

A INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciane Prado KANTORSKI^a
Vanda Maria da Rosa JARDIM^a
Denise Bermudez PEREIRA^b
Valéria Cristina Christello COIMBRA^c
Michele Mandagará de OLIVEIRA^d

RESUMO

O presente trabalho faz parte de uma pesquisa de avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma unidade de saúde da família considerada como experiência bem sucedida em relação à organização para o cuidado integral, localizada em um município de médio porte. Neste artigo procurou-se abordar a integralidade do cuidado com ênfase no trabalho da equipe multiprofissional, objetivando identificar, no cotidiano das práticas, as potencialidades e limites para viabilizar a integralidade. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semi-estruturadas com oito integrantes das equipes e observações registradas em diário de campo. Verificou-se a existência de práticas alternativas que fogem ao modelo tradicional, consideradas como potencializadoras da integralidade. Entretanto, também foram apontados obstáculos à integralidade, como dificuldade de acesso dos usuários a determinadas especialidades e inexistência de acolhimento no serviço.

Descritores: Assistência integral à saúde. Programa Saúde da Família. Políticas públicas de saúde.

RESUMEN

El presente trabajo forma parte de una investigación de evaluación del Programa de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia (PROESF). Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, desarrollado en una unidad de salud de la familia considerada una experiencia exitosa con relación a la organización para el cuidado integral, ubicada en un municipio de medio porte. En este artículo se ha procurado abordar la integralidad del cuidado con énfasis en el trabajo del equipo multiprofesional, con el objetivo de reconocer, en el diario de las prácticas, las potencialidades y límites para viabilizar la integralidad. Los instrumentos utilizados fueron entrevistas semiestructuradas con ocho integrantes de los equipos y observaciones registradas en el diario de campo. Se verificó la existencia de prácticas alternativas que huyen al modelo tradicional, consideradas como potenciadoras de la integralidad. Sin embargo, también fueron apuntados obstáculos a la integralidad, como dificultad de acceso de los usuarios a determinadas especialidades e inexistencia de recibimiento en el servicio.

Descritores: Atención integral de salud. Programa de Salud Familiar. Políticas públicas de salud.

Título: La integralidad en lo cotidiano del trabajo en la Estrategia Salud de la Familia.

ABSTRACT

This work is part of a research for evaluation of the Expansion and Consolidation of Family Health Program (PROESF). This is a study with a qualitative approach, developed in a unit of family health seen as successful experience in relation to the organization to integral care, located in a city of medium size. This article tried to approach the integrality of care with an emphasis on the team work, to identify, in the daily practices, the potential and limits to enable the integration. The instruments used were semi-structured interviews with eight members of staff and observations diary recorded in a field. It was verified the existence of alternative practices that escape from the traditional model, considered as completeness potentiators. However, obstacles were also highlighted to the integrality, such as difficulty of access for users to certain specialties and lack of reception in the service.

Descriptors: Comprehensive health care. Family Health Program. Health public policy.

Title: The integrality in daily work in Family Health Strategy.

^a Doutora em Enfermagem, Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (FEO) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Professora da FEO-UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora do Departamento de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como proposta a reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da substituição do modelo tradicional.

Esta estratégia, difundida como política oficial para a organização da atenção básica, propõe a reorientação do modelo de atenção em saúde, historicamente centrado na perspectiva da cura, passando a constituir uma nova prática assistencial, construindo vínculos entre os serviços de saúde e a comunidade.

No Pacto pela Vida, compromisso firmado entre gestores do SUS, foram elencadas prioridades para impactar na saúde da população brasileira. Entre seus objetivos está o fortalecimento da atenção básica, sendo a ESF entendida como prioritária para o alcance desse objetivo, consolidando-a em pequenos e médios municípios e ampliando-a nos grandes centros urbanos⁽¹⁾.

Entre seus objetivos institucionais, políticos e sociais, a ESF procura centrar suas ações de atenção e cuidado à família na perspectiva da integralidade, o que contribui para mudanças expressivas na reorganização da atenção básica⁽²⁾.

A integralidade pode ser compreendida como um foco para o arranjo sucessivo do processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, que necessitam conhecer as necessidades de saúde da comunidade que abrangem⁽³⁾. A maneira como se articulam os trabalhadores em relação às suas práticas, influencia diretamente a integralidade da atenção oferecida aos usuários⁽⁴⁾.

Neste estudo procurou-se abordar a integralidade do cuidado com ênfase no cotidiano de trabalho da equipe multiprofissional na ESF. Assim, o presente trabalho tem como objetivo identificar, no cotidiano das práticas da ESF, as potencialidades e limites para viabilizar a integralidade.

MÉTODOS

Este trabalho caracterizou-se por ser um estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. É um recorte do estudo qualitativo da pesquisa de avaliação do Programa de Expan-

são e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), desenvolvido pela Faculdade de Medicina e Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com o apoio do Banco Mundial e do Ministério da Saúde.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região urbana de um município de médio porte no extremo sul do Rio Grande do Sul, considerada como experiência bem sucedida em relação à organização para o cuidado integral na região sul. O critério de escolha do município e da USF foi o fato de possuírem um movimento político-institucional de organização do sistema de saúde local que incluía, em suas prioridades, ações estratégicas que viabilizassem a materialização da integralidade do cuidado.

Os sujeitos do estudo foram oito trabalhadores da ESF, a totalidade de trabalhadores em exercício no período de coleta de dados, sendo dois médicos, dois enfermeiros, um técnico em enfermagem e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2005, através de entrevistas semi-estruturadas e observações registradas em diário de campo, totalizando trinta e seis horas e dois minutos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, processo n° 045/2004. Antes da realização das entrevistas era explicitado o objetivo da pesquisa, assegurando-se aos participantes o anonimato e a liberdade de retirar-se da pesquisa em qualquer momento. Para a garantia do anonimato, os sujeitos foram identificados pela letra "E" seguida de algarismos arábicos em ordem crescente (E1, E2, etc.) e as observações de campo receberam a letra "OBS", também acrescidas de algarismos arábicos em ordem crescente. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta, os dados foram transcritos e digitados. Para a análise dos dados foi eleita a análise temática, por melhor atender à investigação qualitativa do material relacionado à saúde⁽⁵⁾.

Da organização e análise dos dados deste estudo, surgiram duas temáticas: "Fatores, na organização do trabalho, que contribuem para a integralidade"; e "Tensionamentos, na organização do trabalho, que interferem na integralidade do cuidado".

Dentro da primeira temática foram abordados aspectos como: a compreensão da integralidade e as práticas de cuidado; as práticas educativas e integralidade e, por fim, a construção das rotinas de trabalho. Na segunda, discorreu-se sobre as práticas de acolhimento e recepção e o acesso do usuário ao serviço especializado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste espaço, discutiu-se os resultados a partir das temáticas analisadas, conforme os fatores que contribuem e aqueles que interferem no processo de trabalho com vistas à integralidade.

Fatores na organização do trabalho que contribuem para a integralidade

Dentre os fatores, na organização do processo de trabalho, que contribuem para a integralidade, elencou-se as subtemáticas descritas a seguir.

Compreensão da integralidade e as práticas de cuidado

A Saúde da Família é o ponto fundamental para a afirmação de vínculos e laços de compromissos entre profissionais e comunidade. A estratégia aponta à reversão do modelo assistencial vigente, através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização dos serviços, reorientando a prática em novas bases e critérios⁽⁶⁾.

Na perspectiva dos entrevistados, a ESF é considerada um novo espaço de atuação, favorecendo mudanças significativas no modelo assistencial. Outro aspecto salientado refere-se ao perfil do profissional para atuar neste novo modelo. Estas considerações podem ser constatadas a seguir:

[...] eu acho que a gente trabalha bem aqui, com algumas dificuldades que se tem [...] porque a maioria das pessoas aqui [...] acreditam no que estão fazendo. Eu acho que a solução para a saúde pública é a saúde da família. Acho que educação em saúde é a base para tudo (E 1).

[...] das coisas fundamentais para dar certo o PSF é os profissionais saberem o que estão fazendo, saberem o que é o PSF, ter uma visão crítica também [...] tem que haver acolhimento, humanização, qualificação das pessoas e perfil para atuarem no PSF, é fundamental saber o porquê da implantação, historicamente por que

se chegou a essa estratégia [...]. Desde o burocrata até a servente todos têm que ter a mesma linha de conduta em relação ao usuário [...]. Receber bem, ter a mesma fala, o mesmo carinho, acolher não é só acolher na porta, acolher é todo caminho percorrido e isso precisa de conhecimento [...]. (E 2).

[...] tu trabalhas a família com todas as suas necessidades, com o todo. E também acho que não se vê só a doença, mas também o social [...] tu acompanhas bem mais a pessoa e toda a sua vida (E 5).

Admitir a ESF como forma de reorientação do modelo assistencial significa romper com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, bem como adotar novas tecnologias de trabalho. Faz-se necessário um amplo entendimento do processo saúde-doença, do cuidado integral e da assistência continuada às famílias⁽⁷⁾. Deste modo, a integralidade poderá, de fato, permear as práticas cotidianas.

A importância da integralidade é ressaltada na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, emitida pelo Ministério da Saúde, que afirma ser esse princípio um dos fundamentos da Atenção Básica. Considera a integralidade em diversos aspectos, como a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços⁽⁸⁾.

A seguir, a observação realizada durante uma visita domiciliar na qual estavam presentes alguns integrantes da equipe, demonstra a existência de um espaço de diálogo e vínculo, construído entre trabalhador e usuários.

Quando chegamos a casa, à beira do canal, descemos do carro eu e a enfermeira. As crianças da casa vieram receber a enfermeira, a abraçaram, ela foi carinhosa, dizendo estar com saudades e perguntando se estavam bem. A usuária saiu de dentro de casa (um lugar pobre, de chão batido, em condições de higiene precária). Era uma mulher aparentemente jovem (29 anos) com dentes sujos e estragados. A enfermeira orientou-a sobre a consulta do filho, perguntou se ela estava se adaptando ao dispositivo intra-uterino, a usuária referiu sentir-se bem, a enfermeira perguntou se tinha sangramento ou dor. Ela respondeu que não (OBS 1).

Este encontro entre profissional e usuário assinala uma atitude acolhedora, estabelecendo-

se uma relação de responsabilidade pelo cuidado integral à família. É no momento do encontro do trabalho vivo em ato com o usuário que se manifestam determinados elementos vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde, como as tecnologias que se referem às relações, que se concretizam através de práticas de acolhimento, vínculo e autonomização⁽⁹⁾.

Práticas educativas e integralidade

Na USF estudada observou-se que a metodologia de trabalho adotada se opõe à lógica das práticas tradicionais, não se limitando apenas a ações assistenciais, mas sim valorizando atividades preventivas como a educação em saúde.

As ações educativas são planejadas considerando-se o diagnóstico de saúde da comunidade, dando enfoque às necessidades identificadas. As equipes utilizam as datas festivas do ano para adequar as ações em saúde, atentando para as características das famílias e o contexto específico daquela localidade.

Muitas ações de educação popular desenvolvidas nos serviços de saúde estão direcionadas para diminuir a distância entre a instituição e a população. Isto se dá através do comprometimento com os interesses das classes populares, sem deixar de considerar as diversidades. A partir de problemas de saúde peculiares, procura-se apreender e sistematizar as lógicas, as informações e os princípios que orientam a subjetividade dos vários atores implicados. Deste modo a educação em saúde passa de uma simples atividade cumprida nos serviços para tornar-se uma ação capaz de reorientar as práticas desenvolvidas, se configurando numa ferramenta para a participação da comunidade nos serviços de saúde⁽¹⁰⁾.

Mesmo o termo integralidade não estando explícito nas falas dos profissionais, notou-se empenho na busca de uma nova forma de trabalho, centrada nas necessidades das famílias, apontando ações integrais nas práticas cotidianas. O enfrentamento de problemas através de ações educativas desenvolvidas em espaços comunitários como a escola e a parceria com outros setores, conduzem a essa reflexão.

[...] outra coisa que a gente faz são os eventos em dias especiais [...] fazemos ações de educação em saúde [...]

como as palestras nas escolas, que estamos abordando doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência (E 1).

[...] estamos com um alto índice de gravidez na adolescência, então resolvemos pedir apoio, trabalhar em parceria com as escolas [...]. Então vamos para dentro na escola, tentamos um grupo educativo aqui para adolescentes, mas não tivemos sucesso, então nos demos conta que a gente tem que ir até eles, não vamos esperar o adolescente vir até aqui (E 3).

Nós temos um projeto de caminhadas. Todos os dias das sete e meia às oito e meia fazemos caminhada com o pessoal do bairro [...] (E 4).

[...] vem uma nutricionista da faculdade e tem uma professora da educação física para o grupo dos hipertensos, faz exercícios com eles aqui no posto e explica o que eles podem fazer em casa durante o dia (E 7).

A integralidade também pode se revelar através da contextualização das ofertas direcionadas às pessoas, identificando-se os momentos favoráveis para tais ofertas. Assim, o princípio da integralidade pode ser desempenhado por meio de um olhar cuidadoso, apto para apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro. Preservar a integralidade no cotidiano das práticas é defender que nossa oferta de ações esteja adequada ao contexto particular de cada momento⁽¹¹⁾.

Pelas entrevistas identificou-se ações pautadas na integralidade, desenvolvidas no território. Essa lógica de trabalho foge ao modelo tradicional curativista, permitindo olhar as pessoas a partir de uma concepção ampliada de saúde, por meio da articulação de ações preventivas e assistenciais, com o intuito de se aproximar da vida cotidiana das famílias.

Construção das rotinas de trabalho

Nesta USF acontece, semanalmente, uma reunião com a presença de todos os trabalhadores, configurando um espaço para o planejamento das ações e articulação das práticas voltadas para o cuidado integral.

Neste momento também é organizado o processo de trabalho da equipe, buscando uma conexão entre as várias ações desenvolvidas pelos diversos profissionais. Mais tarde as equipes se reúnem

nem separadamente para discutir assuntos pertinentes a sua área de abrangência. A importância deste espaço para a articulação das ações pode ser evidenciada nas falas a seguir:

[...] *tentamos discutir o que está ruim, o que está bom, o que precisa fazer, o que a gente pode fazer. Tentamos colocar no grande grupo, para ver como que a gente tem que agir daqui para frente* (E 1).

[...] *decidimos uniformizar algumas práticas e isso a gente decide nas reuniões [...]. Então a gente constrói a dinâmica do serviço e resolve as coisas com essa reunião, fora isso no dia-a-dia a gente vai observando, conversando entre si para depois levar a problemática como uma pauta de reunião [...] para a solução ser o mais democrática possível* (E 2).

Todas as quartas-feiras têm reunião, onde são decididos todos os planos [...], os problemas da comunidade, o que eles estão achando dos atendimentos [...]. A gente decide o que vai fazer para melhorar, para que as pessoas fiquem satisfeitas com o trabalho que está sendo oferecido (E 7).

Na ESF, a existência de um espaço para o planejamento e organização do processo de trabalho da equipe encontrado na reunião dos profissionais, permite a oferta de um cuidado mais integral e resolutivo. A articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos.

Quando a equipe organiza seu processo de trabalho focalizando o usuário, considerando-o como elemento central de todo processo de produção em saúde, se desfaz a lógica do trabalho compartimentalizado. Neste sentido, o trabalho construído em equipe passa a ser integrado e não partilhado, constituindo um cuidado baseado num saber-fazer mais abrangente⁽¹²⁾.

Pelas entrevistas realizadas foi possível entender que o espaço destinado à reunião é bastante valorizado, pois além de se configurar como uma ocasião para o enfrentamento de problemas, também é um momento para o planejamento conjunto das ações e negociação das decisões sobre os cuidados à população, onde todos estão à vontade para dar sua contribuição. Desta forma, a reunião de equipe pode ser considerada como um fator que contribui para a integralidade, pois é nela que o cuidado aos usuários é organizado e discutido.

Tensionamentos, na organização do trabalho, que interferem na integralidade do cuidado

Para apresentar os fatores que geram tensionamentos no processo de trabalho, elegeam-se as subtemáticas descritas a seguir.

Práticas de acolhimento e recepção

A qualidade de um serviço de saúde depende fundamentalmente das atividades desenvolvidas na recepção ao usuário, espaço no qual acontece a identificação das necessidades deste através da investigação, elaboração e negociação daquelas que podem vir a ser contempladas⁽¹³⁾.

O acolhimento ocupa-se da subjetividade do sujeito, da escuta de suas necessidades, desejos e dificuldades, procurando olhar o usuário além da dimensão da doença, fazendo com que o trabalho em saúde seja mais humanizado⁽¹⁴⁾.

À ESF é atribuída grande expectativa enquanto reorganizadora da atenção básica, principalmente em relação ao acesso, acolhimento e vínculo. Entretanto, a recepção de um serviço de saúde, no qual trabalhadores não estão devidamente capacitados para realizar a escuta ao usuário, pode se configurar numa barreira de acesso, dificultando a chegada aos profissionais, impedindo o estabelecimento do vínculo entre comunidade e serviço.

De acordo com observações realizadas na sala de espera da unidade estudada, foram identificados alguns fatores capazes de dificultar o acesso dos usuários ao serviço. Num primeiro momento atentou-se para o longo tempo de espera para o atendimento, assim como a necessidade de chegar muito cedo para garantir a consulta médica. Neste caso, quando o tempo de espera pela consulta é excessivamente demorado, usualmente os serviços públicos são qualificados como vagarosos e ineficazes, produzindo um conceito desvalorizado do atendimento ofertado à população⁽¹⁵⁾.

Outra constatação diz respeito à estrutura física da unidade, onde os usuários que aguardam atendimento ficam separados dos trabalhadores da recepção por uma divisória de vidro, claramente se configurando numa barreira de acesso à comunidade.

As observações descritas a seguir demonstram a necessidade de reflexão sobre a organização da demanda para o médico, assim como a sensibilização da equipe para suprimir as barreiras físicas impostas aos usuários.

Em torno de dez pessoas, somente um é homem e estão aguardando consulta médica. Elas conversam relatando estar na fila desde às 6:30 h, pois são fornecidas doze fichas e precisam chegar cedo. Outra senhora diz ser hipertensa e que uma vez no mês vem consultar na USF, pois já se acostumou com a médica [...] apesar de ter convênio prefere o atendimento do Posto. Um senhor está esperando desde às 6h (OBS 2).

A sala de recepção é ampla com bancos inteiros e estofados, existe uma divisória de vidro que separa a recepção de uma pequena sala na qual ficam os funcionários [...] (OBS 3).

Questionados quanto à recepção aos usuários, alguns profissionais referem a existência de problemas neste âmbito, principalmente em relação à forma como os usuários vêm sendo recebidos na USF. Esta constatação fica evidente nos relatos a seguir:

[...] nós temos muitas dificuldades com a recepção. As pessoas saem insatisfeitas daqui [...] o acolhimento não é feito como deveria ser, a todo mundo que chega ao posto [...] são acolhidas as pessoas que passam daquela porta [...]. Eu acho que o acolhimento deixa muito a desejar (E 1).

O acolhimento não existe na unidade. A recepção é com os burocratas, que fazem as fichas de atendimento ambulatorial [...] o encaminhamento é feito a partir disso, seja para consulta, para a enfermagem [...] mas tudo com o vidro na frente. Acolhimento é uma coisa que se deseja implantar, a gente tem que fazer acolhimento, tem que tirar o vidro do balcão, tem que humanizar, tem que ter mais contato e para isso precisa de treinamento e conhecimento [...] (E 2).

[...] na chegada deles o acolhimento não é bem feito. [...] o atendimento tem problemas que a gente tem que trazer, falar [...] (E 8).

No entendimento dos profissionais, a recepção não facilita o acesso ao serviço de saúde. No entanto, as falas sugerem que depois de ultrapassada a barreira da recepção, ocorre o encontro entre trabalhador e usuário, conformando um espaço no qual se buscam respostas para as necessidades de saúde.

Um grande desafio para a equipe de saúde está na organização da demanda, até mesmo por que os usuários que procuram o serviço possuem necessidades variadas, devendo receber uma atenção apropriada que responda às mesmas⁽¹⁶⁾.

Ao se refletir sobre as narrativas dos profissionais compreende-se seus anseios em não reproduzir uma assistência desarticulada e um processo de trabalho fragmentado, principalmente no momento em que identificam a necessidade de implementar o acolhimento no serviço.

Mas o que gostaríamos é que o ACS viesse nos ajudar para começarmos implantar o acolhimento aqui. Conversar com a pessoa na fila e perguntar o que ela está precisando [...] de repente eles ficam na fila um tempão e é uma vacina, um curativo, uma coisa que poderia passar rapidinho (E 1).

A gente teve uma reunião há pouco tempo onde discutimos acolhimento. Infelizmente chegamos à conclusão que o acolhimento não estava sendo realizado corretamente (E 3).

Acesso do usuário ao serviço especializado

A USF, considerada porta de entrada do sistema de saúde, é responsável pelo atendimento da população adscrita, assim como pela garantia do acesso a outros níveis deste sistema quando necessário. Neste serviço, os encaminhamentos para outros níveis de atenção são agendados semanalmente pela Secretaria Municipal de Saúde, que estabelece o número de vagas para determinada especialidade.

Pela análise das entrevistas, evidenciou-se que um dos fatores que preocupam os profissionais, podendo dificultar a integralidade do cuidado, é a demanda para o serviço especializado. Dependendo da especialidade médica, o usuário espera até dois anos pelo atendimento, o que gera insatisfação nos trabalhadores e na comunidade.

Especialista é muito difícil. Se eu estou realmente precisando, faço contato com o serviço de referência e peço. Quando a gente tem uma urgência, telefona [...] fica na parceria, no favor (E 1).

Os especialistas, dependendo a área, a gente tem grandes dificuldades, os pacientes reclamam, principalmente os que aguardam oftalmologista (E 3).

[...] a gente é obrigada a dizer para pessoa que vai demorar [...] a gente sabe que a pessoa não tem condições de esperar [...] em último caso a gente manda para o pronto-socorro [...] (E 6).

Frente a determinadas situações, para que se possa assegurar a integralidade do cuidado, faz-se

necessária a utilização de tecnologias mais duras, como aquelas geradas em níveis mais complexos do sistema, sendo que a garantia desse cuidado deve ser um compromisso do sistema de saúde e não resultado da busca pessoal do usuário ou do profissional do serviço⁽¹⁷⁾.

Os relatos ainda traduzem as dificuldades na afirmação de um sistema de referência e contra-referência resolutivo, apontando alguns aspectos, como o retorno dos especialistas para a USF, evidenciados nos seguintes discursos:

[...] o especialista funciona no esquema de lista de espera [...] nós temos oftalmologista de referência de dois anos atrás [...] pouco a gente tem a contra-referência, a gente faz em folha dupla o encaminhamento, mas não recebe a contra-referência, a não ser pelo paciente dizendo como é que foi a consulta [...] (E 2).

[...] alguns vêm com a contra-referência do especialista, mas tem grande indignação da parte médica porque a maioria não traz o retorno, traz de boca ou uma receita. Preencher a parte da contra-referência são poucos os especialistas que fazem (E 3).

A integralidade das ações se dá através da articulação entre os diversos níveis assistenciais, partindo da rede básica em direção às tecnologias necessárias para a produção do cuidado, sendo a contra-referência elemento fundamental para a equipe da USF, que responde pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário⁽¹²⁾.

A demora no acesso ao especialista certamente há de afetar o vínculo entre usuário e USF, podendo ser interpretado como descompromisso dos profissionais na resolução do problema deste usuário. Assim, o princípio da integralidade fica comprometido, visto que não está garantido o acesso e continuidade do atendimento para responder às necessidades de saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na USF estudada apreendeu-se que a integralidade está presente em muitas práticas cotidianas, onde se evidenciou a construção de vínculo e co-responsabilização entre equipe e usuários. Entretanto, também se observou fatores que obstaculizam a integralidade, como a dificuldade de acesso a determinadas especialidades médicas e a inexistência do acolhimento no serviço.

Constatou-se que os profissionais estão comprometidos com a mudança do modelo assistencial, buscando oferecer um cuidado integral no cotidiano de suas práticas. A integralidade revelada nos depoimentos denota uma visão ampliada das necessidades de saúde dos usuários.

As atividades educativas, planejadas a partir do diagnóstico de saúde da comunidade, evidenciam práticas alternativas, que fogem ao modelo tradicional, sendo potencializadoras da integralidade.

Estas práticas foram interpretadas como indicadoras de integralidade no momento em que as falas revelaram uma postura diferente dos profissionais, ao reconhecerem e valorizarem as ações educativas, apontando-as como norteadoras do processo de cuidado. As ações conjuntas com a comunidade permitem uma melhor avaliação da realidade, dando subsídios para a busca da superação das dificuldades. Trata-se de práticas que não se restringem apenas a ações assistenciais. Salienta-se ainda, que as ações educativas se conformam em um instrumento de participação da comunidade na USF, fortalecendo a parceria entre profissionais e usuários.

Mesmo reconhecendo a importância das normas que regulamentam a ESF, assinala-se a necessidade de espaços nos quais os profissionais possam exercer sua criatividade e, conjuntamente com a comunidade, construir novas formas de fazer saúde, sem as quais corre-se o risco de cair no engessamento habitual dos demais programas, muitas vezes verticais e assistencialistas.

Entretanto, muitos são os desafios a serem superados para que a prática da integralidade que se ambiciona na ESF, contrária à abordagem desarticulada e fragmentada, que busca constituir vínculos, seja estabelecida. Trabalhar nesta nova lógica significa romper com o modelo tradicional, indo além dos muros da USF, ao encontro da comunidade no seu espaço, onde a vida de fato acontece.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Brasília (DF); 2006.
- 2 Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comunic

- Saúde Educ [Internet]. 2005 [citado 2008 jun 2009];9(17):287-301. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.
- 3 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 39-64.
- 4 Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003. p. 197-210.
- 5 Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.
- 6 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997.
- 7 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comunic Saúde Educ. 2005;9(16):39-52.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2007.
- 9 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 10 Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 11 Mattos RA. A integralidade na prática: ou sobre a prática da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1411-6.
- 12 Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 13 Teixeira RR. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. Ciênc Saúde Colet. 2001;6(1):49-61.
- 14 Coimbra VCC. O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
- 15 Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 65-112.
- 16 Souza AC, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. 2003;24(1):8-13.
- 17 Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 113-26.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:

Denise Bermudez Pereira
Rua Justino Marques de Oliveira Filho, 209
Residencial Umuharama, Bairro Areal
96077-180, Pelotas, RS
E-mail: de.bp@terra.com.br

Recebido em: 26/05/2009
Aprovado em: 16/09/2009