si e dos

outros a partir da ótica dos gestores. Aqui, o cuidado foi percebido em seu amplo aspecto e, em alguns trechos foi possível ter contato com o termo “movimento pendular” para descrever essas flutuações e movimentações da perspectiva do cuidado por esses gestores.

Cuidado, descuidado, zelo, negligência, preocupações e esquecimentos. O processo de cuidar parece carregar todos esses aspectos que não são opostos entre si, mas complementares. O cuidado e o descuidado são partes de uma mesma moeda. Assim como percebemos em alguns instantes dessa pesquisa que o cuidado não se faz apenas na presença, mas na ausência também. E podemos nos arriscar a dizer mais: o cuidado está presente muito mais na ausência que na presença em si. Confuso? Talvez não.

Outro processo paradoxal do cuidado é o cuidar de si e do outro. Nessa pesquisa, em alguma fase inicial, foi intencionado trabalhar esses aspectos em tópicos separados. Por conseguinte, com o avançar da pesquisa foi possível compreender que essas duas instâncias estão aglutinadas e a separação delas é uma atitude falha, pois o cuidar do outro remete ao cuidar de si e o cuidar de si, em algum momento, visa o cuidar do outro.

Já na segunda parte, a pesquisa voltou-se para abordar o último objetivo específico: analisar os modos de desvelamento da integralidade na gestão do cuidado e suas possibilidades de avanços nos serviços. Nas categorias temáticas trabalhadas nessa parte, tópicos como autonomia, tomada de decisão, ferramentas para o cuidado e possibilidades de avanço do cuidado integral foram discutidos. Houve algumas evidências do quanto que a autonomia no trabalho é uma expressão do cuidado e a tomada de decisão pode ser um despertar de angústias pelo “peso” das escolhas. Ora, aqui temos mais um paradoxo dos gestores: é preciso de autonomia para se sentir mais engajado com o processo, porém quando a autonomia para tomar decisões passa de um certo nível, a angústia pode se instalar pela afetação de que a decisão pode reverberar na vida dos munícipes. Porém, os próprios resultados e discussões apontam caminhos para balizar esse sentimento no cotidiano das práticas dos gestores.

Por fim, ainda nessa segunda parte, dialogamos acerca das ferramentas para o cuidado trazidas pelos gestores. Ferramentas essas que se baseiam em três grupos: relacionais (escuta, diálogo, comunicação efetiva, acolhimento); analógico-normativas como: caneta, papel, organogramas, construção de protocolos, notas técnicas e afins; e por último, mas longe de serem

menos importantes, as ferramentas computacionais digitais como: computadores, celulares, tablets, softwares e sistemas de informação em saúde. De maneira geral, parece que, a partir dessas ferramentas citadas, o cuidado prático ofertado pelos gestores é trabalhar as informações desde a sua chegada (acolhimento), até o seu processamento (sistemas de informação, planilhas, computadores) e finalizando em seu retorno aos trabalhadores e sociedade em geral em formato mais burocrático (comunicados internos, protocolos terapêuticos).

Por outro lado, nem só de gestão vivem os gestores. Todos vieram de atividades assistenciais e grande parte, além de gestores e profissionais de saúde, também são professores. Parece que em algum momento essas atividades triangulam e há uma sobreposição de uma “atuação social” sobre a outra. Por exemplo, nas respostas é possível ouvir que o gestor diz que precisou ensinar, educar, desenhar para o outro compreender os processos. Assim como, há sempre uma tentativa de retorno às suas atividades assistenciais, quando esses gestores realizam momentos de escuta direta com os cidadãos que chegam à secretaria de saúde ou realizam visitas domiciliares a determinados indivíduos.

Falar de cuidar, também é falar de gênero. A maior parte do público da pesquisa foi de gestoras mulheres. Nos conteúdos dessas foi possível notar a preocupação de “trabalhar no trabalho e trabalhar quando chega em casa”, algo que necessariamente não foi tão evidente nas entrevistas com os gestores homens. Esse movimento não poderia deixar de ser citado aqui.

Enquanto possibilidades de avanços, foram destacados alguns pontos que poderão ser implementados na SMS. Questões relacionadas a criação de programas, reforma administrativa e orçamentária, política de gestão do trabalho mais efetiva, consolidação de instâncias colegiadas para tomada de decisão, maior utilização do dispositivo de apoio institucional na gestão e facilitação de espaços para discutir o cuidado na própria SMS.

Um desafio percebido na realização da pesquisa foi em relação a esses gestores. De fato, como o pesquisador desenvolve atividades laborais nesta secretaria houve uma facilidade de compreender melhor seus horários e disponibilidades para as entrevistas. No entanto, se o mesmo não fosse “de dentro” teria muita dificuldade para conseguir esses momentos. Esses coordenadores marcavam horários para entrevistas e posteriormente desmarcavam por alguma demanda que surgia, ou como eles dizem, algum incêndio que surgiu. Sim, eles vivem apagando

incêndios e a gestão do SUS remete um pouco a isso. Então, nessas considerações finais destaco que é importante trabalhar com o público de gestores e explorar mais esse lugar da gestão para inúmeros outros temas da Saúde Coletiva, no entanto, é um público que apresenta complicações em suas agendas.

Agora, pensando em potencialidades, foi muito interessante perceber os *insights* a partir das entrevistas. Foi gostoso sentir que a entrevista não acabou durante a entrevista, compreendem? No dia posterior ou no turno posterior, eu encontrava algum gestor que fizera a entrevista e havia sempre um resquício do momento da entrevista. Era um comentário aqui, outro ali, depois alguém externo falava sobre o cuidado e um ou outro gestor daquele trocava um olhar comigo como se quem dissesse: isso me lembrou daquela nossa entrevista. Uma declaração talvez seja pertinente trazer aqui, o momento da entrevista em si trouxe maior vínculo entre eu, o pesquisador, e os gestores. No dia a dia, por mais que eu os encontre pelas salas ou corredores, converse com eles, a entrevista me permitiu tocar em aspectos mais profundos de cada um e, acolher esses aspectos, aparentemente nos tornou mais próximos. Mas talvez, esse movimento seja típico do processo de cuidado que foi desvelado a partir desses encontros e do manejo da entrevista.

Fazer alguns gestores despertarem e compreenderem que podem ser cuidadores, mesmo no lugar da gestão, foi especial para mim. Perceber semblantes de “surpresa” neles por terem uma autocompreensão que o cuidado também os pertencem nesse cargo ou espaço, foi importante e ousadamente me arrisco a dizer, foi transformador. Alguns, inclusive, mudaram seus discursos no dia a dia e começaram a ter a percepção de que o cuidado não é uma atribuição do outro, mas também de si.

Este estudo não esgota o tema sobre cuidados em saúde, mas pelo menos pretende inaugurar um novo momento de discussão e de possibilidades no âmbito da gestão em saúde pública. O presente estudo trouxe discussões diferenciadas acerca do cuidado integral ao trabalhar a concepção do saber-fazer do cuidado de si em interface ao cuidado com o outro. É possível que os resultados obtidos aqui possam subsidiar um novo olhar para esse público da pesquisa e enxergar os gestores como cuidadores, pessoas que cuidam e que também demandam por cuidados. O pesquisador, como já citado em outros momentos da dissertação e em conversas

com os gestores, reafirma seu compromisso em apresentar os resultados na secretaria de saúde em reunião de departamento.

Finalizando nossa caminhada, mas não pretendendo parar por aqui, sugere-se a produção de mais pesquisas abrangendo o cuidado com gestores de outras secretarias municipais ou estaduais de saúde. Indo além desse tópico, na literatura é possível ver pesquisas que trabalham o cuidado com gestores, usuários e profissionais de saúde. No mais, é importante compreender que a dimensão política tem grande interferência em municípios do interior de pequeno e médio porte,. Dessa forma, também seria interessante estudar o cuidado junto a esses políticos, vereadores e prefeitos.

## REFERÊNCIAS

- AHNERTH, Neli Machado de Souza et al . "A Gente Fica Doente Também": Percepção do Cuidador Familiar sobre o seu Adoecimento. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte , v. 13, n. 1, p. 1-20, jan. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N ; CASTIEL, L.D & AYRES,J.R. Risco: conceito básico da epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO,N. & BARRETO, M.L (Orgs). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. e ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro. Guanabara- Koogan, 2006.
- ALMEIDA FILHO N.Qual o sentido do termo saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.300-301, 2000.
- ALVES, P.H.M *et al.* Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 6 , p. 2227-2236, 2020.
- ANDERSON M.I; RODRIGUES R.D. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.242-252, 2016.
- ARCARI, J.M *et. al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 2 , p. 407-420, 2020.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.
- BARBOSA, V.F.B et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Revista Saúde em Debate**. v. 40, n. 108, pp. 178-189, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal. Edições 70, 2011.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade** [online] v. 11, n. 1 , p. 67-84, 2002.
- BARROS, R.B & PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, RS: Sulina, 2012.
- BICA M *et al.* Gerenciamento do cuidado em estratégias de saúde da família na percepção de enfermeiros. **Rev. Enferm.** UFSM. v.10 n.74, p.18, 2020.

BITTES JR, A. **Cuidando e descuidando**: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente. 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BRANDÃO, J.L. *et. al.* Espiritualidade e Religiosidade no contexto da integralidade da assistência: reflexões sobre o cuidado integral em saúde e enfermagem. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1990.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2019; 17 mai.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio, 2016.

BRITO, C.S et al. Apoio institucional na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 04, p. 1377-1388, 2022.

BOEIRA, S. **Formação do enfermeiro para a integralidade a partir de pressupostos dialógicos freirianos**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2016.

BOFF, L. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes, 2012.

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação** nº19, 2002.

BUSTAMANTE, V; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Revista Physis da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 24 [ 3 ]: 673-692, 2014.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017.

CEBALLOS, A.G.C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde** / – Recife: [s.n.], 2015.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: [s.n.], 2003.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [en línea]. vol. 15, n.37, p. 589-599, 2011.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

CORTEZ, E.A. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado**. Tese [Doutorado em enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de enfermagem Anna Nery /UFRJ; 2009.

CZERESNIA, D; MACIEL, E. M. **Os Sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DELEUZE; GUATTARI. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. Trad.: Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. São Paulo: Ed. 34, 1995.

DIAS, L. M., Bezerra, M. R., Barra, W. F., Nunes, R., & Rego, F.. (2022). Planejamento antecipado de cuidados: guia prático. **Revista Bioética**, vol 30, p. 525–533, 2022.

ESPINOSA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

FEKETE, M.C. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. In: SANTANA, J. P. (Coord.). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo , v. 11, n. 21, p. 13-30, dez. 2007.

FRASER, N. **Contradictions of capital and care.** *New Left Review*, v. 100, p. 99-117, 2016.

FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, v. 10, p. 58-78, 1999.

FONSECA, C.M.B.M; SANTOS, M.L. Tecnologias da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, n.3 (Ciênc. saúde coletiva, 2007).

FORTUNA, CM. **Cuidando de quem cuida– notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde para a produção de vida** [tese de doutorado]. [Ribeirão Preto -SP]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si.** 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito.** 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GARRBIN, A.C *et al.* Loucura e trabalho: integralidade e cuidado em rede no SUS. **Ciências e Saúde Coletiva.** vol. 26, n.12, 2021.

GOMES, J.F.FO, ÓRFÃO, N,H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate.** v. 45, n. 131, pp. 1199-1213, 2021.

GONÇALVES JR, J.S. **As compreensões dos gestores de um município do interior de Pernambuco acerca da integralidade nas práticas de saúde.** Monografia do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018.

GONÇALVES JR, J.S.; BARRETO, AMS. Discutindo novas perspectivas acerca da integralidade dos cuidados junto a profissionais da atenção primária em Caruaru-PE, Brasil. **Saúde e Meio Ambiente**, Três Lagoas, v. 12, n. 1, p. 72-83, 2021.

GONÇALVES JR, J.S; LIMA, DF. Os desafios da integralidade na formação dos serviços em saúde. **Educação em Saúde**, Goiás, v. 8, n. 1, p. 74-80, 2020.

GOSSENHEIMER, N.A; RIGO, A.P.S; ROBERTO, E. Organização do serviço de telecuidado farmacêutico como estratégia de combate à covid-19 no Rio Grande do Sul . REAd. **Revista Eletrônica de Administração** (Porto Alegre) [online]. v. 26, n. 3 , p. 524-535, 2020.

GUIMARÃES, J.V.F; SOUZA NETO, E.N. Bem estar e satisfação no trabalho: uma revisão da literatura atual. *Revista Científica da Unirios.* Vol 2, p.279-301, 2021.

- GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisbôa. **Intuição e arte de curar : pensamento e ação na clínica médica**. 2001. 148 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- GUIMARÃES, M. B. L. Intuition, thought and action in the clinic. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.317-32, 2005.
- HADDAD, C.O et al. Financiamento do SUS: uma questão de recursos ou gestão. **Rev. Saúde Pública Mato Grosso do Sul**, v. 4, n. 1, p. 69-85, 2021.
- HASHIZUME, C.M. A Cartografia como método de investigação e intervenção em realidades da educação e saúde. **Revista De Educação Da Universidade Federal Do Vale Do São Francisco**, vol. 10(21), p. 245–258, 2020.
- HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Parte II. 9. Ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- HUR, D. Cartografia das intensidades: pesquisa e método em esquizoanálise . **Práxis Educacional**, [S. l.], v. 17, n. 46, p. 1-18, 2021.
- IANNI, A.M.Z *et al.* As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n. 11 , p. 2298-2308, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). In: **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/vitoria-de-santo-antao/panorama> Acesso em 23 de fev. de 2022.
- JARRUCHE, L. T; MUCCI, S. Síndrome de *burnout* em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Vol 29, p. 162–173, 2021.
- KASTRUP, Virgínia. revista: “Psicologia e Sociedade”. **O Funcionamento da Atenção do Cartógrafo**. Brasil, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- KASTRUP e PASSOS. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal*: **Revista de Psicologia** [online]., v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013.
- KESSLER et al. Longitudinalidade do Cuidado na Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. vol 32, n. 2,, 2019.
- LANDIM, E.L.A.S; GUIMARÃES, M.C.L; PEREIRA, A.P.C.M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**. v. 43, n. 5 , p. 161-173, 2020.
- LOYOLA, M.A. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**. v. 21, n. 1 , p. 9-14, 2012.

MAKUCH, D.M.V.; ZAGONEL, I.P.S. A Integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde: uma Revisão Sistemática. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 515-524, 2017.

MARTINES, W.R.V., MACHADO, A.L., & Colvero, L.A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, vol 7 (2), p. 203-211, 2013.

MARTINS, D.A *et al.* Religiosity and mental health as aspects of comprehensiveness in care. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 75, n. 01, 2022.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-6, 2004.

MATUDA, C.G *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 8 , p. 2511-2521, 2015.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 113-150, 2002.

Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos ML de M, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**, vol 43 (6), p. 70-83 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2ª ed., São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2000.

MORORÓ, D.D.S *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. v. 30, n. 3 , p. 323-332, 2017.

MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

NASCIMENTO JMF *et al.* Escuta terapêutica: uma tecnologia do cuidado em saúde mental. **Rev enfermagem UFPE on line**. Vol 14, 2020.

NETO, G.C; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 37, n. 7, 2021.

NUNES, M.R.; VIDAL, S.V. Os diversos aspectos da integralidade em saúde. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v.1. n. 1, p. 201-209, 2019.

OLIVEIRA, Cristiane de et al . A liderança na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 41, 2020.

OUVERNEY, A.L.M *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**. v. 43, n.7 , p. 75-91, 2020.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PEIXOTO, A.J *et al.* **Fenomenologia do Cuidado e do Cuidar**: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá; 2011.

PINHEIRO, R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Boletim ABEM**, Brasília, v. 31, p. 8-11, 2003.

REY, A. **Dictionnaire Historique de la Langue Française**. Paris: Dictionnaires Le Robert, 1993.

RIBEIRO, MA *et al.* (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE , **Aps em revista**: v. 2 n. 2, 2020.

RIGHI, L. B; GONÇALVES, C. H. Cartografia e Hermenêutica nos Enlaces da Pesquisa Participativa / Interlacings of Cartography and Hermeneutics in Participatory Research. **Revista Polis E Psique**, vol 8(1), p. 132–143, 2018.

RUSSO, J.A e CARRARA, S.L. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva - com especial referência à Antropologia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v. 25, n. 2 , p. 467-484, 2015.

SANTOS, D.S; MISHIMA, Silvana M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3 , pp. 861-870, 2018.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. Tradução: Vergílio Ferreira. São Paulo: Abril S.A., 1973.

SEIXAS, C; MERHY, E; BADUY, R; SLOMP JR, H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 12, n. 1, p. 113-123, 2016.

SILVA, J. M. S.; CARDOSO, V. C.; ABREU, K. E.; SILVA, L. S. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. **Revista Feminismos**, [S. l.], v. 8, n. 3, 2021.

SILVA, M.V.; MIRANDA, G.B.N; ANDRADE, M.A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.

SIEWERT, J.S *et al.* Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **REME – Rev Min Enferm.** vol 21, n.1047, 2017.

SOUSA, J *et al.* Competências interprofissionais para a gestão do cuidado às condições crônicas na atenção primária em saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 290-313, 2021.

SOUZA, S.A.L; SILVEIRA, L.M.C. (Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 11, n. 1, p. 19-42, abr. 2019.

STAMM, M; MIOTO, R.C.T. Família e Cuidado: para além do óbvio. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, jul./dez. 2003.

TEDESCO, S.H, SADE, C. e CALIMAN, L.V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: Revista de Psicologia**. 2013, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

TESSER, C.D e LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 1 , p. 195-206, 2008.

VASCONCELOS, Ana Carolina Peck; PENA, Breno Ferreira. Angústia: o afeto que não engana. **Reverso**, Belo Horizonte , v. 41, n. 78, p. 27-33, dez. 2019.

VASCONCELOS, P.M; MACHADO, E.T.M; SOUSA, I.C. Cuidar do outro é cuidar de si mesmo: desenvolvendo os aspectos socioemocionais a partir das relações. **Revista Brazilian Journals**. Curitiba, v.7, n.2, p. 15992-15999. Fev, 2021.

VAZ, P *et.al.* O fator de risco na mídia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 11, n. 2, 2007.

VELHO, G. **Observando o familiar**. In: NUNES, Edson de Oliveira. A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar. p. 1–13, 1978.

VIANA DL, MARTINS CL, FRAZÃO P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Revista Trabalho, educação e saúde**. vol 16, n. 1. p 57-78, 2018.

ZUCHETTO, M.A et al . Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 10, n. 3, e624, Dec. 2019.

## APÊNDICE A- ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA COLETA DE DADOS

- 1- O que é o cuidado para você?
- 2- Como o cuidado se apresenta em sua vida?
- 3- Para você o que é a integralidade na saúde?
- 4- No cargo ou posição que você ocupa, o senhor (a) se considera um cuidador?
- 5- Para o Senhor (a), o que seria o cuidado integral em saúde?
- 6- Um teórico chamado Michel Foucault já disse anteriormente em sua obra “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo”. O que essa frase representa pra ti?
- 7- Quais dimensões do cuidado você considera no momento de gerir o cuidado diante da sua política ou programa em saúde?
- 8- No seu dia a dia enquanto gestor, como o cuidado se manifesta em suas práticas?
- 9- Por meio de quais instantes ou instrumentos você pratica o cuidado?
- 10- Qual o grau de autonomia você considera que tem na condução das suas ações na saúde?
- 11- O que você faz para promover autonomia nas práticas de cuidado que você gere?
- 12- De quais maneiras suas decisões podem impactar no cuidado e na saúde das pessoas?
- 13- Pensando nos últimos dias e no hoje, o que você melhoraria na sua conduta de cuidar?
- 14- O que se pode fazer para avançar na gestão do cuidado integral?
- 15- Considerando a sua experiência enquanto gestor (a) em saúde, quais sugestões de caminhos práticos você poderia direcionar para que possamos avançar na consolidação da integralidade dos cuidados nos serviços de saúde?
- 16- Há algo que o Senhor (a) gostaria de comentar o qual não dialogamos anteriormente?

## APÊNDICE B- CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde, sediada na Rua Henrique de Holanda CEP: 55602-00, na cidade da Vitória de Santo Antão, Estado de Pernambuco, aqui representada por **Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro**, atualmente exercendo a função de secretária da saúde do Município da Vitória de Santo Antão, declara ter conhecimento das atividades de pesquisa a serem realizadas, com o uso das informações coletadas junto aos gestores das demais coordenações da Secretaria de Saúde de Vitória de Santo Antão- PE, com o objetivo de analisar as concepções de integral em saúde e seus modos de fazer presença junto a gestores de um município do interior pernambucano, intitulado **O cuidado integral em saúde e seus modos de fazer junto a gestores de um município do interior pernambucano** que tem por responsável o estudante JOSÉ DE SIQUEIRA GONÇALVES JÚNIOR, sob orientação da Dra Maria Beatriz Lisbôa Guimarães.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 510/16 e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Ainda, diante da violação das informações sigilosas, ficará o responsável sujeito a sofrer penalidades impostas pelo Código Penal em seu Art. 154 que diz: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo. De que tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”, e a PORTARIA nº 1.820 de agosto de 2009: Art. 5º no seu inciso II, assegura “o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Vitória de Santo Antão, 28 de Julho de 2022.

---

BRUNA RAFAELA DORNELAS DE ANDRADE LIMA MONTEIRO  
(SECRETÁRIA DE SAÚDE DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO)

## APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/ UFPE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **O cuidado integral em saúde e seus modos de fazer junto a gestores de um município do interior pernambucano**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) José de Siqueira Gonçalves Júnior, Rua Melo Verçosa, N° 260, CEP 55602-020, Vitória-PE– Telefone (81) 99815-8154 e-mail: siqueira\_26@hotmail.com.

Essa pesquisa está sob a orientação de: Maria Beatriz Lisbôa Guimarães. Telefone: 81 98813-6768 e e-mail:beatriz.guimares@ufpe.br .

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Descrição da pesquisa:** Tratar-se-á de um estudo com abordagem qualitativa que possibilitará conhecer sentidos e significados do cuidado integral em saúde e seus modos de fazer junto a gestores de um município do interior pernambucano. Serão realizadas entrevistas com profissionais gestores de uma secretaria municipal de saúde de um município do interior Pernambucano. A coleta de dados se apoiará no método cartográfico, o instrumento a ser utilizado serão entrevistas semi estruturadas e a análise desses dados será pela análise de

conteúdo proposta por Bardin. O presente estudo terá uma perspectiva diferenciada acerca do cuidado integral ao trabalhar a concepção do saber-fazer do cuidado de si em interface ao cuidado com o outro diante da perspectiva de pensar o ser no mundo e o mundo no ser. O fenômeno a ser estudado, e suas nuances, apresentam potencial para tecer novos arranjos organizacionais da gestão à atenção em saúde no âmbito do SUS e ainda atuar de modo estratégico contra formas fragmentadas do cuidar.

**Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa, início, término e número de visitas para a pesquisa.** O voluntário participará uma única vez do estudo pelo fato de o instrumento de coleta ser uma entrevista. Cada participante será entrevistado e após esse momento estará dispensado da fase de coleta. Os dias da coleta de dados ficarão à disponibilidade de horários dos voluntários da pesquisa.

**RISCOS diretos para os voluntários:** O risco dessa pesquisa consiste nas diversas reações emocionais que podem surgir a partir do conteúdo trabalhado nos colaboradores dessa pesquisa. No entanto, o pesquisador estará atento a quaisquer dessas reações e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam. Os participantes serão conduzidos a um local reservado para responder às questões de investigação com o intuito de evitar constrangimento. Em caso de quaisquer danos causados aos participantes da pesquisa, o pesquisador principal se compromete em arcar com os devidos custos de tratamentos ou afins.

**BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários:** Quanto aos benefícios que podem surgir a partir dessa pesquisa tem-se a construção do conhecimento e entendimento do tema cuidado integral nas ações e serviços em saúde e poder auxiliar outros gestores, profissionais e acadêmicos na consolidação das concepções teórico-práticas acerca da integralidade no SUS. Para além desses, o pesquisador principal possui a noção que essa pesquisa proporcionará benefícios em sua vida pessoal, acadêmica e laboral. É válido salientar que ao final dessa pesquisa, o pesquisador compromete-se a apresentar os resultados na respectiva secretaria municipal de saúde com intuito de proporcionar um momento de reflexão e qualificação das práticas de cuidado a partir dos achados do atual trabalho.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados serão por intermédio de gravador e ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador

pessoal, sob a responsabilidade de José de Siqueira Gonçalves Júnior, no endereço Rua Melo Verçosa, N° 260, CEP 55602-020, Vitória-PE pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

---

(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Impressão  
digital  
(opcional)

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa**

**e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/ UFPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto: O cuidado integral em saúde e seus modos de fazer junto a gestores de um município do interior pernambucano.**

**Pesquisador responsável: José de Siqueira Gonçalves Júnior.**

**Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Centro de Ciências da Saúde.**

**Telefone para contato: (81) 99815-8154**

**E-mail: [siqueira\\_26@hotmail.com](mailto:siqueira_26@hotmail.com)**

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, ..... de ..... de 20.....

---

**Assinatura Pesquisador Responsável**

