

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM**

**Evandro de Souza Queiróz**

**ATENÇÃO EM SAÚDE: a Construção Cotidiana da**  
**Integralidade no Município de Catas Altas - MG**

Belo Horizonte

2008

**Evandro de Souza Queiróz**

**ATENÇÃO EM SAÚDE: a Construção Cotidiana da  
Integralidade no Município de Catas Altas - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Orientadora: Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da UFMG  
2008

Q3a Queiroz, Evandro de Souza.  
da Atenção em saúde [manuscrito]: a construção cotidiana  
de Souza integralidade no Município de Catas Altas – MG. /Evandro  
Queiróz. - - Belo Horizonte: 2008.  
89f.  
Orientador: Cláudia Maria de Mattos Penna.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Linha de pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão  
de Serviços  
de Saúde e de Enfermagem  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas  
Gerais,

Para a Viviane,

*“Separaçãozinha breve, uma ou outra, meu Bem, é a regra de primor: tu cria  
saudades de mim, nunca tu desgosta...”  
João Guimarães Rosa*

Nesse percurso, muitos foram os momentos de “separaçõzinha”, mais do que às vezes suportávamos. Obrigado pela paciência e companheirismo.

Dedico a você, início de tudo, os frutos deste estudo.

Você é absoluta em minha vida.

# AGRADECIMENTOS

Para a Cláudia:

O agradecimento à minha orientadora é pela maneira delicada e compreensiva de me apresentar o mundo qualitativo. Logo para mim, homem, atleticano e ex-bancário, condições extremamente quantitativas.

Aprendi com ela que a saúde é repleta de subjetividades que não se explicam por números.

Percebi que o cotidiano é o lugar de construções, de felicidade, de interações, de vida.

Ouso dizer: a Cláudia Penna é o próprio cotidiano.

Trajetória de agradecimentos:

À Elizabeth Galastro,

Por me acolher desde a graduação, com tanta incondicionalidade.

A Maria José Menezes Brito,

Pela alma pura e sensibilidade ímpar.

À Maria Tereza Pereira Hosken,

Pelo aprendizado compartilhado de outrora, e pela parceria de agora.

Aos amigos de Catas Altas,

Por dividirem o cotidiano do trabalho com este estudo.

Sinto-me Catasaltense de coração.

*“Às vezes me pergunto se existe uma realidade, uma natureza objetiva e intocada do ser. Ou se todas as coisas com que a gente se depara já foram transformadas pela idéia que a gente faz delas. Se a gente sonha e faz as coisas acontecerem.”*

*A Senhora das Especiarias*

*Chitra Divakanuri*

## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na sociologia compreensiva. Teve por objetivo compreender a construção da integralidade no município de Catas Altas para os trabalhadores de saúde e estabelecer as relações que se constituem entre a integralidade, a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação de cuidados. Esse município utiliza exclusivamente os recursos da Atenção Básica, o que lhe confere características singulares. Participaram do estudo os trabalhadores da saúde, atualmente no município, tanto da área assistencial quanto da administrativa, sendo três enfermeiros, três agentes administrativos, três auxiliares de enfermagem, dois agentes comunitários, um farmacêutico, um médico, um bioquímico e um odontólogo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, observação livre e análise documental. A compreensão das entrevistas foi realizada através da análise de discurso. Primeiramente, elas foram transcritas e transformadas em textos por meio de recursos de linguagem, considerando o contexto observado durante a realização das entrevistas. Em seguida, os textos foram transformados em “corpus”, constituindo-se em produto final para o cruzamento de dados e a montagem das categorias de análise. A triangulação de dados propiciou entremear os resultados das entrevistas, da observação e da análise documental, evidenciando as aproximações e os distanciamentos entre falas, práticas e escritas. Os dados encontram-se discutidos em 5 categorias de análise: 1) conceitos e práticas da integralidade; 2) os desafios cotidianos para o trabalho em equipe; 3) a organização para a demanda sob o olhar integral; 4) acessibilidade abrindo portas para a integralidade; 5) a longitudinalidade e a coordenação de cuidados. Ficou configurada a polissemia da integralidade, através de significações diversas feitas pelos profissionais e que, mesmo às vezes sem conseguir conceituá-la, as práticas se mostraram com sucessivas aproximações do ideário de atendimento integral. O trabalho em saúde foi apresentado como facilitador da integralidade, mas com desafios a serem superados, como a interação dos profissionais da estratégia de Saúde da Família com os da clínica ampliada utilizada pelo município, e a determinação de ações protocolares integrais. O município tem se adaptado à crescente demanda de serviços de saúde na tentativa de garantir acessibilidade à Atenção Básica e aos outros níveis do sistema de saúde. Porém, é demonstrada a necessidade de se trabalhar de forma longitudinal, com postura usuário-centrada para a certificação que esse acesso tenha continuidade e se torne habitual. A coordenação de cuidados não tem sido utilizada como norteadora da equipe na construção da integralidade que depende do trabalho contínuo, conectado, coordenado e realizado em rede.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

## ABSTRACT

It consists on a qualitative study based on the comprehensive sociology. It aimed at trying to understand the construction of the comprehensiveness in the borough of Catas Altas for the health professionals and establish the connections between the comprehensiveness, the accessibility, the extension and the coordination of the caring. This borough uses the resources of primary attention exclusively and this method gives it peculiar features. The health care professionals who took part in both assistance and administrative areas in the borough consisted of three nurses, three administrative workers three nursering helpers, two communal workers, one pharmacist, one doctor, one biochemist and one dentist. The database was collected by semi-structured interview, free observation and documental analyses. The speech analysis helped to understand the results of the interviews. Firstly, they were written out and transformed into texts through the language tools considering the context observed during the accomplishment of the interviews. Afterwards, the texts were transformed into "corpuses" which constituted the final result to cross the data and to assemble the category of the analyzes. The triangulation of data became possible to connect the results of the interviews, the documentary observation and analysis, showing up the approach and the distance between the talk, practice and writing. The data were discussed in five categories of analyses: 1) concept and practice of comprehensiveness; 2) the current challenges to the team work; 3) the organization of the demand under an wide look; 4) the accessibility opening the doors for the comprehensiveness; 5) the extension and coordination of caring. It was showed the comprehensiveness in a polissemic way through the several significance done by the professionals that sometimes could not define it even though the practice demonstrated successive approximation with the ideal of the integral assistance .The work done in health area was presented as a facilitator of comprehensiveness but it also evoked challenges to be overcome as the interaction of the professionals of the family health strategy with those of enlarged clinic used by the borough and the determination of the whole administrative actions. The borough has come to terms great demand of health services to attempt to assure the accessibility between primary attention and other levels of health system. However, it is obvious the importance of working in a longitudinal way, with a centered-user posture for the guarantee of the customary and continuous access. The care coordination hasn't been used as the team guide in the construction of the comprehensiveness because it depends on the continuous connected coordinated network.

**Keywords:** Integral assistance to the health; Primary Attention Health; Team of assistance to the patient.

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH -	Autorização de Internação Hospitalar
CIB -	Comissão Intergestora Bipartite
CIT -	Comissão Intergestora Tripartite
CMS -	Conselho Municipal de Saúde
DN -	Declaração de Nascimento
DO -	Declaração de Óbito
FMS -	Fundo Municipal de Saúde
GPAB -	Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA -	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM -	Gestão Plena do Sistema Municipal
NOAS -	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAB -	Piso da Atenção Básica
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCE -	Programa de Controle da Esquistossomose
PNI -	Programa Nacional de Imunização
PPI -	Programação Pactuada Integrada
PSF -	Programa de Saúde da Família
SIM -	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC -	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISVACINA -	Sistema de Informação sobre Vacinas
SUS -	Sistema Único de Saúde
TFD -	Tratamento Fora do Domicílio

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>O ENCONTRO COM CATAS ALTAS.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>MUDANÇAS PROMOVIDAS PELO SUS NA CONCEPÇÃO E CONSTRUÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>A Mudança do Modelo Assistencial direcionada pelo SUS.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>A Municipalização das Ações de Saúde promovidas a partir do SUS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3</b>	<b>A Integralidade e a Atenção Básica.....</b>	<b>18</b>
<b>2.4</b>	<b>Acessibilidade, Longitudinalidade e Coordenação de Cuidados como facilitadoras da Integralidade.....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>O PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Delineamento do Estudo.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Cenário do Estudo.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Métodos de Coleta de Dados.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Método de Análise de Dados.....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DA INTEGRALIDADE NO MUNICÍPIO DE CATAS ALTAS.....</b>	<b>29</b>
<b>4.1</b>	<b>Conceitos e Práticas de Integralidade.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>Os Desafios cotidianos para o Trabalho em Equipe.....</b>	<b>40</b>
<b>4.3</b>	<b>A Organização para a Demanda sob o Olhar Integral.....</b>	<b>47</b>
<b>4.4</b>	<b>Acessibilidade abrindo Portas para a Integralidade.....</b>	<b>53</b>
<b>4.5</b>	<b>A Longitudinalidade e a Coordenação de Cuidados.....</b>	<b>61</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>83</b>

# 1 O ENCONTRO COM CATAS ALTAS

Esta dissertação começa com a solicitação de licença acadêmica para que se escreva sobre um encontro sem perder a essência de estudo científico que ela deve conter.

Encontro de dois recém-nascidos há 10 anos: uma, Catas Altas, recém-nata para o universo dos municípios; o outro, um profissional, nascido para o mundo do trabalho em saúde, por meio da Enfermagem.

Catas Altas tornou-se município no último plebiscito para municipalização, em 1996, iniciando suas atividades no ano seguinte. O mundo que encontrou ao nascer mostrou-se exigente, necessitando, mesmo ainda pueril, de aprender de imediato a falar e a andar. Era o ano da municipalização das ações de saúde, preconizada na Norma Operacional Básica do ano anterior (NOB 96). Além de aprender a ser município, Catas Altas herdou responsabilidades de organização e disponibilização de serviços em saúde já esperadas de municípios com algum tempo de vida, mas incoerentes com sua pouca idade.

Foi um parto sem berço de ouro. Nasceu sem recursos disponíveis para organizar-se e oferecer qualidade na assistência aos usuários. Não existia estrutura de serviços secundários e nem terciários, como hospitais, policlínicas e laboratórios. Ela só pôde contar com suas próprias forças, com seu único dom nato: a Atenção Básica. Esse foi o maior trauma pós-parto nesse cenário de responsabilidades – como crescer sadio sem os recursos necessários? Sem fraldas descartáveis, sem macacões e mantas novinhas, o jeito foi usar fralda de pano e aproveitar roupas doadas. Sem unidade hospitalar, recursos especializados, sem outras estruturas físicas, a maneira encontrada foi começar pela antiga casa de poucos cômodos, adaptada para ser posto de saúde, repleta de caixas de Benzetacil.

Foi assim o início de vida de Catas Altas, surgida de uma emancipação política desejada por pessoas e que, depois de concretizada, precisava tocar a vida.

Nessa mesma época, em outra maternidade, a do campo do saber de uma universidade federal, nascia um profissional para o mundo da saúde, gestado entre dificuldades, anseios e novidades. Quis a oportunidade que seu primeiro berço fosse o de Catas Altas, que, apesar das dificuldades também de recém-chegada ao mundo, soube ser acolhedora o suficiente para que o encontro acontecesse. O

primeiro encontro é sempre inesquecível: descer de um ônibus de bancos duros, empoeirados da estrada de terra, no adro da Igreja Matriz e se deparar com as formas da Serra do Caraça foi nascimento de sorte.

Como Catas Altas, ele teve dificuldades após sair do ventre. Suas primeiras palavras foram, na verdade, siglas que não tinha aprendido a falar na universidade: NOB, PPI, PAB, TFD... Como era de se esperar, falou por algum tempo errado até que aprendesse a pronunciar de forma correta.

Sob olhares desconfiados das pessoas, diga-se de passagem, com razão, os seus primeiros passos e os de Catas Altas foram sendo dados. Um Município e um Enfermeiro foram sendo formados, mais de erros do que de acertos, mas com uma cumplicidade de amigos de infância. Foi assim por belos cinco anos, até que a separação do convívio, necessária para toda maturação na vida, acontecesse entre os dois recém-nascidos, agora já com traços de crianças. Foi uma época de aprendizado puro e mútuo, com o único objetivo de descobrir como fazer saúde.

Passaram-se mais cinco anos e chegou a hora do reencontro, agora mais velhos, com histórias para contar e experiências a serem compartilhadas. Ele trouxe para o encontro inquietações a serem respondidas a respeito da integralidade e encontrou o município novamente com a postura acolhedora de outrora, pronto para uma nova parceria.

Catas Altas já tem uma personalidade, uma história de vida na produção da saúde, parecida com a de outros, menores que 10 mil habitantes, contando, quase que exclusivamente, com os recursos da Atenção Básica em seus espaços geográficos. Para garantir acesso a outros níveis de assistência dentro de uma linha progressiva de cuidados ela depende de unidade hospitalar de município vizinho, de ações de saúde suportadas em Consórcio Intermunicipal de Saúde e de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), preconizadas na hierarquização do sistema de saúde. Porém, no dia-a-dia, ela apresenta somente as ações da Atenção Básica. Considerando a polissemia de ações, de serviços, de níveis de assistência e de políticas públicas, como será que a integralidade acontece nesse espaço produtor de saúde tão peculiar ao Município de Catas Altas?

Nesse desvelar da integralidade em Catas Altas quais são os atores que estão envolvidos? Será possível garantir atendimento integral possuindo em seus espaços geográficos somente a Atenção Básica? Que caminhos o município aponta? Foram questões abordadas neste estudo, cumprindo os seguintes objetivos:

- Compreender a construção da integralidade no município de Catas Altas para os trabalhadores de saúde;

- Estabelecer as relações que se constituem entre a integralidade, a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação de cuidados.

Este estudo assume importância por colaborar para as construções sobre a integralidade em um ambiente onde ela é pouco estudada, representada pelo cenário de Catas Altas: município que conta com sua própria Atenção Básica e que depende de outros municípios na rede hierarquizada do Sistema Único de Saúde para garantir a integralidade. Ele também pode oferecer subsídios para ajudar no processo de gestão e avaliação da Atenção Básica no município.

Que os resultados deste estudo a partir desse novo encontro com Catas Altas, tão saudoso e esperado, possam contribuir para desvelar esse espaço ainda pouco explorado, mas essencial para o entendimento da própria integralidade.

## **2 MUDANÇAS PROMOVIDAS PELO SUS NA CONCEPÇÃO E CONSTRUÇÃO DA SAÚDE**

Desde a promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, o Setor Saúde no País modificou profundamente as suas bases, passando por alterações e reestruturações do seu Modelo Assistencial, ancorado pelo arcabouço legal da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com as Leis Nº 8.080 e 8.142 de 1990 (BODSTEIN, 2002).

Cabe ressaltar, mesmo não sendo foco deste estudo, a importância dos movimentos sociais e de trabalhadores em saúde, evidenciadas na Reforma Sanitária e nas Conferências Nacionais de Saúde, como precursores das mudanças ocorridas na Saúde e que culminaram na criação do SUS (TEIXEIRA, 2002).

O SUS inicia legalmente profundas modificações na concepção de saúde quando já anuncia em seus princípios e diretrizes a universalidade do sistema, a garantia de acesso e resolutividade nos seus níveis de atenção, a equidade, a participação social na gestão da saúde e a integralidade das ações e serviços. Além dessa essência do novo sistema, ele vem dar ênfase à hierarquização das ações, à descentralização da gestão com o processo de municipalização da saúde, conferindo aos municípios grande importância na produção da saúde (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, das mudanças promovidas pelo SUS, duas merecem destaque: o direcionamento para práticas em saúde de um Modelo de Atenção Integral à Saúde e o processo de municipalização das ações de saúde.

### **2.1 A Mudança do Modelo Assistencial direcionada pelo SUS**

Em meio à influência de modelos assistenciais distintos, o Modelo Médico Hegemônico e o Modelo Sanitarista, e de movimentos como o de Medicina Comunitária, o SUS é criado buscando direcionar as práticas em saúde para a construção de um novo modelo, o de Atenção Integral à Saúde. Para isso, ele utiliza estratégias de unificação e descentralização do sistema de saúde, amplia as discussões de Vigilância da Saúde e agrega a Epidemiologia na organização dos

serviços de saúde (TEIXEIRA, 2002). Tarefa difícil a de organizar atores diversos, com influências diferentes, no que diz respeito à maneira de atuar frente a enfermidades, agravos à saúde, condicionantes e necessidades de saúde, individuais e coletivas. Somam-se a essa dificuldade a organização do trabalho desses diversos atores, a necessidade de alocar recursos e a influência de determinantes sociais (TEIXEIRA, 1994).

Para organizar o funcionamento do Sistema de Saúde, considerando essa diversidade de atores e situações e a necessidade de direcionar o Modelo de Atenção Integral, o Ministério da Saúde elegeu a Atenção Básica, por considerar esse nível essencial para essa estruturação do sistema. Ele não considera esse nível mais importante do que os outros dentro de uma linha de cuidado, mas assume ações de fortalecimento da Atenção Básica por ela estar mais próxima da realidade de vida das pessoas. Conceitualmente, para o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação. A ampliação desse conceito torna-se necessária para avançar na qualidade de vida das pessoas e de seu meio (BRASIL, 1999).

Outros atores trabalham o conceito de Atenção Primária próximo ao que o Ministério da Saúde considera como Atenção Básica. A Organização Mundial da Saúde (OMS), já em 1978, considerava-a como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978, p.30).

Para Starfield,

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre as pessoas (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

Nas duas definições anteriores fica clara a importância desse nível de atenção na organização do sistema de saúde, considerando garantia de atendimento integral, custo efetividade e alocação de recursos. Na definição de Starfield (2002) ainda são acrescentadas noções de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidados como essenciais para a função organizadora desse nível. Reforçando, ainda, o papel da Atenção Básica na organização do sistema, Mendes (1996) diz que só se consegue equidade, eficácia e eficiência em um sistema de saúde com Atenção Básica forte e bem organizada.

Para efetivar esse papel da Atenção Básica, o Ministério da Saúde, em meados da década de 1990, elege o Programa Saúde da Família (PSF) como a estratégia para a organização desse nível de atenção. Assim, a Saúde da Família torna-se também o orientador de um novo modelo de Atenção Integral. Para o Ministério da Saúde:

A saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica

delimitada. As equipes atuam com ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 1997, p.17).

Desta forma, a estratégia de Saúde da Família herda a responsabilidade de fazer com que, efetivamente, o Sistema Único de Saúde se torne uma realidade em seus eixos transversais de universalidade, integralidade e equidade. Ela adquire, também, juntamente com essa responsabilidade, os desafios que o SUS enfrenta: promover a articulação entre os níveis assistenciais; priorizar a promoção à saúde e a prevenção de doenças; prestar serviços básicos de qualidade, considerando regionalidade, racionalidade, efetividade, custo e aceitabilidade social; desenvolver sistemas de informação e monitoramento efetivos; promover as reformas em saúde, paralelamente às outras reformas do país (FERREIRA, 2002).

A Atenção Básica e o PSF como estratégia de organização da mesma, dentro de um sistema de saúde, assumem importância peculiar neste estudo no que se refere a Catas Altas. Como já dito anteriormente, esse município apresenta em seus limites geográficos apenas recursos da Atenção Básica na produção da saúde, dependendo de outros municípios para garantir ação integral entre os níveis de atenção. É nesse espaço que foram aprofundadas, um pouco mais, as questões sobre a integralidade.

Antes, porém, de iniciar as discussões, é necessário discorrer sobre o processo de municipalização da saúde, como suporte para as construções sobre integralidade que sucedem.

## **2.2 A Municipalização das Ações de Saúde promovidas a partir do SUS**

Outra mudança importante ocorrida a partir da implantação do SUS de interesse deste estudo é o processo de municipalização que acontece gradativamente nas últimas duas décadas, aumentando a responsabilidade dos municípios na gestão da saúde, em relação às ações, administração de recursos, controle e avaliação.

A primeira indicação da municipalização ocorre na Lei Nº 8.080 de 1990, que confere competências e responsabilidades aos municípios, dentre as quais planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde; gestão e execução de serviços públicos de saúde; participação no planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS; execução de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; formação de consórcios intermunicipais de saúde para problemas comuns de saúde; contratação de serviços privados complementares e fiscalização dos mesmos; normatização complementar das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Porém, somente três anos depois, com a Norma Operacional Básica de 1993, o Ministério da Saúde normatiza de fato as ações de descentralização, conferindo aos municípios a possibilidade de se habilitarem nas condições de Gestão Incipiente, Semiplena ou Parcial, com responsabilidades, prerrogativas e requisitos definidos. Institui também novos espaços de pactuação colegiados representados pelas Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite (BRASIL, 1996a).

O processo de descentralização ganha força maior quando são implementadas novas medidas de incentivo trazidas pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96). Novas condições de habilitações de gestão são oferecidas – a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Na primeira, o município gerenciava todo o atendimento de saúde em seu território e, na segunda, apenas a rede de atendimento básico. A NOB 96 também traz a obrigatoriedade de criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), fortalecendo a participação social na saúde (BRASIL, 1996b).

A municipalização adquire nova força com a instituição do Piso Assistencial Básico (PAB), em 1998, que reorienta o repasse de recursos aos municípios, marco importante da descentralização financeira. Vários outros incentivos foram criados concomitantemente ao PAB para tornar mais atrativa a municipalização das ações de saúde. O PAB, dentre outras inovações, torna clara a participação, mesmo que pequena, dos recursos federais no financiamento das ações básicas de saúde. Nesse mesmo pensamento de incentivo à Atenção Básica, cabe ressaltar os incentivos trazidos pela implantação do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BODSTEIN, 2002). Incentivos que foram

revisos e ampliados a partir da última edição da Política Nacional da Atenção Básica que, além desse tema, reforçou as relações entre o PSF e a Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) - 2001 e 2002 - oportunizou a possibilidade aos municípios habilitados anteriormente na GPAB a possibilidade de migrarem para a versão ampliada (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA). Além de agregar novos incentivos, incorporar novas ações de vigilância epidemiológica e sanitária e reafirmar ainda mais a Programação Pactuada Integrada (PPI), já contemplada na NOB 96. Reforçou-se, portanto, a PPI no processo de gestão municipal da saúde, em consonância com os princípios do SUS de acesso, equidade, integralidade e participação social (BRASIL, 2001).

Porém, em 2004, o Ministério da Saúde Brasileiro revogou a exigência de que os municípios obrigatoriamente se enquadrassem nos níveis de gestão disponíveis, desvinculando o pagamento do Piso Assistencial Básico a uma habilitação prévia. A partir dessa data passou a existir apenas a forma de habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal, sobre os mesmos critérios de inclusão definidas na NOAS 2002 (BRASIL, 2004).

Apesar das mudanças importantes ocorridas durante todo esse processo de municipalização, algumas críticas são construídas, principalmente, as que são embasadas no fato que o processo de descentralização não contempla as diferentes realidades locais e os determinantes sociais da saúde, infringindo, assim, o princípio de equidade do SUS (BODSTEIN, 2002).

Importante também é salientar que com a municipalização ocorreu o aumento da responsabilidade local com novos saberes e conceitos, necessitando que os atores incorporassem novas tecnologias, procedimentos, e técnicas baseadas em evidências científicas e também considerassem a subjetividade dos sujeitos. Confere a esses atores o desafio de construir uma gestão municipal da saúde que diminua as iniquidades locais (BRASIL, 2002).

Nesse contexto histórico, Catas Altas emancipou-se como município em 1997, em pleno processo de descentralização das ações de saúde, vivendo dilemas e dificuldades concomitantemente ao aprendizado de se tornar cidade. Hoje, o município encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, assumindo a responsabilidade pela gestão de toda rede de saúde contida no município. Apesar dessa responsabilidade local, o Município não fica isento de se integrar a uma rede

hierarquizada para garantir a integralidade da assistência à saúde para seus municípios.

Neste estudo, a busca da Integralidade foi focada nesse município que traz de forma marcante em sua trajetória as duas mudanças importantes promovidas pelo SUS descritas até agora: o direcionamento para um modelo assistencial voltado para a atenção integral, representado pelo fortalecimento da Atenção Básica, e o processo de municipalização das ações de saúde.

### **2.3 A Integralidade e a Atenção Básica**

O Sistema Único de Saúde fala de atendimento integral considerando ações e serviços de saúde, conferindo à integralidade um de seus diversos conceitos, o de integração de níveis de assistência e de práticas profissionais (BRASIL, 1990). Essa é apenas uma das definições em que se tem trabalhado a integralidade.

Mattos (2001) amplia esse conceito dizendo que a integralidade envolve o modo de organizar as práticas profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas. O autor considera a integralidade como um fio condutor que perpassa esses três pontos e implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, além de afirmar a abertura constante para o diálogo.

Para Pinheiro (2001) a integralidade é uma ação resultante da permanente interação entre os atores na relação entre oferta e demanda de atenção à saúde, considerando aspectos objetivos e subjetivos. Confere uma noção de movimento à integralidade, dependente das relações humanas, considerando inclusive os aspectos subjetivos envolvidos na produção da saúde.

A integralidade é indispensável para se produzir uma saúde de qualidade, porém é inalcançável, segundo Camargo Jr. (2003). Ele considera que as práticas dos profissionais de saúde conseguem se aproximar do ideal sem, no entanto, atingi-lo, devido à polissemia e grandiosidade conferida à integralidade.

A Organização Mundial de Saúde (1978) conceitua integralidade na atenção primária, acrescentando a ela noções de interação com o meio social e cultural. Diz que as atividades em saúde deveriam estar inter-relacionadas e

equilibradas de forma a focar os problemas de maior prioridade conforme são mutuamente percebidos pela comunidade e pelos sistemas de saúde.

A integralidade, dentro da organização de um sistema, é essencial em todos os níveis, mas assume um papel importante na Atenção Básica, entendendo que é nesse espaço que acontece o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde e onde posturas integrais devem ser construídas. Essa conceituação é trabalhada por Starfield (2002), que ainda acrescenta a importância da acessibilidade, da longitudinalidade e da coordenação de cuidados na Atenção Básica como facilitadores e essenciais para que a integralidade aconteça. Considera a acessibilidade sócio-organizacional do serviço, dos espaços criados para o acolhimento das demandas e necessidades dos usuários; a longitudinalidade como os cuidados dispensados ao longo do tempo com continuidade e vínculo e a coordenação de cuidados como prática que integra ações e serviços de saúde.

A integralidade discutida neste estudo considera todas as conceituações trazidas até aqui, de um ideal mobilizador de práticas, dos diversos atores, que perpassa ações, serviços e políticas de saúde, em constante interação com o meio. Uma integralidade que considera os determinantes sociais da saúde e que está em constante movimento. Particularmente, buscou-se estudá-la no espaço da Atenção Básica que é a força motriz do trabalho em saúde de Cotas Altas, considerando as interações com a acessibilidade, com a longitudinalidade e com a coordenação de cuidados.

## **2.4 Acessibilidade, Longitudinalidade e Coordenação de cuidados como facilitadoras da Integralidade**

Para que a integralidade em saúde aconteça, segundo Starfield (2002), é necessário que a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação de cuidados ocorram concomitantemente. Para a autora, esses componentes devem ser priorizados em qualquer sistema de saúde para que ele seja integral.

A acessibilidade deve contemplar desde questões geográficas até as sócio-organizacionais para favorecer a entrada das pessoas no sistema de saúde. Do ponto de vista geográfico, a localização de uma unidade de saúde deve ser estabelecida baseada em critérios associados à natureza geográfica, social e

demográfica do local (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987). A regionalização da assistência manifestada nas políticas de saúde por meio da territorialização, leva em consideração esses três critérios com o intuito de facilitar a responsabilização dos trabalhadores da saúde e o vínculo com a população (BRASIL, 2001; 2002; 2006a). A acessibilidade do ponto de vista sócio-organizacional leva em consideração as posturas e estratégias adotadas pelos serviços de saúde para a garantia do acesso universal e equânime das pessoas, mediante adequada interpretação das demandas apresentadas, evidenciando as suas necessidades. A acessibilidade sobre essa ótica favorece também à otimização da oferta (STARFIELD, 2002). A integralidade só pode acontecer ou não a partir do acesso das pessoas aos serviços, onde a abertura do sistema com a postura acolhedora e humanizada já faz parte, na verdade, de uma atitude integral.

A longitudinalidade, entendida por Starfield (2002) como a dispensação de cuidados contínuos ao longo do tempo, respeitando e entendendo o ciclo de vida das pessoas e fortalecendo a criação de vínculo também é fundamental para integralidade, pois propicia a oportunidade de encontros entre profissionais e usuários, e entre serviços e usuários nos espaços da construção da integralidade (PINHEIRO, 2001).

A coordenação de cuidados deve ser a responsável pela organização da assistência entre os diversos profissionais, serviços e níveis assistenciais necessários à recuperação, manutenção e promoção da saúde dos usuários (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003). Essa coordenação deve acontecer o mais próximo das pessoas com acesso facilitado para a criação do vínculo. Portanto, a coordenação de cuidados deve ser realizada na Atenção Básica pelas características já atribuídas a ela (BRASIL, 2006a; FRANCO e MAGALHÃES JUNIOR, 2006).

O município de Catas Altas, pelas características já relacionadas, apresenta a Atenção Básica como principal força produtora do cuidado. Por sua proximidade ao cotidiano das pessoas deve garantir a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação de cuidados para que a integralidade seja conferida. As características desses componentes em Catas Altas serão discutidas nas categorias teóricas deste estudo.

### 3 O PERCURSO METODOLÓGICO

A fim de justificar o caminho metodológico percorrido para tentar responder às questões propostas para esta pesquisa, faz-se necessário destacar três características da integralidade. A primeira refere-se ao seu conjunto de sentidos, da totalidade na abordagem individual às práticas integradas nas políticas públicas (SILVA JÚNIOR, 2005), tornando-a ao mesmo tempo imensurável e inatingível. A segunda apresenta a questão da subjetividade por se tratar de relações instituídas entre sujeitos com demandas e expectativas distintas. E a última característica seria a construção permanente baseada nas experiências vividas no cotidiano das relações de saúde.

Por essas características peculiares à integralidade, a abordagem qualitativa foi escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa. Segundo Pope (2005), o estudo qualitativo é ideal quando se quer responder como um fenômeno varia em circunstâncias diferentes e o porquê dessas mudanças. Para Minayo (2006) a abordagem qualitativa conforma-se melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e documentos. Ainda para ela, a pesquisa qualitativa oferece aproximações sucessivas e progressivas até a compreensão do processo em estudo e de sua subjetividade.

A corrente de pensamento seguida, também tendo como determinantes as características da integralidade citadas, foi a Sociologia Compreensiva, que para Minayo (2006) privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, mostrando que os conceitos de significado e intencionalidade os diferem dos fenômenos naturais. Mais especificamente, as diretrizes da Sociologia Compreensiva serão abordadas pelo prisma maffesoliano, que privilegia a metodologia qualitativa através da experiência, do coletivo e do vivido cotidiano (MAFFESOLI, 1988).

A construção cotidiana da integralidade pode ser desvelada pela Sociologia Compreensiva, que segundo Maffesoli (1988) favorece o intersubjetivo, privilegia o potencial cognitivo de cada experiência na construção do todo e considera as diversas posições dos atores envolvidos na definição dos conceitos.

Ainda para Maffesoli (1996) as relações apresentam-se em um cenário emocional que se fundamenta em sentimentos comuns na experiência compartilhada, tanto no mundo do trabalho quanto nos das famílias, dando importância a noções tais como o doméstico, o cotidiano, a ecologia, o território e o bairro. A saúde na Atenção Básica constrói-se nesses espaços e nessas relações de proximidade onde o emotivo se torna ou não vínculo, tão desejado no cotidiano do trabalho em saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Mais especificamente nas relações de trabalho, Maffesoli (1996; 1998) ressalta a importância da “ética da estética”, do transformar suas relações de trabalho e sua vida em uma obra de arte, a estética do sentir comum, dos sentimentos partilhados. É nas relações de trabalho que o laço social torna-se emocional pela força do cotidiano. Constrói-se um modo de ser onde o que é experimentado com outros será primordial. O trabalho, em qualquer equipe de saúde, é repleto dessas relações, dessas partilhas, dessas divisões. E, mais propriamente, o trabalho preconizado no interior das equipes de Saúde da Família deve seguir essa linha construtiva do cotidiano já que atua com diretrizes do trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2006a).

Outra questão importante abordada pelo autor de interesse para este estudo é a complexidade da socialidade que é composta de elementos diversos, não redutíveis, que só se manifestam no senso comum, no cotidiano da vida, considerando que também o mundo natural e social é complexo. Dessa forma, estudos que se disponham a entender as relações de saúde devem desvincular-se de uma metodologia engessada que não permita compreender a vinculação existente entre os diversos determinantes e condicionantes sociais que estabelecem o que Penna (1997) denomina como a subjetividade do ser saudável. A complexidade abordada por Maffesoli é a mesma abordada por Morin (2001; 2005) onde não é reduzi-la a “complicada”, mas entendê-la como uma rede de eventos, ações, interações, retroações, determinações e acasos que constituem nosso mundo fenomênico, principalmente o social, o cotidiano e a vivência. Essa socialidade complexa para manifestar-se necessita de um território com espaços determinados onde os hábitos e os costumes do dia-a-dia modulem-se permitindo a estruturação comunitária através da hierarquia e harmonia. Socialidade que é entendida pelo mesmo autor como o que é diferente do formal, próprio de determinados ambientes, que ocorre e se significa somente em lugares específicos (MAFFESOLI, 2001). A

construção social da saúde apresenta características dessa complexidade quando se revela também em um território repleto de demandas, necessidades e expectativas diferenciadas com a oferta limitada, gerando relações que se modulam entre si (CECILIO, 2001).

### **3.1 Delineamento do estudo**

A modalidade de abordagem compreensiva para o delineamento desta pesquisa foi escolhida por estar em conformidade com a abordagem do cotidiano proposta por Maffesoli e considerar os espaços e as relações que constituem a construção da integralidade nos serviços de saúde. Por esse motivo foi escolhido o Estudo de Caso, que segundo Minayo (2006) considera o contexto histórico e situacional da realidade a ser estudada, sem desconsiderar a sua individualidade e as suas particularidades.

Por possibilitar a compreensão de relações estruturais e subjetivas, por permitir um exame detalhado das relações e das experiências e, principalmente, por evidenciar o rumo de um processo em andamento e a maneira de interpretá-lo (MINAYO, 2006; LUDKE E ANDRE, 1986), o Estudo de Caso adaptou-se às necessidades de compreensão da integralidade no Setor Saúde de Catas Altas. Para compreender a integralidade em determinado cenário é importante associar, se possível, um conjunto de dados de fontes diferentes, de forma a possibilitar o seu entendimento por meio de falas, atitudes e registros. O Estudo de Caso permitiu essa variedade de fontes e possibilitou o entendimento do todo pela convergência desses dados em uma triangulação. Das fontes de evidência citadas por Yin (2005), esse estudo explorou documentos, entrevistas e observação direta.

Além disso, o Estudo de Caso constituiu-se numa estratégia de pesquisa que contemplou desde as técnicas de coleta até a análise final do construto, e permitiu que o estudo seguisse uma linha de raciocínio única.

Para a resolução das questões e dos objetivos, já enumerados neste estudo, o delineamento utilizado foi o descrito a seguir.

### **3.1.1 Cenário de Estudo**

O cenário de estudo foi o Setor Saúde do Município de Catas Altas, por ser o espaço da produção da saúde local. A cidade está habilitada na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, utiliza a estratégia Saúde da Família para a organização da Atenção Básica, que possui equipe com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Possui, ainda, atendimento odontológico e profissionais de apoio para a equipe de Saúde da Família. A necessidade de trabalhar com uma clínica ampliada na Atenção Básica foi se configurando de acordo com o crescimento da demanda dos usuários e com a tentativa de melhorar o acesso a algumas especialidades mais solicitadas. Como garantia de acesso a outros níveis de assistência, Catas Altas utiliza o Tratamento Fora de Domicílio, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, o convênio com unidades particulares no setor secundário e a unidade hospitalar do município vizinho para a realização de algumas cirurgias e do atendimento de urgência. O Setor Saúde de Catas Altas responsabiliza-se ainda pelas ações da vigilância sanitária e epidemiológica, além de trabalhar conjuntamente com a Assistência Social.

### **3.1.2 Sujeitos da Pesquisa**

No Setor Saúde de Catas Altas os sujeitos foram os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde tanto da área técnico-assistencial quanto da área administrativa: 1 bioquímico, 1 farmacêutico, 3 enfermeiros, 1 médico, 1 odontólogo, 3 auxiliares de enfermagem, 2 agentes comunitários de saúde e 3 agentes administrativos. Todos trabalham no município há mais de 1 ano e vivenciam cotidianamente o processo de trabalho. A carga horária de trabalho semanal varia entre 20 e 44 horas semanais, sendo que alguns especialistas atendem esporadicamente no município. Foi considerada informante-chave nesta pesquisa a Gestora Municipal de Saúde. Como critério de inclusão estabeleceu-se o exercício da profissão no município durante a fase da aplicação da entrevista semi-estruturada. Os informantes são designados por uma seqüência numérica, antecedida pela letra C, de corpus, em referência à análise das entrevistas utilizada,

sem especificação de suas áreas de trabalho para garantia da confidencialidade da autoria das falas. Os profissionais foram abordados em seu ambiente de trabalho. O critério de escolha dos profissionais foi o de estarem em trabalho no período da coleta de dados no município. Conforme a Resolução 196 (BRASIL, 1996c), que versa sobre as diretrizes na pesquisa com seres humanos, esta pesquisa contou com dois consentimentos pós-informados. O primeiro destinado ao Secretário de Saúde de Catas Altas, descrevendo a execução da pesquisa no município (APÊNDICE V) e o segundo direcionado aos sujeitos participantes da pesquisa (APÊNDICE VII). Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

### **3.1.3 Métodos de Coleta de Dados**

Considerando a diversidade de possibilidade do desvelamento da integralidade no cenário descrito, seja por meio de falas, atitudes ou escritas, três foram os métodos de coleta de dados:

#### **A) Entrevista Semi-Estruturada**

A entrevista semi-estruturada, segundo Ludke e André (1986), permite a captação corrente e imediata da informação desejada e o aprofundamento de questões levantadas por outros métodos, como a observação livre.

Anteriormente às entrevistas, o projeto de pesquisa foi apresentado coletivamente ao grupo de funcionários. Aproveitou-se esse momento também para a distribuição e explicação dos termos de consentimento.

As entrevistas foram realizadas na própria Secretaria Municipal de Saúde, durante o período de trabalho de campo no município. Para o registro das entrevistas foi utilizado gravador digital de voz que possibilitou o arquivamento dos dados em meio informatizado. O roteiro semi-estruturado utilizado para as entrevistas está representado no APÊNDICE I. Ao todo, foram realizadas quinze entrevistas durante o período de coleta de dados no município, em ambiente seguro e que garantiu o sigilo das informações prestadas..

O período das entrevistas também foi utilizado para o registro de posturas, gestos e momentos de silêncio que auxiliaram na interpretação dos discursos elaborados e também norteou a observação livre no cotidiano do trabalho dos profissionais.

## **B) Observação Livre**

Para desvelar a integralidade, é necessário estabelecer a associação entre o que o profissional diz e o que faz. A observação livre, segundo Trivinos (1987), possibilita a percepção de contradições e sinergismos entre falas e ações dos atores e nas relações entre eles.

Para isso, foi construído um diário de campo sistematizado que permitiu registrar situações diárias formais e informais relativas ao trabalho em saúde no município. Foram privilegiados os espaços do cotidiano da produção de saúde em Catas Altas, observando-se as falas e ações dos profissionais nos contatos com a população e entre eles mesmos.

As situações eram registradas juntamente com a primeira impressão causada ao pesquisador. Posteriormente, foram analisadas e preparadas para a triangulação de dados.

As observações foram realizadas no período de uma semana, durante o tempo integral de funcionamento do centro de saúde, no mês de abril de 2007, com aproximadamente 40 horas.

O diário de campo está representado pelo APÊNDICE II.

## **C) Análise Documental**

Para Ludke e André (1986) os documentos recebem importância singular dentro da abordagem do Estudo de Caso por conterem em si informações concisas e permanentes. Através da leitura dos documentos pode-se reforçar ou não a afirmação proposta pelo pesquisador a respeito da questão central.

Os registros utilizados foram analisados à procura de situações que reforçassem o percebido no cotidiano e nas entrevistas realizadas com os profissionais.

Os documentos foram os seguintes:

- Registros profissionais em encaminhamentos, relatórios e prontuários ocorridos na semana de permanência no município;
- O Plano Municipal de Saúde;
- O Relatório de Gestão;
- Documentos relativos ao Tratamento Fora do Domicílio, ao Consórcio Municipal de Saúde e aos convênios.

Na construção do instrumento de coleta, tentou-se elencar situações possíveis onde os documentos fossem produzidos. O modelo utilizado para os registros é demonstrado no APÊNDICE III e o orientador da coleta no APÊNDICE IV.

### **3.1.4 Método de Análise de Dados**

Para a avaliação do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas foram utilizados elementos da Análise de Discurso descrita por Orlandi (2001). Foram considerados os aspectos relativos às condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos pela influência de diversos campos que podem exercer influência sobre o sujeito. Na análise da integralidade, considerar as ascendências dos saberes na sua própria construção é essencial, justificando, portanto, a escolha de elementos desse método de análise para as entrevistas. Também foram registrados os momentos durante as entrevistas em que posturas e gestos foram agregados ao discurso em produção, bem como os momentos de silêncio e reflexão.

Para Pêcheux (1997) as unidades de análise surgem por meio dessa técnica, mediante enunciados que são uma série de pontos que se agregam, oferecendo, assim, a interpretação. Essa estruturação do discurso favoreceu a interpretação do cotidiano já que visa a articular sua enunciação sobre certo lugar social, determinado temporalmente, com relações estabelecidas e em construção (MAINGUENEAU, 1998). Ainda para esse autor, pessoas distintas fornecem discursos próprios que ao serem analisados constituem a idéia central do que se quer desvelar em um determinado espaço social, principalmente o do trabalho.

Em relação à análise lingüística proposta por esse método (ORLANDI, 1983), foram utilizados apenas os recursos relacionados à metáfora, de organização textual evidenciando o que queria ser dito, considerando o cenário e as impressões

colocadas pelos entrevistados. O percurso metodológico descrito a seguir teve como suporte as considerações feitas em Orlandi (2001).

Com o uso dessa técnica, foram feitas leituras sistemáticas dos relatos descritos nas entrevistas até que pontos divergentes e convergentes constituíssem unidades de significado. Dessa forma, as transcrições foram transformadas primeiramente em texto através de recursos de linguagem, evidenciando o dito dentro do contexto observado durante a entrevista, ordenando-as para uma análise preliminar. Após essa análise, os textos foram transformados em “corpus” – que são os textos já preparados para a montagem das categorias das entrevistas, associados às impressões das posturas, dos gestos e dos posicionamentos dos entrevistados. A partir desse momento, foram montadas as categorias para análise.

Pela opção de trabalhar com três técnicas de coleta de dados diferentes, considerando a importância dessa diversidade de métodos para o entendimento da integralidade no município de Catas Altas, a análise das categorias foi acrescida das informações obtidas através da observação e da pesquisa documental. Utilizou-se para isso a triangulação de dados descrita também por Minayo (2005; 2006), como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados de métodos de coleta de dados diferenciados, fazendo deles um construto único, e que deve ser escolhida quando contribui para aumentar o conhecimento do assunto e atende aos objetivos que se deseja alcançar.

Portanto, as categorias que surgiram foram produtos da associação dos resultados obtidos pela análise discursiva, pela observação livre e pela análise de documentos.

## **4 A CONSTRUÇÃO COTIDIANA DA INTEGRALIDADE NO MUNICÍPIO DE CATAS ALTAS**

Os serviços de saúde no município de Catas Altas têm sido estruturados, entre outros fatores, desde a sua emancipação em 1996, por meio da atuação de seus profissionais e das relações estabelecidas com as pessoas. Essa construção fundamenta-se nas relações cotidianas entre usuários, trabalhadores e gestores, que visam a identificar as demandas de serviços de saúde. As demandas são as representações das necessidades quase sempre veladas e deveriam ser interpretadas em conjunto por profissionais e usuários, pois as respostas a essas só são satisfatórias quando ocorrem nos espaços das relações humanas, repletas de subjetividade e próprias de um determinado local. Para o atendimento às necessidades identificadas, a oferta de serviços deve ser adaptada de forma a suprir a maior parte delas. A oferta é organizada através de ações institucionais, mas se revela, de fato, pelo trabalho em saúde realizado pelos profissionais. É por meio dele, no contato diário com os usuários, que a oferta se manifesta efetivamente ou não. Em Catas Altas, ela é restringida às ações disponibilizadas pela Atenção Básica, o que requer dos trabalhadores a otimização de todos os recursos, potencializando-os para conseguir resolutividade. Para Bertussi, Oliveira e Lima (2001) essa deveria ser de pelo menos 80% para as necessidades apresentadas. Essa capacidade resolutiva só é atingível com um bom processo de gestão do trabalho, tanto individual quanto coletivo.

Nesse contexto, para se atingir a integralidade, visando ao acesso também a outros níveis assistenciais, o investimento em saúde tem aumentado gradativamente no município, buscando soluções por meio de parcerias intermunicipais e com o uso da clínica ampliada na Atenção Básica. Porém, nem sempre aumento de gastos reflete em melhoria da qualidade assistencial e postura integral coletiva e individual. A construção de um sistema de saúde integral, resolutivo e com gasto sustentável parte, inicialmente, dos conceitos formulados e das atitudes vivenciadas pelos próprios profissionais de saúde, que são fundamentais na interpretação da demanda apresentada.

## 4.1 Conceitos e Práticas de Integralidade

A integralidade tem sido descrita com significados distintos e complementares em estudos, constituindo a sua polissemia de sentidos (CAMARGO JR, 2003; CECILIO, 2001; MATTOS, 2001, 2003, 2005; VASCONCELOS e PASCHE, 2006; PINHEIRO, 2001; SILVA, 2006). Significações que, por serem complementares, são essenciais para o próprio entendimento da integralidade. Uma das noções identificadas pelos sujeitos é descrita por um olhar holístico que desvela até as necessidades do paciente:

Integralidade é olhar o indivíduo como um todo. Eu procuro muito me colocar no lugar do paciente. Eu procuro olhar no olho do paciente, ver o que ele precisa (C2).

É a relação que se estabelece com a pessoa capaz de transcender até o lugar do outro, propiciando o entendimento de sua demanda. Nesse sentido, a integralidade se aproxima do conceito de cuidado, que Luz (2005) define como o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em suas necessidades. A autora também afirma que essa necessidade de ser cuidado surge da fragilidade social em que vivem as pessoas. Ainda é o “olhar no olho” que desvenda a necessidade do outro, remetendo à humanização das relações tão almejada nos serviços de saúde, como postura receptiva, pronta para escutar e ajudar.

Agregada a esse sentido apresenta-se a importância do meio em que vive o usuário e da sua cultura para a produção desse cuidado integral:

Ao meu ver a integralidade é você estar recebendo esse usuário, acolhendo o seu problema de saúde, não de forma fragmentada, não direcionada a tal órgão, tal sistema do corpo humano, mas vê-lo como um todo. Que ele está inserido em um meio fisiológico, mas também cultural, social, no local que ele vive. Então a pessoa vem aqui com problema ocular, uma coisa nos olhos. Tanto o processo de enfermagem, quanto a consulta médica, ela não pode ser direcionada só para os olhos. O olho não está funcionando bem, mas está inserido no sistema do organismo. É não fragmentar, não dividir o atendimento, não direcionar para aquela parte do organismo. É olhá-lo como um todo (C12).

Entende-se que o cuidado necessitado é determinado não só por questões físicas, mas depende do meio social e cultural em que se vive. Revela-se a concepção dos determinantes sociais na construção da saúde das pessoas como fatores condicionantes da qualidade de vida. Idéia compartilhada por autores como Minayo e Miranda (2002), Luz (2005), Minayo (2007), que associam ainda a importância ambiental e do ecossistema como um todo na produção da saúde, afirmando que o modo como as pessoas lidam com o ambiente determina o seu estado de saúde.

Maffesoli (1996), nas discussões sobre o cotidiano, diz que o cultural faz parte do vivido, e que esse entendimento é essencial, junto a outras noções, como o da ecologia e do doméstico, para entender a socialidade. Essa é compreendida, para ele, como as relações informais, sem regras sociais, próprias de cada lugar, de cada encontro, que só se significam naquele momento.

Nesse contexto, a integralidade é vista como o que o profissional tenta fazer, referindo-se às dificuldades encontradas em relação ao serviço e à cultura das pessoas:

Integralidade é o que eu tento fazer, entende? Ma eu sinto muitas dificuldades no serviço e na cultura das pessoas se adequarem a isso. Eu acho complicado. Tudo ainda é muito voltado para queixas, para os problemas, tudo é muito rápido, não tenho muito a visão da pessoa como um todo. A gente que é generalista e quer ver tudo, muitas vezes a gente não tem esse valor. Troquei vários esquemas terapêuticos aqui. Não pode ficar seis meses ou um ano sem ver o médico. Por causa de dor de cabeça eles vêm toda semana, mas para tratar da pressão eles não dão valor. Quer a comodidade de receita pronta e pronto (C8).

Esse relato remete a um momento progressivo, observacional, onde o profissional apresentava a sua forma de trabalhar, baseada em protocolos. Para ele, aspectos culturais da demanda, fundamentados na queixa e na doença, dificultam a sua prática integral. A postura do usuário reflete um modelo assistencial centrado na doença e na busca curativa pontual e fragmentada, que deve ser superado conjuntamente, entre serviços e usuários, para que a integralidade possa acontecer (CAMPOS, 1994).

Cabe ressaltar que conseguir identificar a necessidade por detrás da demanda e conseguir promover mudanças comportamentais no sujeito leva em conta a capacidade de entender e respeitar esse peso cultural na construção da

saúde. Idéia que é compartilhada por Silva Junior, Merhy e Carvalho (2003), que ainda complementa que essa atenção integral ao usuário só pode acontecer como fruto de uma escuta qualificada onde as demandas do usuário possam ser identificadas como necessidades.

Mattos (2001) afirma que a recusa do reducionismo da saúde exige diálogo constante e é a possibilidade de mudança do pensamento fragmentado por parte das pessoas. As demandas manifestadas no cotidiano dos serviços de saúde são repletas de subjetividade, mesmo quando encobertas por uma busca curativa e que é postura esperada para o profissional a desconstrução desse pensamento.

A integralidade também é identificada como a capacidade de interpretar essa demanda:

A integralidade é estar vendo a demanda e estar providenciando o que é necessário (C7).

Na identificação da demanda, considerando a sua subjetividade, é necessário que o cotidiano e o caráter informal por detrás desse encontro sejam considerados para facilitar a interpretação da necessidade manifestada.

Outra definição identificada nas entrevistas é a da integralidade das ações manifestada no trabalho em equipe:

Acho que é a forma que o os trabalhadores daqui do centro de saúde conseguem ver esse paciente (C1).

A concepção de cuidado interdisciplinar é remetida para a equipe, saindo do foco do trabalho individual. Para que o usuário seja entendido como um todo, é necessário que sobre ele sejam direcionados os olhares de profissionais diferentes.

Cuidado que só é alcançado pela equipe se todos manifestarem um único objetivo:

Eu acho assim que é a equipe estar em um sentido único, fazendo o melhor atendimento possível, todo mundo falando a mesma linguagem, não ter duas regras, dando desigualdade. Todo mundo falando a mesma linguagem, trabalhando em equipe (C3).

A igualdade manifesta no relato se refere à padronização de ações da equipe, evitando que condutas diversificadas interfiram na produção do cuidado integral. “Falar a mesma linguagem” propicia que a integralidade seja contemplada.

O trabalho em equipe deve ser visto como uma das dimensões que permeia os outros sentidos da integralidade. Ela só pode ser conceituada como conjunto de práticas individuais, ações e relações entre níveis assistenciais de forma integral, se o trabalho em saúde for considerado a sua força motriz. Só acontece a integralidade, por exemplo, se existir a idéia, entre os profissionais, que o cuidado em saúde é longitudinal em uma linha de mão dupla que transpassa o sistema saindo da Atenção Básica em direção ao setor terciário e que retorna (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006). O cuidado final produzido para uma pessoa, que deve ser integral, só acontece, de fato, fruto de uma ação interdisciplinar, de interação entre profissionais distintos em momentos específicos da vida das pessoas (WALDOW, 2004).

A integralidade do trabalho em equipe é relatada como essencial para que ela ocorra nos diversos níveis assistenciais (MATTOS, 2003) e como maneira de garantir a assistência integral individual e coletiva (SILVA JR; MERHY; CARVALHO; 2003). O trabalho em equipe é visto como um desafio para que as práticas integrais ocorram no sistema de saúde, de um modo especial na Atenção Básica. As relações de trabalho devem ser definidas em equipe e devem se embasar nos princípios da interdisciplinaridade (CAMPOS, 2003). Em municípios onde a estratégia escolhida para a organização da Atenção Básica foi a Saúde da Família, o trabalho em equipe deve ser norteado por um projeto comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Essa dimensão do trabalho interativo é percebida às vezes na contradição ou na identificação de sua falta nas relações de trabalho:

O conceito de integralidade no caso seria a integração entre os funcionários. Eu acho de uma certa forma que aqui no posto de saúde há e não há. Tem pessoas que se integram melhor, tem responsabilidade. Mas tem aqueles que está dando cinco para as quatro horas já ta querendo ir embora, não se integra mesmo, não tem responsabilidade com o serviço. Total não tem não. Tem gente que trabalha só pelo dinheiro, fala que ganha pouco. Mas já que está aqui, tem que ajudar o colega, tem que trabalhar tudo junto para ter uma assistência melhor. Mas nem todo mundo pensa assim não. É o que vejo aqui dentro (C9).

O relato apresenta também a responsabilidade profissional como algo necessário para que a integralidade suceda. Traduzida como o compromisso com a equipe na produção em saúde.

Integração da equipe que deve superar a departamentalização da saúde:

Primeiro a integralidade é o trabalho em equipe. Não tem essa coisa que isso aqui é só do PSF, isso aqui é só da recepção, isso aqui é só do laboratório. É estar todo mundo sabendo do que está acontecendo, não é deixar de ter ética não, não é isso, mas é se um tem um problema que o outro pode estar resolvendo, aí ajudar. Tá faltando mais participação, mais compromisso, administrar melhor as coisas (C14).

Em Catas Altas várias ações e programas de saúde são desenvolvidos em um mesmo espaço físico. No centro de saúde do município são realizadas as atividades do PSF, o atendimento de especialistas, a Assistência Social e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a estratégia de Saúde da Família deveria ser a norteadora de todos os processos. A partir dela as outras ações deveriam ser desencadeadas, coordenadas pela equipe de PSF, na construção do cuidado integral individual e familiar. No relato anterior, o profissional expressa a necessidade de que essas ações caminhem juntas, não se constituindo uma postura aética, antes pelo contrário, entendendo que a partilha e a ajuda mútua deve ocorrer entre os diversos setores e profissionais.

Para diminuir o tempo de espera por consultas especializadas, o município optou por trabalhar com uma clínica básica ampliada, onde foram agregados especialistas de maior demanda pelo município, como psiquiatra, ginecologista, pediatra, psicólogo, ortopedista e cirurgião ambulatorial. A proposta é de otimizar o acesso a esses profissionais através da equipe de PSF, por meio de encaminhamentos responsáveis. Essa interação é revelada no discurso a seguir:

Eu acho que a integralidade é ter a união. A união, o profissionalismo de todos os profissionais voltados pra aquilo. Às vezes hoje todo mundo quer trabalhar no individualismo, sabe. O especialista X não tem aquela coisa com o médico do PSF, não dá retorno dos encaminhamentos e o mesmo acontece com o especialista Y. Se ele que é o clínico geral, ele deve saber tudo sobre as pessoas. Então tem que ser o conjunto de todos os profissionais. Eu dependo de todos os profissionais aqui. Então tem que ter o retorno, tem que ter união. Começando lá da secretária de saúde até o último que é o faxineiro (C11).

Indica-se que exista uma coordenação de cuidados por parte do médico do PSF, que quando os profissionais especialistas fossem acionados houvesse o contra-referenciamento para a equipe de PSF. Surge a idéia de união entre profissionais que expressa mais do que interação, e o sentido de interdependência do trabalho em saúde. O trabalho individualizado do profissional de saúde só propicia a resolução de situações restritas ao seu saber. Para que o atendimento seja integral necessita-se da convergência de saberes diversos na construção de planos terapêuticos (CECCIM, 2005).

Nas posturas e gestos durante as entrevistas é expressa a percepção de fragmentação do trabalho em equipe no município, o que também é evidenciado nos três últimos discursos. A observação realizada junto aos serviços confirma essa percepção, o que traz grande desconforto entre os trabalhadores, evidenciando processos de trabalho que não conversam entre si, com condutas preferencialmente individualizadas. Mesmo assim, também é percebida que a integralidade pode acontecer fruto de ações individuais que não trabalhem isoladas, mas que, antes, se somem na produção do cuidado integral:

A integralidade é isso, da pessoa ter atendimento total de saúde, em todas as áreas, de todos se envolvendo pela causa dessas pessoas, de estar resolvendo esses problemas. Todos os profissionais de forma integral para resolver o problema de saúde da população. Eu acho que a odontologia assim, que a saúde começa de certa forma pela boca, então quando você está cuidando da saúde bucal você está cuidando da saúde total (C15).

Como proposta para amenizar esse distanciamento entre os profissionais afirma-se a importância da instrumentalização das relações entre os trabalhadores:

Eu vejo a integralidade como essa interação entre os vários profissionais de saúde, esse contra-referenciamento que há dos profissionais, dos agentes comunitários de saúde, do próprio médico da equipe. Eu vejo a integralidade como a contra-referência sempre presente. Então eu acho que essa que é a visão integral de saúde. É a importância da contra-referência (C10).

O referenciamento e o contra-referenciamento são atitudes compromissadas com o plano terapêutico proposto para o usuário, a ponto de o profissional significar a integralidade como “a contra-referência sempre presente”.

Consideram-se referência e contra-referência como instrumentos valiosos na coordenação dos cuidados prestados às pessoas. É a maneira oral, escrita ou digital de se comunicar com outro profissional na construção de uma linha de cuidado. Dessa forma elas se configuram como recursos também para a integralidade. Para Xavier e Guimarães (2005) comunicação e integralidade estão intrinsecamente ligadas, sendo que a primeira propicia a apresentação cognitiva de signos que exprimem a segunda. Dessa forma, o referenciamento e o contra-referenciamento funcionariam como a comunicação de significações das pessoas e de interpretações profissionais na tentativa de oferecer atendimento integral. Portanto, dizer que a integralidade é o contra-referenciamento constante constata a importância da integração entre profissionais e serviços na produção em saúde.

Todavia, a instrumentalização das relações de trabalho na Atenção Básica é indicada por Starfield (2002) como uma possibilidade de garantia do trabalho em equipe integral, mas afirma que isso não é suficiente se não houver o perfil profissional adequado para o trabalho na atenção primária.

A associação de ações preventivas e promocionais às curativas também é entendida como condição para a integralidade:

O paciente chega aqui, ele não tem nenhum dano estabelecido em sua saúde, mas quer uma orientação. Às vezes o paciente fica sabendo de alguma coisa e ele quer uma orientação, então o paciente quer na verdade, é prevenir alguma coisa (C1).

A concepção de integralidade como a integração de ações para a construção do cuidado está em consonância com autores que também relatam que a integralidade só pode ocorrer, de fato, se o cuidado associar ações preventivas, promocionais, curativas e reabilitadoras, independentemente do nível assistencial (MATTOS, 2003; CECÍLIO, 2001).

Esse relato está associado a um contexto de reformulação de algumas ações, apresentadas pela gestora municipal, na tentativa de privilegiar espaços onde a construção de atividades preventivas e promocionais se associe às tradicionalmente curativas. Duas ações citadas foram a criação do acolhimento e a reformulação das atividades grupais.

Algumas definições encontradas nos discursos sobre a integralidade conotam a noção de equidade:

A integralidade é você olhar a necessidade de cada um individualmente, porque tem aqueles que tem uma necessidade maior a ser suprimida. É você saber separar a necessidade de cada um. Eu acredito que seja isso (C5).

Reconhece que necessidades são diferenciadas entre as pessoas e que o profissional tem um papel importante nessa identificação e interpretação da demanda. Também é associada à idéia de priorizar casos específicos:

Eu acho que a integralidade é assim, cada indivíduo com as suas carências, cada um com suas perdas. Não é porque um está precisando do pediatra, por exemplo, que o outro também precisa. Então temos que dar prioridade ao caso que necessita mais (C2).

A integralidade é percebida como um olhar que identifica necessidades que são diferentes para cada pessoa e que o profissional deve saber dar a cada um de acordo com a sua necessidade. Dessa forma ela propicia que a equidade seja contemplada quando entende que as pessoas demandam coisas diferentes e que a oferta também deva ser diferenciada.

Todavia, a equidade deveria implicar a oportunidade justa de cada um acessar os serviços de acordo com as suas necessidades, sem que ninguém saia em prejuízo comparado a outra pessoa (PENNA; BRITO; PORTO, 2007). As autoras também afirmam que é importante diferenciar equidade em saúde e equidade em cuidados à saúde, salientando que a segunda garante apenas amenizar as desigualdades sem as resolver. A equidade é tarefa para o sistema de saúde como um todo, associado a outras políticas públicas.

Algumas definições de integralidade, mesmo imprecisas, abordam situações que são fundamentais para ela, como o vínculo entre profissional e usuário:

É o vínculo que eles têm com a gente que é a integralidade (C4).

A integralidade se manifesta em uma rede de conversações entre usuários e profissionais, que precisa do vínculo para se estabelecer. Entendemos o vínculo como a relação de confiança estabelecida entre a pessoa e o serviço, seja diretamente ligada a um profissional ou a uma equipe. O vínculo, segundo Starfield

(2002) é que possibilita o estabelecimento de relações de longa duração necessárias para a construção de práticas longitudinais e integradas. O vínculo é garantido mediante a postura acolhedora que permite ao usuário a segurança de expor seus problemas (TEIXEIRA, 2003), e quando o trabalho e ações desenvolvidas são centrados no usuário (FRANCO; MERHY, 2005).

O vínculo, por sua vez, possibilita a coresponsabilização do usuário na produção de sua saúde. Sentindo-se seguro e confiante, com garantia de continuidade de seus cuidados, é possível que ele assuma mudanças de comportamentos construídas dentro do plano terapêutico. O objetivo final do vínculo seria a criação dessa responsabilização e, conseqüentemente, da autonomia da pessoa que a coloca no trilho da condução de sua própria vida (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

O discurso a seguir direciona a integralidade para essa rede de conversações necessária à criação do vínculo e ainda acrescenta que esta relação deve ser pautada no respeito, considerando o outro como alguém próximo, pertencente a sua própria família:

A integralidade é ser integral na saúde, eu acho que é tratar o outro com mais respeito, como se fosse alguém da sua família. Então é interagir melhor com o outro, escutar o outro, ter respeito pela opinião dos outros. O nosso papel aqui é esse (C6).

No estudo de Silva (2006) é demonstrado que o vínculo também é significado por profissionais como uma boa prática profissional necessária para o atendimento integral. Ela coloca que o vínculo melhora o acesso aos serviços quando passa, mediante a relação de confiança estabelecida dos usuários como os profissionais, a otimizar os recursos disponíveis.

A integralidade ainda é vista como uma completude, impossível de ser alcançada:

Olha, integralidade eu acho que é uma palavra muito completa. Eu acho que a gente deve estar sempre em busca dela, procurando essa integralidade. Nunca achar que chegou, que atingiu. Eu acho que a integralidade seria, o ideal seria que ela fosse o grande objetivo. Eu enxergo dessa forma, a vejo como o objetivo que sigo buscando e buscando (C13).

Mesmo assim, a busca pela integralidade deve ser constante, ainda que só consiga-se aproximar sucessivamente do seu ideário, sem jamais a atingir. É importante para o profissional nunca achar que conseguiu alcançar a integralidade. Torná-la o seu objetivo com a consciência da sua inalcançabilidade é o segredo para uma boa prática profissional.

Camargo Jr. (2003) e Silva Jr., Alves, C. A. e Alves, M. G. (2005) compartilham dessa concepção e acrescentam que só podemos fazer aproximações sucessivas da integralidade já que ela é determinada pelo encontro entre demanda e serviços, repleta de subjetividades e personificações.

A significação de integralidade como a interação entre os níveis assistenciais, não foi abordada nos discursos produzidos pelos profissionais. Porém, nos documentos pode-se notar a preocupação no estabelecimento de parcerias com outros municípios e com outros serviços para a garantia de assistência integral em todos os momentos e ciclos de vida das pessoas. O amadurecimento dessa idéia junto aos profissionais poderia ajudar na construção de ações integrais mais longitudinais, perpassando níveis assistenciais, inclusive nos planos terapêuticos propostos. Nas escritas dos profissionais não se manifesta essa postura, tornando as ações muito restritas à Atenção Básica, perdendo a conotação de que a equipe, nesse modelo, é que seria a responsável pela coordenação do cuidado do indivíduo pelo sistema.

Em algumas situações o conceito de integralidade não foi apresentado neste estudo com significações já consagradas. Entretanto, a ausência de definição conceitual da integralidade não significa inexistência de práticas integrais. A produção de cuidados na saúde lida cotidianamente com situações subjetivas quando a integralidade se manifesta mesmo sem ser conceituada. Morin (2005) afirma que é na dificuldade de se formatarem conceitos claros que se evidencia o problema da complexidade, da impossibilidade de construirmos definições para conceber o mundo e a nossa relação com os outros e com nós mesmos. E diz que essa ausência de conceitos não nos torna menores, antes pelo contrário, mais dignos e humanos. Muitos dos conceitos se concebem pela interação entre as pessoas no seu cotidiano.

## 4.2 Os Desafios Cotidianos para o Trabalho em Equipe

Um dos significados atribuídos à integralidade neste estudo diz respeito ao trabalho em equipe, à forma em que as práticas profissionais se integram na construção do cuidado das pessoas.

Entretanto, trabalhar de forma integral é uma construção cotidiana e que apresenta diversos desafios. Pensar coletivamente, saber o limite entre o que é próprio de sua profissão e o que deve ser realizado por toda a equipe é uma tarefa que exige prática constante.

Nas entrevistas foram revelados desafios bem próprios do cotidiano do trabalho em saúde. Algumas delas dizem respeito aos bastidores, de atividades que devem acontecer anteriormente à prestação do cuidado ao usuário. Essas atividades estruturais em Catas Altas acontecem desde a organização do transporte de profissionais que não moram no município até as questões relacionadas com recursos humanos. Ambos relatam processos de trabalho “pesados” com posturas durante as entrevistas que acentuam essa constatação:

O meu processo de trabalho é pesado porque eu já chego com a tarefa de providenciar o transporte de funcionários e de pacientes. Tenho que liberar transporte para os funcionários, de Santa Bárbara para Catas Altas, de Catas Altas para o Morro D'água Quente. E também para os pacientes que eu agendei o transporte no dia anterior para consultas em outros municípios. (...) Outra tarefa da manhã é a de providenciar o transporte para os profissionais que retornam para a suas residências na cidade de Santa Bárbara, às onze e meia, (...) Esse mesmo transporte retorna com os profissionais que trabalham à tarde (C1).

O meu processo de trabalho não possui rotina. Um dia é totalmente diferente do outro. Meu cargo aqui é administrativo, é mexer com recursos humanos. Só que na verdade eu acabo trabalhando em várias áreas aqui pra ajudar. Eu mexo com recursos humanos, que é uma área muito pesada, porque é muito difícil você lidar com muita gente diferente, com posições e pensamentos diferentes. Eles me procuram sempre como quebra-galho. Todo mundo que tem que resolver um problema vem em mim mesmo, para estar tentando resolver. Eu tenho contato freqüente com a maioria dos profissionais. (C6)

Apesar da importância que as atividades administrativas assumem como subsidiadoras das ações assistenciais, os profissionais dessas áreas não entendem o seu trabalho como parte da produção do cuidado. Eles organizam toda a estrutura que suporta a prática assistencial, mas não revelam em seus discursos a significação de seu trabalho como parte do cuidado prestado.

A postura gerencial no município tem sido de potencializar as habilidades de cada um dentro da equipe, mas mesmo assim, construir um perfil profissional adequado constitui-se em um desafio:

Eu acho que a secretária de saúde procura receber como é que estão as coisas, se as pessoas estão gostando de trabalhar naquele lugar. Mas é complicado, tem gente que não se ajeita em lugar nenhum. (C9)

A escolha de profissionais com perfil adequado à realidade do trabalho em saúde representa um grande esforço por parte dos gestores e para o SUS. Devem ser pessoas capazes de lidar com as particularidades da saúde, principalmente a interdisciplinaridade, a participação do usuário em seu processo de trabalho e a incorporação de tecnologias (FEKETE, 1999).

Em Catas Altas o vínculo empregatício era realizado através de contratos de trabalho, dando autonomia à gestão para contratação de profissionais com perfis que se adequavam à realidade local. Porém, com a instituição de concurso público, a situação mudou. Passou-se a viver um novo momento, de adaptação dos profissionais ao processo de trabalho já existente no município. Essa situação é apresentada, pela gestão, como um desafio para a promoção do trabalho em equipe. Considera-se que situações conflitivas são derivadas dessa condição de trabalho:

Eu não gosto dessa coisa de recado, de mandar fazer alguma coisa que o outro mandou. Eu não vou aceitar mais isso. É só chegar para mim e falar. Então o meu relacionamento não é bom porque ninguém chegou para mim e perguntou o que é que você acha. Coloca-me neste ou naquele setor e me avisa na última hora (C14).

O concurso público é visto como um entrave ao manejo desses profissionais, por efetivar profissionais sem perfil para o trabalho em saúde. Na impossibilidade de recrutar e selecionar, restam à gestão a qualificação dos seus

profissionais e a criação de políticas de incentivo aos trabalhadores, visando a amenizar a incompatibilidade do perfil (BRASIL, 2006b).

Outro desafio ao trabalho em equipe apresentado foi a multiplicidade de tarefas a serem realizadas:

Eu trabalho com as pequenas cirurgias, com a esterilização e sou responsável pelos curativos daqui de dentro do posto e quando aparece sutura sou eu que ajudo o médico na sutura. Pequenas cirurgias acontecem todas as quintas na parte da manhã com o cirurgião. Os curativos eu faço quando aparecem, de manhã ou de tarde e a esterilização acontece todo dia. A esterilização é que me demanda mais porque eu faço a esterilização aqui, mas mando para o Morro, pro dentista da escola, pros curativos do PSF. Não é minha função, mas as pessoas me procuram para retirar ponto também (C11).

Eu trabalho no centro de saúde e atendo no consultório. Atendo no consultório da escola municipal e faço as visitas domiciliares. Então de dez períodos que tem a semana, dois eu faço visita domiciliar, o outro período é atendimento clínico (C15).

Durante a observação no município, por várias vezes, a produção de atividades variadas foi considerada como prejudicial ao trabalho, com os profissionais demonstrando que era difícil manter o foco em alguma atividade específica.

A gestão da agenda é uma das ferramentas do profissional para gerir o seu processo de trabalho, possibilitando que ele otimize essas atividades. Porém, ela deve ser pautada nas necessidades apresentadas pela população, de modo a garantir acesso aos serviços. A determinação de atividades a serem desenvolvidas por cada profissional deve ser feita após a realização da análise situacional e do planejamento estratégico (PAIM, 2006).

Merhy (1997) diz que os profissionais, ao trabalharem em equipe, possuem, do ponto de vista individual, o seu “autogoverno”, incluindo a ação e a gestão do próprio processo de trabalho. Ressalta a importância disso ao observar que essa autogestão não fragmente o processo do cuidar integral de pessoas

A instrumentalização do trabalho é descrita como outro desafio para a equipe. Não há registro de protocolos assistenciais próprios do município, direcionados por ciclos de vida, nem o uso de ações protocolares consagradas pelo

Ministério da Saúde ou por consensos. Os relatos também evidenciam essa ausência de ações protocolares:

Mas eu sinto falta, de repente, mais dessa falta de orientação. Eu tentei participar dos grupos aqui, tentando mudar essa postura. Antes o grupo aqui reunia um tanto de gente para medir pressão e glicemia capilar. Eu não via, como não vejo sentido nisso, só se for para ajudar a enfermagem, de juntar todo mundo aqui para medir a pressão. Aí eu comecei a ir aos grupos algumas vezes para conversar com o pessoal, falar do risco que eles não têm noção, sobre o que é pressão alta, para explicar o que é a doença. Não foi adiante porque eu não tive apoio da estrutura do centro de saúde. Com relação aos protocolos, só eu sigo do que eu tenho de material. Não é uma postura da equipe. Não tem uma integralidade da equipe. E isso é problema. Eu tento utilizar aqui um padrão dentro de condutas baseadas em evidências que eu tenho, aí o paciente tem alguma dúvida, algum problema e procura outro profissional que bagunça tudo e eu tenho dificuldades de resgatar tudo (C8).

Os protocolos são somente de prescrição de medicação, não tem protocolo para o acolhimento (C12).

O uso de ações protocolares poderia favorecer a estruturação dos processos de trabalho direcionando para práticas interdisciplinares. Porém, na construção de protocolos de condutas deve-se ter o cuidado de que todos os profissionais participem da sua confecção, respeitando as ações que são próprias a cada profissão e reconhecendo que outras ações devem ser desenvolvidas por todos ou em conjunto.

A Política Nacional da Atenção Básica preconiza ações individualizadas e complementares para os profissionais da equipe de saúde, com a utilização de protocolos de atendimento para os ciclos de vida da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, além do atendimento em condições especiais na saúde da mulher e do homem (BRASIL, 2006a). Esses protocolos apresentam a função de organizar as práticas profissionais no atendimento aos usuários. Essa política ainda determina que existam ações em saúde comuns a todos os profissionais, independentemente da formação do trabalhador.

Mais um desafio posto para o trabalho em saúde é o monitoramento de resultados através de indicadores de qualidade e não somente de produtividade como os apresentados pelas pactuações propostas entre governos e pelos programas governamentais. Tanto a pactuação quanto os programas monitoram os

resultados através de produtividade sem a preocupação de produzir indicadores de qualidade:

O meu serviço é mais pesado no final de mês e início de mês, porque eu trabalho no serviço de controle e avaliação, então tudo que é realizado no centro de saúde vai para as minhas mãos. Todo mapa de atendimento, tudo passa na minha mão. Eu sei quantas consultas, quantos curativos são realizados por unidade. Depois a gente faz o relatório para comparar os dados entre os meses. Tem mês que são muitas consultas e aí nos perguntamos por que aumentou tanto? Qual foi a causa desse aumento da demanda? As AIH's também passam na minha mão, as DN's, as DO's. Vem para o meu setor e faço o relatório mensal e depois a gente analisa para saber as causas do óbito, quantos partos cesáreos, quantos partos normais. O que faço é recolher todos os dados e transformar em informação, no relatório de gestão (C7).

O programa SIM e SINASC que não era digitado agora também é, eu fiz o treinamento. E tem o PCE que não era digitado e agora é. Eu fui fazer o treinamento desses programas porque as duas meninas da vigilância não sabem mexer com o computador. Por isso eu é que fui fazer o treinamento para dar o suporte para elas. Qualquer dúvida elas me procuram e eu ensino. Tem o PNI também que digita e eu confiro. Tem outro programa que a gente quer fazer que é o SISVACINA, que é o cartão espelho no computador. Se a criança já tomou a vacina, ele te avisa, para não fazer de novo. Ou se outra vacina está atrasada. Abriu o nome da criança e ele já te avisa (C9).

Todos os programas citados baseiam-se em estatísticas e dados epidemiológicos, ou em produção ambulatorial. Eles quantificam e determinam metas a serem cumpridas. Entretanto, não registram dados referentes à qualidade assistencial. Seria interessante criar indicadores que monitorassem a qualidade e que refletissem também o fortalecimento de ações da Atenção Básica. Os próprios aspectos que circundam a integralidade poderiam ser norteadores para essa construção de indicadores, como o trabalho em equipe, o acesso, a longitudinalidade e a coordenação de cuidados.

Outra situação específica de Catas Altas que apresenta alguns desafios para o trabalho em equipe é a criada pela clínica básica ampliada. Na tentativa de oferecer a assistência integral mais próxima de seus usuários, a Secretaria de Saúde adotou a postura de implementar a clínica ampliada na Atenção Básica, com a contratação de profissionais especialistas em áreas que são mais demandadas pela população, para que não haja a necessidade de deslocamento das pessoas para o atendimento em outros municípios. A idéia é a de que esses profissionais

integrem e complementem as ações produzidas pela equipe de Saúde da Família na construção do cuidado integral dos usuários. Porém, no cotidiano o que se tem observado e que também é relatado em alguns discursos, é a fragmentação do cuidado, potencializando diferenças entre os profissionais, já que, na verdade, tem se trabalhado com duas lógicas assistenciais distintas em um mesmo espaço:

Avalio o contato com os especialistas bom, mas resumido. Por eles não terem vínculo assim com a unidade, alguns deles, o especialista X, o especialista Y. Eles vêm e fazem o atendimento e vão embora. O período deles é pequeno, então nosso vínculo é pequeno e não tem muito diálogo. Já com as que vêm mais vezes, o especialista Z já é mais próximo. Eu vejo isso mais por parte da pediatra. O ortopedista não e a psiquiatra não. Só a pediatra inclui as informações do PSF para ela (C12).

Faz-se referência a um contato limitado com os profissionais especialistas e à ausência de vínculo que prejudica o diálogo. Só ocorre referenciamento específico para a pediatra. Essa divisão também se reflete na estrutura administrativa:

O problema maior é quando o ginecologista está atendendo e eu tenho que ficar mais por conta dele, por causa das suas exigências. Situação igual acontece quando é dia do atendimento do ortopedista (C3).

A sustentação de uma estrutura administrativa e assistencial diferente da preconizada pela estratégia Saúde da Família cria divisão também entre os profissionais que não são do PSF:

No PSF mesmo, às vezes eles acham que o serviço deles é separado do serviço do Centro de Saúde. O PSF é uma equipe, mas parece que é um departamento e o posto é outro departamento, não podendo trabalhar em equipe. Eles vão fazer alguma coisa e só pode ser o PSF, não pode o povo do posto. O médico do PSF eles acham que só pode ser da equipe. Mas se ele está vinculado ao centro de Saúde, então ele é do posto. Às vezes a gente tem dificuldade nisso por existir essa separação (C3).

É feita alusão à falta de união entre as duas estruturas, constatando que nem sempre foi assim:

Então tem que ter a união de todos nesse posto. Está faltando essa união. Está faltando muito isso, essa coisa de equipe, está muito separada. PSF para um lado, a gente pro outro. Está parecendo uma ilha. Eu tenho saudade de mais no nosso PSF (C11).

O ideal, já que o município optou pela Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Básica, seria que todo o serviço se organizasse através das premissas dessa estratégia assistencial. A clínica ampliada deveria ser utilizada por meio de referenciamentos gerados pela equipe de PSF, além da estrutura de sustentação administrativa e assistencial ser única.

A idéia central da clínica ampliada para a Atenção Básica parte, primeiramente, do reconhecimento que os saberes dos profissionais são delimitados e complementares, para depois identificar as prioridades de atendimento na Atenção Básica e da necessidade de novos profissionais que se complementem (CUNHA, 2005). O mesmo autor salienta que a prática da clínica ampliada na Atenção Básica é diferente da prática hospitalar, principalmente no que diz respeito às relações complementares que têm que ser interdisciplinares e não multidisciplinares. A observação no município de Catas Altas demonstra que esse olhar específico para a Atenção Básica precisa ser exercitado, talvez buscando um novo orientador para as práticas dos profissionais de saúde. Merhy (1998) afirma que um dos caminhos seria a organização das práticas de saúde em torno das necessidades das pessoas, favorecendo, ao mesmo tempo, a construção de vínculos entre profissionais-usuários e entre os próprios profissionais.

Os conflitos e desafios apresentados até aqui são esperados pela própria característica do resultado final do trabalho em saúde que é o cuidado. O cuidado produzido é baseado em questões psíquicas, biológicas, sentimentais, emocionais e volitivas do próprio sujeito. Trabalhar com algo tão complexo exige a participação de profissionais diversos, que também apresentam pensamentos e sentimentos próprios, com processos de trabalho e formação completamente distintos. Essa associação de fatores em um mesmo ambiente enriquece e “complexifica” as relações, como diria Morin (2005), produzindo conflitos que são essenciais para a produção de soluções. Idéia também compartilhada por Maffesoli (1988) nas suas discussões sobre o cotidiano, ao afirmar que são nas relações da socialidade, compostas de elementos não redutíveis, manifestada no senso comum, que aparece a complexidade do mundo social e do próprio trabalho. Diz também que a troca de

experiências, mesmo sob conflitos, faz parte da convivência e possibilita emergir as potencialidades de cada um no conjunto (MAFFESOLI, 2001).

Esse trabalho, apesar de apresentar todos os conflitos inerentes ao agir em equipe, como o organizacional e o operacional, deve caminhar para a construção da autonomia do usuário na sua relação com a saúde e deve favorecer à instituição de relações de vínculo e responsabilização com a população (CAMPOS, 2006).

Para que isso aconteça é necessário que, inicialmente, a equipe possua um projeto assistencial comum, consensual, articulado sob objetivos e metas comuns que tenham sido baseadas na identificação das necessidades dos usuários (SILVA; TRAD, 2005); que trabalhe associado a instrumentos assistenciais protocolados como garantia de qualidade assistencial mínima (BRASIL, 1999; 2006a); que trabalhe de forma complementar, identificando ações que devam ser individuais e ações que devam ser realizadas coletivamente, respeitando a especificidade de cada profissão (CUNHA, 2005); e que se entenda que pensamentos diferentes na própria equipe podem ser instrumentos valiosos na elaboração de consensos (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005).

Ainda é importante ponderar que todas essas considerações sejam pautadas na realidade do município, e que ocorram a partir do planejamento estratégico realizado, levando-se em consideração a oferta de serviços e ações factível para o município e as necessidades desveladas pela demanda individual e coletiva dos sujeitos.

### **4.3 A Organização para a Demanda sob o Olhar Integral**

A maior conquista que o SUS propiciou para a população brasileira, a partir da década de 90, talvez tenha sido a garantia de acesso universal. Por mais que ainda seja necessário avançar na acessibilidade ao sistema, a universalização propiciou que as vozes, antes abafadas, fossem escutadas por alguém. Desde então tem havido uma construção social da demanda (MATTOS, 2005) que ecoa por sob os serviços de saúde.

Catas Altas emancipou-se na efervescência dessa construção social da demanda em 1997, tendo que rapidamente adaptar-se aos novos conceitos do modelo de atenção integral à saúde e se adequar financeiramente a essa realidade.

Os profissionais percebem essa construção da demanda, inclusive identificando a mudança ocorrida ao longo dos anos:

A demanda muda a cada ano que passa. Surgem coisas novas, não são as mesmas coisas. Vieram para nossa cidade muitas pessoas hipertensas, com problemas cardíacos e diabéticos. Surgiram agora muito mais problemas do que há oito anos atrás (C11).

Os pacientes são variados e a cada instante tem um paciente diferente e os problemas que vão surgindo vão se modificando (C13).

É constatada a mudança do perfil epidemiológico e o surgimento de uma variedade de problemas apresentados pelas pessoas. Verifica-se também que, com o passar dos anos, essas demandas foram aumentando.

A universalização do acesso à saúde com garantia constitucional de atendimento concedeu a maior parte da população brasileira o direito de requerer, de expressar as suas necessidades perante a um sistema público que, até então, restringia essa aproximação. A ampliação do conceito de saúde e a identificação de seus novos determinantes fizeram ecoar, ainda mais alto, as vozes históricas e culturais do usuário por cuidado com sua vida e com sua saúde.

Em contrapartida, os serviços de saúde, principalmente os característicos da Atenção Básica, tiveram que se adaptar abruptamente a uma nova realidade social na saúde, sem recursos condizentes com a nova responsabilidade (BODSTEIN, 2002), resultando numa oferta extremamente reduzida para necessidades há tanto reprimidas.

Organizar-se frente a esse cenário de novas demandas tem sido o desafio atual, considerando a saúde como o setor articulador das políticas públicas do país, o filtro por onde passam todas as demandas sociais, econômicas, educacionais e culturais, expressas diretamente pelas pessoas, em seu adoecimento físico e psíquico.

Pinheiro (2005) e Mattos (2005) consideram que essa demanda social em saúde é construída na relação existente entre o direito das pessoas e o trabalho dos profissionais, em espaços territoriais socialmente aceitos. Esse encontro, para Carvalho (2005), evidencia a necessidade de acesso a tecnologias de saúde, de vínculo, de autonomia e de condições de vida.

A percepção de que a demanda tem aumentado de forma quantitativa, devido ao crescimento populacional, e qualitativa, devido ao surgimento de novas situações, também é demonstrada:

Eu acho que Catas Altas tem atendido bem à demanda. Só que a população aumentou muito aqui, não sei se você percebeu isso. Mas com todas as especialidades que têm aqui, se não tem que encaminhar para fora, eu acho que tem atendido muito bem a demanda aqui, apesar de ser muita gente, às vezes pra nada, só para conversar ou chorar. Então eu acho que essa demanda está sendo atendida (C11).

Os trabalhadores percebem o investimento do município em atender a demanda, inclusive com a contratação de especialistas, mas entendem que a demanda aumenta muito. Percebem, ainda, que as demandas não estão centradas apenas nas doenças, mas em necessidades como “conversar ou chorar”.

Distingue-se que as pessoas têm procurado, mais do que acesso, qualidade na assistência prestada:

A procura por qualidade é diferente. A quantidade é diferente. Acho que as empresas que vieram para cá aumentaram a demanda, mas eu vejo situações difíceis em outros municípios e os pacientes daqui acabam trazendo seus parentes para cá para tratar porque o serviço aqui está legal. Houve uma mudança no perfil da população. A população nova que foi chegando veio precisando mais e de muita coisa. Eu acho que a grande vantagem de Catas Altas é que ela começou e foi caminhando da forma correta. É lógico que tem muita coisa nova, tem muita coisa a ser feita. A demanda foi crescendo e o serviço crescendo junto, de acordo com a demanda, de uma forma humanizada, correta. É lógico que tem imperfeições, mas perto de todos os outros municípios que a gente vê eu acho que o serviço é bem feito e vai crescendo de maneira correta. Não só no meu setor, mas no todo. As necessidades vão sendo supridas em todos os setores (C13).

A organização do município tem provocado a procura de atendimento por parentes de outras localidades, pela facilidade de acesso. Também aumentou a demanda com a instalação de novas empresas na região, que trouxe trabalhadores e suas famílias para o município. Mesmo assim, considera-se que Catas Altas tem se adequadamente bem ao crescimento da demanda.

O atendimento a essa demanda não se resolve exclusivamente com o aumento da oferta. O município investe hoje cerca de 20% de sua receita na saúde

e mesmo assim apresenta dificuldades do acolhimento às necessidades da população. O investimento deveria passar pelo olhar gerencial, pela qualidade assistencial dos profissionais de saúde e pelo uso de protocolos de condutas para a organização da demanda (BRASIL, 2006b).

Outros discursos também salientam a migração de pessoas de outros municípios para o atendimento no município, fascinadas pela facilidade de acesso a consultas e tratamento:

Tem gente que vem de fora, fica aí até o fim do tratamento, quatro a cinco meses e depois vai embora. Consegue o dentista, o oculista. Outros lugares não têm a mordomia que aqui tem, aí as pessoas vêm, fazem o tratamento todo e vão embora (C5).

Eu acho que a população aumentou por causa da própria saúde de Catas Altas, porque as pessoas vêm aqui fazer o tratamento que está mais fácil que nas outras cidades. Se não tem o especialista aqui em Catas Altas, eles trazem de fora, ou pagam para as cirurgias. Por esse motivo, vem gente de fora para fazer o tratamento aqui. As pessoas têm parentes que moram aqui, fazem o tratamento e depois vão embora (C11).

O fato relatado nos discursos acima produz um embate teórico entre os próprios princípios do SUS, no que diz respeito à universalização da assistência e à regionalização. Se por um lado, deve ser respeitado o direito de acesso e o de autonomia das pessoas na escolha do tratamento e do serviço de saúde, por outro, a regionalização para a organização dos serviços de saúde municipais também tem que ser respeitada dentro do princípio da descentralização e da hierarquização (BRASIL, 1990; 2006b). Essas questões são resolvidas através de conversas intermunicipais, visando parcerias e ampliação de consórcios e pelo bom senso gerencial.

Existe, por outro lado, a interpretação que a demanda dos usuários é muitas vezes excessiva e despropositada, contribuindo para o aumento das atividades assistenciais sem necessidade:

Eu acho que o povo também está um pouco mal acostumado. Por várias coisas. Por exemplo, o grupo de diabéticos, sempre foi às 7 horas da manhã para eles, porque a pessoa que atendia aqui morava em Catas Altas, então chegava e começava a medir a pressão de todo mundo. Como não moramos em Catas Altas, nós marcamos para as 8 horas e sempre tem uma palestrinha antes, a gente dá

uma informação no início. E no começo foi muito difícil das pessoas aceitarem (C2).

Coloca-se a demanda do usuário por horários de atendimento específicos como um “mau costume”, estipulado por profissionais anteriores. É a idéia de que uma oferta precisa ser aceita pelos usuários, por questões de organização interna do trabalho dos profissionais.

Menciona-se que a oferta atrai a demanda. Ofertar serviços cria a oportunidade da procura, mesmo sem necessidade:

Porque a gente vê que o paciente consulta demais. Às vezes sem necessidade. Como tem oferta ele acaba vindo. Eu acho que é isso, porque a oferta é muito grande. Como o pessoal corre atrás mesmo, não justifica ficar vindo aqui todo dia. Geralmente é clínico que é a maior demanda. Eu acho que sempre que surgir uma necessidade, a gente tenta atender na medida do possível, sem exagerar demais, porque as pessoas abusam (C7).

É difícil, mas então eu acho que a saúde aqui é boa, é organizada. O povo reclama muito, mas é aquele negócio, você dá a mão e eles querem o pé, querem tudo (C9).

Como eu disse, alguns usuários reclamam da demora, que é da natureza do usuário achar que o dele é o mais importante que todos os outros (C10).

Atribui-se ao usuário a conotação de possuir uma natureza de reclamação e de serem insaciáveis em sua demanda.

A demanda excessiva, desorganizada e repetitiva proporcionada pelos usuários não deve ser desacreditada pelos profissionais de saúde e também deve ser fruto de estudo na interpretação das necessidades. Pode sugerir uma necessidade educacional, de fortalecimento de vínculo, de organização dos espaços e da ambiência. É necessário o entendimento por parte do profissional que a busca do usuário é por alguém que possa resolver os seus problemas, e esse encontro, apesar dos sentimentos e emoções expressos, visa a desvelar a necessidade de saúde encontrada nos gestos e nas falas de quem busca o cuidado (SILVA JUNIOR; ALVES, C; ALVES, M, 2005).

A demanda também é associada a fatores culturais da população e ao peso histórico da maneira curativa de se tratar a saúde:

Só que eu vejo também que a necessidade do povo por busca de tratamento, do curativo é grande. Às vezes eles cismam que estão com dor de cabeça e já querem fazer um eletro porque na família já tem gente que tem problema de coração. Já quer fazer um exame do coração, uma tomografia. Tem gente que já chega no médico e pede o que quer. Eu acho que eles buscam muito mais do que precisam. Eles estão sempre procurando alguma coisa. Por exemplo, não faz mal você ter uma dipirona em casa e se tiver com dor tomar. Só que no posto eles têm isso de graça e por isso vêm para cá. Eu acho assim que tem muita coisa a oferecer (C5).

A busca é expressa pelo que cura, por acesso a tecnologias capazes de significar a sua dor ou a sua cisma. Considera-se uma procura exarcebada, maior do que a necessidade real. O relato ainda indica que mesmo hábitos tradicionais como ter uma “dipirona” em casa têm sido trocados pela facilidade de acesso.

O atendimento às demandas também é visto como igual a todo lugar, como se a caracterização da demanda fosse a mesma, independente do lugar. A cultura se manifesta na procura pelo que é próprio do nível secundário e terciário, o que faz o profissional se sentir um mero caminho nessa procura:

O atendimento à demanda aqui é igual a todo lugar. Existe uma cultura de que é melhor a atenção secundária e terciária, dos exames de laboratório e dos exames de imagem, dos especialistas, que é uma visão que todo mundo tem, que a gente tenta mudar. Aqui a população até parece muito com Belo Horizonte, até por ter muito contato com BH, mais do que outros municípios pequenos que eu já tive contato. Às vezes, a gente recebe paciente sem nenhum nível de informação querendo um ultrassom, ou consulta com neurologista. Assim porque a mídia, a cultura das pessoas mostra que se ele tem uma dor, que o especialista nessa dor é que é o melhor. E o problema não é aquela dor, mas tudo que ela traz em volta daquela dor. Muitas vezes eu me sinto o caminho, a via de acesso para aquelas pessoas para o especialista. Muitas vezes eu não me sinto o médico daquelas pessoas. Aqui as pessoas me vêem como um funcionário da prefeitura, que bate carimbo, dá receitas. Eu tenho tentado mudar isso. Já foram antes de mim cinco ou seis anos de prescritores e encaminhadores, então é difícil mudar (C8).

O profissional ainda coloca que é difícil mudar o hábito criado pelo próprio serviço de prescrição e encaminhamento das pessoas. E que era mais importante entender não a dor, mas o que a circunda.

Os aspectos culturais manifestados na procura aos serviços de saúde ainda são carregados de apelos oriundos do modelo assistencial biomédico, baseado na cura e no tratamento especializado (PINHEIRO *et al*, 2005). O

reconhecimento dessa força cultural deve acontecer inserido no cotidiano das pessoas, na maneira em como elas se relacionam com o adoecimento e com a cura. Somente esse entendimento, associado aos processos políticos, institucionais e sociais, é capaz de interpretar a demanda manifestada (PINHEIRO, 2001).

No Relatório de Gestão e no Plano Municipal de Saúde, percebe-se o grande esforço de se adequar a demanda apresentada ao longo dos anos, manifestada tanto pela postura gerencial de atendimento indiscriminado e acolhedor a todas as pessoas, quanto pelo aumento de investimentos financeiros na organização do atendimento secundário e terciário das necessidades enumeradas.

Porém, à observação, nota-se pouco uma postura coletiva dos profissionais, estruturada cientificamente, que fortaleça a Atenção Básica no atendimento a essas demandas. As práticas têm reforçado a busca indiscriminada pelo atendimento, quando não se apresentam baseadas no planejamento sobre as necessidades identificadas e sobre a oferta possível para os usuários. Atuar de forma organizada, do ponto de vista do trabalho em equipe, poderia inverter a lógica de aumento de custo em saúde em médio prazo, direcionando esses gastos para as ações da Atenção Básica na estratégia de Saúde da Família. O fortalecimento do vínculo por meio de relações entre profissionais de saúde e usuários, respeitando fatores sociais, culturais e organizacionais poderia ser o começo dessa mudança em busca do robustecimento das ações básicas em saúde.

No atendimento à demanda, o município avançou bastante na garantia do acesso pelos usuários, mas ainda tem-se mostrado incipiente em posturas, principalmente assistenciais, que reflitam o atendimento de forma longitudinal e coordenado.

#### **4.4 Acessibilidade abrindo Portas para a Integralidade**

Onde começa a integralidade? Existe um ponto de partida onde tudo se inicia? Quando principia a integralidade, de fato, para as pessoas?

Considera-se que sob o prisma do usuário, a integralidade deveria acontecer para ele desde o momento em que foi gerado até o fim de sua vida. Que sempre, em todo contato com os serviços, a abordagem fosse integral naquele momento, e que se articulasse com as passadas. Que os serviços trabalhassem de

forma conectada com referenciamentos responsáveis sob o norteamento de uma política integral. O início seria, portanto, com o surgir da vida e o acompanharia por todos os momentos de sua existência.

No entanto, para os profissionais de saúde, a integralidade se inicia a partir do primeiro contato do usuário com o seu serviço, seja através da procura passiva ou da busca ativa do mesmo. Ainda que ele já tenha sido assistido em outros lugares, no primeiro contato, para aquele profissional será o início. Poderia se dizer, portanto, que a acessibilidade é a propiciadora desse contato inicial onde começa a integralidade para os profissionais de saúde e que, dela também dependerá todo o futuro de uma abordagem que se pretenda integral. É importante, porém, que mesmo no primeiro contato, o profissional de saúde tenha a dimensão da longitudinalidade do cuidado para o usuário (STARFIELD, 2002).

Muitos são os conceitos atribuídos à acessibilidade e ao acesso, sendo usados, inclusive, como sinônimos. Para a discussão proposta, a acessibilidade será entendida como o conjunto de aspectos da estrutura de um sistema ou unidade de saúde que possibilitem ou não que o usuário consiga ingressar nesses serviços. E acesso será compreendido como a forma que a pessoa experimenta esse contato com o serviço (STARFIELD, 2002). A acessibilidade entendida como mais do que meramente a disponibilização de recurso em um determinado momento ou lugar, mas as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam o seu uso por potenciais usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em Catas Altas, os serviços de saúde têm evoluído buscando a acessibilidade de forma coerente com a demanda e de maneira a garantir o acesso humanizado das pessoas ao sistema. Várias foram as estratégias usadas ao longo dos anos e, atualmente a acessibilidade é desenhada da seguinte forma:

Todo usuário que vem ao posto passa na pré-consulta com o auxiliar de enfermagem. Da pré-consulta ele vai ser encaminhado ao enfermeiro que estiver no momento na unidade. Aí o enfermeiro vai ver a capacidade, de acordo com os protocolos, de resolver na hora da consulta, ou de estar encaminhando para o médico na hora, no dia seguinte ou estar agendando para o médico do PSF ou outro médico ou profissional da unidade (C11).

Teoricamente, o fluxo proposto é o acesso do usuário à recepção, onde o auxiliar de enfermagem realiza a pré-consulta, aferindo dados vitais e anotando a

queixa. Em seguida ele é direcionado para o atendimento com o enfermeiro, que avalia a sua queixa. Alguns casos, dentro do protocolo de prescrição do enfermeiro, são resolvidos nesse contato, outros são encaminhados para o atendimento médico no mesmo dia ou agenda-se o atendimento:

A mudança maior que teve recentemente foi o acolhimento ter passado a ser feito pelo enfermeiro. De manhã é um e à tarde é outro. Todo paciente que chega passa pelo Enfermeiro e é ele quem faz a avaliação inicial. Se for alguma urgência encaminha no mesmo dia para o médico, se não marca pro outro dia. Na pediatria é a mesma coisa, é triado por eles também. Só ginecologista é marcado através da procura. Aí tem horário para marcação. O ortopedista é com encaminhamento (C3).

Entretanto, o acolhimento não é orientador para o acesso aos especialistas. As consultas nas especialidades que atendem no município são marcadas de outra forma, gerando estruturas de acesso diferenciadas.

Do ponto de vista organizacional, o acesso é garantido através do acolhimento e de agendamentos específicos. Para atendimento vinculado à estratégia de Saúde da Família a porta de entrada é o acolhimento, assim também é feito para a pediatria. Porém, para os outros profissionais da clínica ampliada o agendamento é feito através de marcação em horário estipulado gerando fila de espera, como é o caso da psiquiatria, da ginecologia, da cirurgia ambulatorial e da ortopedia. Mesmo estipulando a estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica, ainda assim a marcação com especialistas tem sido desvinculada do referenciamento pelos profissionais do PSF:

Mas muitas vezes a gente pega as meninas da administração marcando com o ortopedista direto, sem passar comigo” (C8).

Essa desvinculação da marcação de consultas com especialistas sem o aval da equipe de PSF tem sido amenizada com o acolhimento.

Porém, é uma proposta nova no município, ainda sendo construída e testada. Ele foi proposto como forma de organizar a demanda e orientar o percurso do usuário no sistema:

O acolhimento tem um mês e meio mais ou menos e já deu muita diferença. Antes o paciente marcava consulta através do agente

comunitário e faltava muito porque marcava para a outra semana, aí viajava, não precisa mais e faltava. Ficava com a agenda lotada e no dia faltavam muitas pessoas. Para resolver esse problema é que surgiu a triagem pelos enfermeiros. Agora menos pessoas estão faltando à consulta, porque está sendo marcada dia a dia. Não agenda mais, tipo assim pra daqui a uma semana. Só quando é para renovação de receita de medicamento que se marca com antecedência. A agenda não fica mais tumultuada. É marcado dia a dia e a agenda fica livre (C3).

Atribui-se ao acolhimento a otimização das agendas profissionais, aumentando a disponibilidade de consultas e diminuindo o absenteísmo aos atendimentos. Somente as consultas de renovação de receitas controladas são marcadas com antecedência. Os outros atendimentos são agendados diariamente:

Igual no acolhimento. Antes marcava consulta direta e agora sempre passa com o enfermeiro antes. Foi muito difícil no começo para eles, mas agora os resultados foram muito interessantes. Acabava que faltava à consulta marcada, aí chegava aqui e falava que faltou à consulta marcada porque não estava mais com as queixas. Agora acabou com isso (C2).

Essa função organizacional do acolhimento é vista por Cecílio (2001) como uma ajuda potencial para a estruturação de processos de trabalho, só que deve ser associada a outras ações organizativas referentes à continuidade do atendimento do usuário.

De acordo com a proposta da estratégia de Saúde da Família, o PSF deveria ser o norteador de todas as outras práticas realizadas no município.

Entretanto, ainda existe a estrutura de marcação de consulta para outras especialidades como a fisioterapia, e o acesso a outros serviços prestados pelo centro de saúde como a vigilância epidemiológica. Dessa maneira são criadas estruturas de acesso diferenciadas que dificultam a organização da acessibilidade:

O acesso à vigilância é direto comigo. O povo liga aqui para tudo. Tem cachorro agonizando na rua eles ligam, tem pulga na casa, é para todas as queixas. Quando o animal morre na zona rural eles me ligam e perguntam se eu posso enterrar a vaca para eles (C9).

O acesso à vigilância sanitária e epidemiológica é feito diretamente com a pessoa responsável, gerando ações pontuais, desvinculadas da proposta

assistencial do município. A equipe de PSF participa de ações programadas por esse setor somente após as mesmas estarem planejadas.

Essas situações promovem a criação de estruturas distintas de acesso, fragmentando o trabalho e gerando alguns descontentamentos. Esse fato foi percebido tanto na observação dos processos de trabalho como em alguns relatos:

Na recepção mesmo já dava para fazer ir pro médico direto, não precisava passar no enfermeiro. Aí demora, passa pelo enfermeiro e depois passa pelo médico. É uma chatice só” (C14).

Esse relato revela em seus bastidores, a insatisfação com a perda de evidência profissional no processo de acolhimento, o que é reforçada no relato abaixo:

Os agentes não podem mais marcar consulta para os pacientes. Na minha época eu marcava consulta, agora não. O agente chega agora nas casas e as pessoas perguntam: tá vindo só para eu assinar? O PSF hoje não faz nada, ele visita e pergunta a pessoa se tá precisando de alguma coisa, aí o usuário responde que é consulta e ele não pode marcar (C11).

Com a instituição do acolhimento, as consultas deixaram de ser marcadas pelos auxiliares de enfermagem e pelos agentes comunitários, trazendo descontentamento para esses profissionais, e a dificuldade de adaptar-se à nova proposta. O ato de marcar consultas era visto como autonomia e valorização do trabalho.

A gestora tem tentado homogeneizar as posturas por meio do acolhimento, criado para ser uma diretiva de conduta humanizada para todos os profissionais, além de potencializar a organização do acesso e a otimização de recursos. Contudo, as opiniões e o entendimento sobre o acolhimento são diversificados:

O acolhimento aqui na unidade tem tentado explicar as pessoas que existe um fluxo e uma organização interna que precisa ser respeitada. Eu acho que o acolhimento ajuda nesse processo orientando as demandas que o paciente faz e direcionando-o dentro do serviço (C1).

Ao mesmo tempo em que existe a percepção do acolhimento como forma de humanizar o acesso e organizar os processos de trabalho, ele também é visto como mera triagem:

Essa maneira de ter dois enfermeiros atendendo na triagem, um em cada turno, fica mais organizada também. Ajuda a separar o joio do trigo” (C9).

Faz-se menção ao acolhimento como a triagem que separa o que deve ser atendido, sem que melhorias no processo de trabalho aconteçam:

Da triagem que começou aqui eu ainda não tenho visto nenhum resultado. Estou vendo muita reclamação do povo, porque eles não têm o hábito disso. Muitas vezes eles têm que voltar de novo e o medo que eles têm que a turma tente resolver uma coisa que eles queriam que o médico soubesse. Eu não sei falar se teve alguma ajuda. Em termos de consulta eu acho que o número até está maior. Mas eu acho que a gente precisa amadurecer isso. Acho que eles estão aprendendo a fazer isso e eu tenho tentado dentro do possível a entrar no processo (C8).

Entretanto, percebe-se a dimensão processual da nova estratégia, ainda em construção, como algo que pode dar certo.

Outra dimensão importante para a acessibilidade diz respeito a aspectos geográficos e a ambiência dos serviços de saúde. Em Catas Altas a maior parte dos atendimentos da Atenção Básica é realizada no Centro de Saúde que se localiza distante do centro do município, configurando-se como uma das barreiras para a acessibilidade. A escolha do local se baseou na disponibilidade de imóveis na cidade para esse tipo de construção. Entretanto, a estrutura física da unidade sofreu algumas reformas ao longo dos anos e apresenta-se favorável ao atendimento proposto:

Igual essa reforma que foi feita no posto foi muito boa, ampliou o espaço e, às vezes as pessoas ficavam conversando no corredor e atrapalhava um pouco. Acho que vai até colocar uma porta entre a recepção e a cozinha ali no corredor e esta porta vai ficar fechada. Então as coisas vão ficar mais organizadas e os pacientes não vão vir aqui para as dependências do centro de saúde à toa. Tem gente que pra consultar uma criança traz até o vizinho e você chega aqui e parece que o posto está lotado. O pessoal gosta de vir aqui para passear. Com essa porta a pessoa só vai entrar para consultar, vai ficar melhor (C9).

Apesar de o discurso anterior abordar a importância da ambiência para o atendimento, ele faz uma consideração a respeito do volume de pessoas que tem acesso à unidade sem necessidade, apenas como acompanhante, e coloca isso como um complicador para um bom acolhimento às pessoas.

Todavia, uma unidade básica de saúde deve prezar receber as pessoas independentemente do motivo e entender a aproximação dos usuários à unidade como fator positivo na consolidação do vínculo. A unidade básica, mesmo apresentando necessidades internas de organização, deve ser um serviço de saúde sem barreiras de acesso físico às pessoas para favorecer a construção do cuidado integral (SILVA et al, 2001; BERTUSSI; OLIVEIRA; LIMA, 2001).

Mesmo que o usuário não tenha sido o foco deste estudo, durante a observação no município, observou-se que o acolhimento tem sido percebido por ele como uma maneira de cercear o direito de acesso ao atendimento médico. Entendimento esperado em todo início de estratégia, principalmente quando não há um momento pregresso de discussão com a comunidade sobre a mudança a ser feita e quando se trata de um comportamento histórico e cultural de acesso direto à medicina curativa.

Starfield (2002) afirma a importância da organização do acesso, da porta de entrada, como forma de reorientar a Atenção Básica. Ela também considera difícil a aceitação inicial do usuário e exemplifica essa situação através da seguinte história adaptada de Mathers e Hodgkin (1989):<sup>1</sup>

Era uma vez, um Porteiro e uma Feiticeira. O trabalho do porteiro era decidir quem poderia ver a feiticeira. A maioria das pessoas que viam o Porteiro não viam a Feiticeira. Geralmente elas estavam apenas um pouco doentes ou com a preocupação de estarem doentes e o Porteiro era muito bom em decidir quem precisava ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que a via estavam muito doentes e ela poderia lançar seus feitiços para fazer com que melhorassem. A Feiticeira e o Porteiro precisavam um do outro. O problema foi que quanto mais pessoas ouviam a respeito das poções mágicas da Feiticeira, mais queriam vê-la, e as filas tornaram-se cada vez mais longas.(...) A Feiticeira é muito boa ao decidir quem está muito doente, mas nada boa ao decidir quem está bem. O Porteiro é muito bom ao decidir quem está bem, mas não tão bom ao decidir quem está muito doente.(...) Longe de ser um arranjo para privar as pessoas de escolha e acesso à Feiticeira, é a forma mais eficiente de cuidar de

---

<sup>1</sup> MATHERS, N.; HODGKIN, P. **The gatekeeper and the wizard: A fairytale.** BJM, 1989, p. 172-174.

peças doentes. A Rainha descobriu, entretanto, que persuadir as pessoas disso era muito mais difícil – uma vez adquirido o gosto pelo acesso direto à bola de cristal e às poções mágicas, ele não é facilmente esquecido (MATHERS & HODGKIN *apud* STARFIELD, 2002).

Para o usuário, é difícil a aceitação de propostas que confrontem a sua maneira de acessar o sistema, principalmente quando existe a pressão histórica de um modelo assistencial curativo.

O que pode atenuar o impacto da mudança inicial é a apropriação pelos profissionais da essência do que é o acolhimento. Como instrumento da acessibilidade ele deveria ser entendido em três sentidos que na verdade se integram: como postura, como técnica e como princípio de reorientação do trabalho. Postura assumida por todos os trabalhadores, representada na vontade de escutar, de entender e de tratar de forma solidária e humanizada. Técnica capaz de gerar ações e procedimentos organizados e interativos. Princípio orientador do trabalho que representasse um projeto institucional que norteie todo o trabalho realizado pelo conjunto de atores envolvidos (SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2005). Salienta-se que a acessibilidade traduzida na postura profissional deve ser aplicada em qualquer condição de uso dos serviços de saúde, sejam eles administrativos ou assistenciais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Apesar da importância do acolhimento como postura, técnica e princípio estar claro para a gestão, na prática profissional ele tem servido como procedimento para a organização da agenda. O acolhimento não tem sido entendido como uma estratégia que possibilita, além do atendimento humanizado, uma oportunidade ímpar de organizar as relações profissionais manifestando uma política de fortalecimento da Atenção Básica. Os profissionais no acolhimento deveriam trabalhar com protocolos específicos, que instrumentalizassem as ações e direcionassem a assistência tornando o primeiro contato mais resolutivo. Idéia compartilhada por Starfield (2002) que diz que a resolutividade melhora o acesso. O acolhimento deveria ser entendido como mais do que uma triagem, como compromisso profissional de decodificar as necessidades expressas nas demandas dos usuários, otimizando a sua oferta, gerando responsabilização mútua e vínculo.

Deveria também ser utilizado como uma possibilidade de potencialização dos saberes profissionais, otimizando a ação de todos os profissionais e oportunizando o contato dos mesmos com os usuários (MALTA et al, 1998).

Além do aspecto sócio-organizacional apresentado, a acessibilidade necessita de componentes estruturais e geográficos para favorecer o primeiro contato do usuário, que na Atenção Básica assume grande importância. As unidades básicas de saúde devem se localizar próximo às pessoas e apresentar recursos físicos e estruturais necessários a esse tipo de atendimento (BERTUSSI, OLIVEIRA e LIMA, 2001).

Outro aspecto importante da acessibilidade é que ela não deve ser restrita à Atenção Básica. Ela deve se manifestar em todos os níveis assistenciais, pois os usuários apresentarão, ao longo de sua vida, necessidades específicas que não serão resolvidas na atenção primária (Starfield, 2002). O papel desse primeiro nível é o de articular essa acessibilidade aos outros níveis através de uma regulação adequada com referenciamentos e contra-referenciamentos efetivos. Tanto nas posturas observadas quanto nos discursos produzidos não foram reveladas as percepções dos profissionais quanto à acessibilidade aos outros níveis assistenciais e à responsabilidade da Atenção Básica nessa articulação.

#### **4.5 A Longitudinalidade e a Coordenação de Cuidados**

Uma das definições da integralidade atribuída a ela a característica de perpassar os níveis assistenciais de um sistema de saúde, integrando ações e serviços (BRASIL, 1990; MATTOS, 2001).

Nesse sentido, Starfield (2002) afirma que a integralidade só se efetiva quando, concomitante a ela, forem observadas a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação da atenção. Longitudinalidade que deve ser entendida como a noção temporal do cuidado, que só apresenta finitude com o extinguir da vida; e coordenação de cuidados como a forma orientada, planejada, baseada nas necessidades das pessoas, de articular os cuidados prestados ao longo do tempo. Alguns autores trabalham a coordenação como construção de linhas de cuidado que perpassam os níveis assistenciais e os serviços de saúde, por meio de planos assistenciais (FRANCO e MAGALHÃES JUNIOR, 2006; MERHY, 2002; CARVALHO, 2005). Esses autores concordam entre si que é na Atenção Básica que deve se concretizar a coordenação do cuidado através do comportamento longitudinal.

Em Catas Altas, a permanência dos profissionais por algum tempo à frente da equipe é vista como garantia de acesso e de vínculo:

A grande parcela da comunidade, da população local tem lugar no atendimento, porque o município hoje conta com rotatividade muito baixa de profissionais. Os profissionais já estão na cidade há algum tempo, então cria essa referência para o usuário. Eles sabem que podem contar com qual dentista, com qual auxiliar de enfermagem. Eu direciono isso devido à baixa rotatividade de profissionais (C12).

É apresentada como produtora de referência nos serviços, garantindo o primeiro contato dos usuários e sua continuidade.

Apesar disso, os registros profissionais no município não demonstram essa abordagem contínua. Eles são pontuais, resumidos e não conotam uma dimensão longitudinal do cuidado. Não ocorre o emprego dos registros anteriores na construção do plano terapêutico atual.

A longitudinalidade, para Starfield (2002), é manifestada por meio do contato habitual com uma fonte de cuidado que pode ser um profissional ou uma equipe.

Essa habitualidade do contato, para os profissionais, é produtora de vínculo e confiança na equipe:

Os pacientes têm se acostumado a procurar o enfermeiro da sua área, para confiar os seus problemas. Eu acho que as pessoas têm criado vínculo. Pelo fato de já me procurarem pelo nome, falando que precisam disso ou daquilo. Por isso eu acho que o vínculo é muito bom (C2).

A confiança na equipe a ponto de falar dos problemas surge a partir do momento em que a demanda tem possibilidade de ser direcionada a alguém que se mostra próximo, criando laços consolidados.

A longitudinalidade também determina que a atenção prestada seja centrada no usuário e não em procedimentos e na doença, garantindo continuidade ao decorrer do tempo, fundamentando o respeito à pessoa e promovendo a responsabilização mútua (FRANCO e MAGALHÃES JUNIOR, 2006; STARFIELD, 2002). Esse interesse manifestado pela demanda do usuário é necessário para o estabelecimento do vínculo.

A postura da equipe e do profissional nos encontros com os usuários deve ser respeitosa e construtiva, para que se estabeleça a longitudinalidade:

As pessoas estranham porque o atendimento aqui era muito autoritário, como a maioria dos médicos. Mas eu sempre tento propor o tratamento. Todos os pacientes são orientados a retornar se não melhorarem e tento explicar o que ele está tendo (C8).

O profissional tenta estabelecer uma nova forma de produzir o cuidado discutindo com o paciente o tratamento e garantindo a ele a continuidade do acesso. Ele diz que as pessoas ainda estranham esta postura por estarem acostumadas a vivenciar relações verticais com os profissionais de saúde.

Cecílio (2001) considera que um dos fatores determinantes para o estabelecimento de novas relações entre profissionais e usuários seja a construção de vínculos afetivos bidirecionais, estabelecendo confiança e respeito mútuo.

As relações instituídas entre trabalhadores e usuários só perduram se existir uma noção de horizontalidade, de semelhança, de troca de saberes, onde cada um tenha algo a contribuir para esse relacionamento (PINHEIRO, 2001).

Só acontecerá a continuidade dessa relação se o cuidado for centrado na pessoa e se ela sentir confiança em colocar-se nas mãos da equipe e transformar esse comportamento habitual junto à unidade de saúde. É o início para que se possa pensar em coordenar o seu cuidado.

Relata-se que os pacientes têm começado a seguir planos terapêuticos como conseqüência da continuidade oferecida aos seus cuidados:

Tenho percebido o retorno dos crônicos, que vêm para o controle mesmo, para reavaliar a medicação. Estão começando a seguir um plano terapêutico. Tem acontecido muita gente que nunca tinha feito o exame e agora se preocupa. Sigo alguns "guidelines" para os idosos para dar uma valorizada (C8).

A continuidade da equipe e a criação de vínculo têm permitido que novos usuários tenham acesso a exames que não eram realizados e ao tratamento de doenças crônicas.

Para isso a equipe tem tentado estabelecer uma agenda coerente com a necessidade atendimentos:

Normalmente, eu atendo consultas na parte da manhã, todos os dias, tirando a terça-feira que eu vou para a zona rural e a quinta que eu vou para o distrito do Morro na parte da manhã. Na parte da tarde eu faço visitas domiciliares, alguns curativos que eu tenho acompanhado, curativos com placa que tem que ter um cuidado maior e que eu não encontrei ninguém que me ajudasse a fazer. Essas visitas são segundas e quartas. E aí, quando eu chego, eu ainda atendo as consultas dos pacientes que estão aqui me esperando. Nas quintas e nas sextas também atendo a consultas. Na sexta tem também a reunião do grupo e depois eu atendo consulta. Eventualmente à tarde, qualquer dia que tem demanda que precisar de uma visita, urgência, aí também vou à visita (C8).

Na segunda-feira eu atendo no posto. Eu faço a triagem para o médico todos os dias de manhã e no período da tarde eu faço visita. Eu revezo com o outro enfermeiro para que nunca o posto fique sem o atendimento. Na terça à tarde eu faço a puericultura e na quarta à tarde eu faço o exame preventivo de câncer de colo uterino. Nos outros dias eu faço visita, ou um horário eu estou no posto e outro na visita (C2).

Tem-se tentado levar o atendimento até mais próximo das comunidades rurais e dos distritos, para facilitar o acesso e a continuidade dos planos terapêuticos. As visitas domiciliares são direcionadas aos pacientes restritos ao lar. As atividades grupais têm sido restritas para usuários com problemas de saúde mais prevalentes.

Na construção de planos terapêuticos é necessária a articulação de recursos e instrumentos que garantam acesso e longitudinalidade para o cuidado. Os programas devem ser incluídos nesse contexto, porém de forma horizontal e não verticalizado, garantindo que pessoas sem agravos específicos também tenham acesso a atividades grupais (MATTOS, 2001).

Na análise dos registros profissionais, entretanto, somente são assinaladas as consultas individuais e as visitas domiciliares. Atividades grupais e de promoção à saúde não são registradas. Não há também a referência do uso de protocolos de condutas que norteiem o trabalho da equipe. Alguns discursos evidenciaram essa ausência de ações protocolares:

Com relação aos protocolos, só eu sigo do que eu tenho de material. Não é uma postura da equipe. Não tem uma integralidade da equipe. E isso é problema. Eu tento utilizar aqui um padrão dentro de condutas baseadas em evidências que eu tenho, aí o paciente tem alguma dúvida, algum problema e procura outro profissional que bagunça tudo e eu tenho dificuldades de resgatar tudo (C8).

A não utilização de protocolos pela equipe é descrita como um desafio à integralidade. A ausência de posturas comuns atrapalha a construção de planos terapêuticos. Os protocolos são restritos a algumas ações: “Os protocolos são somente de prescrição de medicação, não tem protocolo para o acolhimento” (C12).

O uso de ações protocolares, construídas a partir da adaptação de consensos e “guidelines” à realidade local, constituem passo fundamental para orientar a coordenação de cuidados (FRANCO, 2006).

Outra situação evidenciada foi a ausência de contra-referenciamento:

Eu recebo muito paciente de boca, mas por escrito não. Um ou duas ou três vezes só, quando eu solicitei mesmo, quando fui muito enfático é que recebi a contra-referência. Via de regra eu não recebo contra-referência não. Todo atendimento secundário de referência nossa é a mesma coisa, sem contra referenciamento. Às vezes a gente não tem uma boa resposta do paciente, falam de consulta rápida e sem efetividade (C8).

O profissional relata que a contra-referência na maioria dos casos encaminhados não é feita e que os pacientes também relatam que as consultas com esses especialistas têm sido pontuais, rápidas e sem resolutividade.

Condição considerada fundamental por Franco e Magalhães (2006) na construção de linhas de cuidados efetivas, o referenciamento e o contra-referenciamento devem ser atitudes responsáveis integradas a um plano terapêutico. Favorecem ainda a consolidação da integralidade, quando funcionam como instrumentos fortes no trânsito dos usuários pelo sistema (XAVIER; GUIMARÃES, 2005).

Na observação efetuada no município, as reuniões são utilizadas como espaços para a discussão de problemas ocorridos normalmente nos processos de trabalho. Essa postura ficou evidenciada em relatos:

E as falhas que vão aparecendo elas tendem a ser corrigidas através de reuniões, semanais da equipe do PSF e periódicas com a gestora que envolve todos, semestralmente, trimestralmente (C12).

As reuniões de equipe devem ser garantidas em agenda, não só para aprimorar os processos de trabalho, mas também para possibilitar a construção dos planos de cuidados familiar e individual.

Para Silva Junior, Merhy e Carvalho (2003) a coordenação do paciente por uma linha de cuidados depende da capacidade técnica dos profissionais, articulada a conhecimentos gerais e específicos na condução de ações protocolares e no uso de tecnologias disponíveis. As reuniões poderiam ser utilizadas para o compartilhamento dos conhecimentos entre os profissionais em prol de construção de planos terapêuticos interdisciplinares.

Consideramos que poderiam ser criados espaços de encontro dos profissionais, articulando os serviços de saúde do município. Atualmente são freqüentes as reuniões internas da equipe do PSF e com a gestora. Poderiam ser criados novos espaços de contato, onde fossem incluídos os outros profissionais de saúde para a discussão de casos individuais, familiares ou comunitários.

Outra preocupação constante no município em relação ao tratamento dos usuários em outras cidades aparece nos documentos. São firmadas parcerias com outros municípios através de contratos individuais, de consorciamento ou dos recursos públicos disponíveis pela hierarquização. A preocupação se inicia com a organização do transporte:

Pela manhã eu tenho a tarefa de providenciar o transporte de funcionários e de pacientes. Na parte da tarde, eu organizo os documentos dos pacientes que irão viajar no dia seguinte para outros municípios para realizar as consultas que já foram marcadas (C1).

A maior parte das consultas e exames especializados acontece junto ao Consórcio Intermunicipal de Saúde, a partir de recursos próprios do município. Apesar de existir o TFD como proposta de acesso a consultas secundárias e terciárias pelo SUS, na prática elas são demoradas e pouco resolutivas, restando ao município a regulação do atendimento secundário por meio do consórcio:

Outra atividade que desempenho logo cedo é a de ligar para o CISMEPI, que é o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Piracicaba para garantir vagas de consultas especializadas para os pacientes aqui do município e tenho também que organizar os pedidos que recebo todos os dias, separando entre os que são urgência e os que podem esperar o próximo mês para consultar. Eu já deixo tudo organizado para providenciar as consultas para o próximo mês. Para a marcação dessas consultas eu tenho contato direto com o pessoal do CISMEPI por Telefone ou por fax. Na verdade, eu posso ligar a qualquer hora do dia. Só que eu prefiro ligar pra essas urgências de manhã, porque o CISMEPI atende a

onze cidades e se eu ligar mais cedo as chances de que consiga marcar as consultas são maiores (C1).

Um grande número de pacientes desloca-se cotidianamente para o atendimento em outros municípios. O gasto originado por esse transporte é considerável no montante total destinado à saúde

Para o atendimento de urgência firmou-se contrato com o hospital da cidade vizinha:

Outra situação que vivencio é a do paciente que chega aqui na unidade com alguma urgência para ser atendida, com hipertensão arterial, com crise de vômitos, em situações que esse paciente deverá ser encaminhado para o hospital de referência em Santa Bárbara. Preciso ligar de última hora para a prefeitura e solicitar o transporte para esse paciente porque, às vezes, não tenho a ambulância para transportá-lo. Nunca tivemos problemas em que não houvesse um carro para o atendimento de urgência (C1).

Dessa forma, Catas Altas vai garantindo acesso dos usuários aos outros níveis assistenciais, mais com recursos próprios do que com verbas governamentais preconizadas pelo SUS.

Apesar dos esforços, de nada adianta o emprego desses recursos se não houver a coordenação do paciente por essa rede, emaranhada de burocracias. A coordenação de cuidados deve ser entendida como a articulação de toda a história do usuário, de seu passado e das condições atuais, na construção imediata e futura da sua saúde, considerando mais do que o aspecto físico e mental, mas todos os determinantes envolvidos na vida da pessoa. Ela deve sintonizar aspectos curativos e reabilitadores, preventivos e promocionais, potencializando os recursos disponíveis pelo indivíduo, por sua família e pelo meio em que vive.

Ela deve enfatizar os determinantes socioeconômicos e ambientais, pautando-se na constatação de que a promoção e manutenção da saúde é o objetivo central de um plano terapêutico. E que deve considerar nas decisões a “concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença” (WESTPHAL, 2006, p. 63).

Cabe aos profissionais a responsabilidade de articular o conhecimento científico e os recursos disponíveis, na coordenação dos cuidados do usuário dentro da Atenção Básica e através dos outros níveis assistenciais. Cabe à gestão propiciar

condições de trabalho adequadas, a capacitação dos profissionais e a motivação da equipe.

A coordenação de cuidados se aprimora à medida que é instituída como parte do processo de trabalho de cada profissional e da equipe. Sem ela, a acessibilidade torna-se meramente uma ação administrativa, a longitudinalidade não tem fundamentação e a integralidade dificilmente irá ocorrer.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse reencontro com Catas Altas possibilitou o aprofundamento de questões a respeito da integralidade e de situações intrínsecas à Atenção Básica. Desvelar como a integralidade acontece para os trabalhadores de saúde de Catas Altas e as relações que ela estabelece com a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação de cuidados permitiu que algumas considerações fossem construídas.

Possuir apenas a Atenção Básica em seus limites geográficos, dependendo de articulações para a garantia de assistência secundária e terciária, produz uma maneira de trabalho em saúde peculiar para o município. Se a integralidade é tarefa para toda a rede de um sistema produzir, como diz Cecílio (2001), como então conseguir prestar assistência integral às pessoas, dependendo da hierarquização de um sistema de saúde e de investimentos próprios? Quem responde são só próprios trabalhadores por meio de seus discursos e de suas práticas. Para eles, a integralidade é polissêmica e vários conceitos foram atribuídos a ela. É entendida como a visão holística aplicada no cuidado, que permite até ver a necessidade do outro; é a integração dos processos de trabalho individuais, que devem ser articulados, solidários e com objetivo único; é influenciada pela cultura e pelo meio social onde é produzida; é a combinação de ações preventivas e curativas prestadas ao usuário.

Integralidade é apresentada como uma relação estreita como a equidade e com o contra-referenciamento. Pelo estudo, ela só acontece se a equidade for observada, tanto relacionada ao próprio cuidado quanto ao contexto da vida da pessoa. O contra-referenciamento aparece como condição para que a integralidade ocorra, representado na comunicação que perpassa uma rede integrada de cuidados, necessária para a coordenação da assistência aos usuários. Entretanto, também é indefinida e extremamente ampla tornando-se difícil conceituá-la.

Mesmo assim, o cotidiano do trabalho em saúde demonstrou-se com aproximações sucessivas ao ideário da integralidade. Nele acontecem interações profissionais e trabalho fragmentado, soluções e problemas, alegrias e angústias, avanços e desafios. Somente a riqueza desse universo propiciado pela convivência no cotidiano permite a alteridade necessária para que o município se aproxime do atendimento integral.

Uma dimensão da integralidade que não é exposta nos discursos está relacionada aos níveis assistenciais. Não foi abordado nas falas, nem observado nas práticas, a elaboração conceitual de uma linha de cuidados importante para conferir a integralidade. O fato de o trabalho em saúde ser imerso na Atenção Básica como única fonte produtora de saúde do município restringe a significação da integralidade aos espaços que são próprios de seu cotidiano de trabalho. Ainda assim, os documentos analisados trazem a preocupação de garantir assistência nos outros níveis do sistema, objetivando a acessibilidade dos usuários. São realizadas parcerias com outros municípios para garantir acesso aos setores secundário e terciário. Porém são incipientes as ações institucionais que garantam a coordenação dos cuidados dos usuários pelos profissionais de saúde do município, quando esse sai da Atenção Básica. Inexiste a pactuação de contra-referenciamento responsável e efetivo com os outros níveis do sistema. O pensamento longitudinal acaba não sendo refletido nas práticas dos profissionais. A continuidade da assistência é garantida, porém sem a conotação de que o cuidado deve ser garantido ao longo do tempo de maneira articulada.

O trabalho em equipe, apesar de ter sido identificado como necessário para que a integralidade se efetive, apresenta desafios a serem superados. Uma das maneiras encontradas para garantir a acessibilidade das pessoas a especialistas no próprio município foi ampliar a clínica básica. Entretanto, essa ação não foi realizada associada à estratégia de Saúde da Família, gerando duas estruturas diferenciadas no mesmo espaço, com posturas assistenciais e administrativas distintas. Isso provoca reflexos no gerenciamento da agenda de trabalho de cada profissional. Nela se garante espaço para o atendimento aos usuários, mas não se estabelecem espaços coletivos para a elaboração de projetos terapêuticos ou de aprimoramento dos processos de trabalho. Cada profissional produz seus cuidados sem a sustentação de protocolos que orientem o papel de cada um e de todos na equipe. Os sistemas de informação públicos colaboraram para essa fragmentação por funcionarem desconectados uns dos outros e por prezarem apenas por indicadores quantitativos. Nesse sentido, tentar construir indicadores de qualidade, norteados pelos princípios do atendimento integral, poderia ajudar à estruturação do trabalho em saúde no município.

Quanto às relações estabelecidas entre acessibilidade, longitudinalidade e coordenação de cuidados, percebe-se que há uma interligação profunda, podendo-se dizer que a integralidade só ocorre coexistindo com as mesmas.

A acessibilidade é entendida como a propiciadora dos contatos do usuário com o serviço, sem o qual não seria possível a construção da integralidade. O município tem investido muito na garantia de acesso aos serviços próprios e aos outros níveis assistenciais. O acolhimento foi adotado como estratégia para a garantia do primeiro contato do usuário com o serviço. Porém, tem sido entendido como um procedimento, uma triagem para a marcação de consultas, sem assumir a conotação de postura profissional e de organização assistencial. Para o acesso a outros níveis assistenciais, o Plano Municipal de Saúde estabelece a clínica básica ampliada e a participação em consórcio e convênios individuais. O gasto com o financiamento da saúde chega a 20% do orçamento do município. Entretanto, acessibilidade sem coordenação e pensamento longitudinal não garante integralidade. Mesmo se adequando à demanda, identificada como crescente e em constante transformação, investindo em acolhimento do usuário e oferecendo especialistas diversos, isso é somente o primeiro passo.

Percebe-se a necessidade de investir na interpretação da demanda, identificando as necessidades reais, adequando-se à oferta disponibilizada pelos serviços de saúde municipais.

Os profissionais percebem maior aproximação dos usuários com o estabelecimento de uma relação de confiança. Necessita-se, entretanto, estimular o contato habitual dos usuários com a equipe de PSF, produzindo responsabilização e vínculo. A postura usuário-centrada deve ser a direcionadora da coordenação de cuidado, considerando os determinantes e a subjetividade da saúde de cada um.

A longitudinalidade e a coordenação de cuidados acontecem restritas ao espaço representado pela Atenção Básica, mesmo assim de forma individual e não como postura da equipe. Não há a interação profissional na determinação dos planos terapêuticos e não acontece a coordenação de cuidados do usuário através dos outros níveis assistenciais. Em parte, a responsabilidade é do próprio sistema de saúde que não garante acesso e referenciamento adequados na sua hierarquização, que é baseada em complexidade de procedimentos, com locais pontuais de atendimento superespecializados, que não se conectam na produção do cuidado.

Em suma, Catas Altas tem possibilitado a construção da integralidade através da criação de espaços para que o primeiro contato com os serviços se estabeleça. É preciso, entretanto, estruturar os processos de trabalho, instrumentalizando as relações profissionais. O cotidiano se manifesta repleto de possibilidades para que isso aconteça, oferecendo convivência e interação. Deve-se, todavia, ter a consciência que a integralidade é fruto de trabalho em rede, com acessibilidade, pensamento longitudinal e coordenado. Portanto, mesmo estruturando o processo de trabalho em saúde no município, enquanto os outros níveis do sistema não assumirem postura integral, a integralidade não será plena. É importante cultivar a idéia no sistema de saúde que a coordenação de cuidados deve acontecer na Atenção Básica, por ser mais próxima do cotidiano vivido pelas pessoas. Essa proximidade permite a vivência da subjetividade de cada um na produção do cuidado.

Esperamos, ansiosos, por novos encontros com Catas Altas.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. R. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A Unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 133-144.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996c. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/coep/temas.html>>. Acesso em: 20 jul 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/93**. Atos Normativos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/96**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001**. Diário oficial da União, Brasília, 26 jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002**. Diário oficial da União, Brasília, 27 fev. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos dos Principais Resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 228p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.023, de 23 de setembro de 2004**. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 6p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006b. 164p.

CAMARGO JR., K. R. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 35-43.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 568-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 669- 688.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. 183 p.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 259-278.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212 p.

FEKETE, M. C. Sistemas de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde. 1999. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1999.

FERREIRA, S. R.; SIMÕES, A.; SILVA, A. M. Os desafios aos actuais sistemas de saúde e o enquadramento social. **Horizontes Sociais**, Aveiro, Portugal, v. 2, p. 137-152, jan. 2002. Disponível em <<http://portal.ua.pt/opds>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planeamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 161-198.

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

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 181-193.

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde: em debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 105-116.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.**, [S.l.], v. 9, n.17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. D. **A Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986. 99 p.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 9-20.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**. São Paulo: Brasiliense, 1988. 294 p.

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

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Natal, RN: Argos, 2001.

MAINGUENEAU, D. **Termos-chave na análise do discurso**. Belo horizonte: UFMG, 1998.

MALTA, D. C. et al. Acolhimento – Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: REIS, A. T. et al (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 45-60.

MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2005. p. 33-46.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. et al (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006. 393p.

MINAYO, M. C. S. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. P; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de dados: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 71-104.

MINAYO, M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 81-109.

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 344 p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005. 120 p.

MORIN, E. **O método**. Porto Alegre: Sulina, 2001. 363 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde**. Genebra: World Health Organization, 1978. Original inglês.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 3. ed. Campinas, SP: Pontes, 2001.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. Campinas, SP: Pontes, 1997.

PENNA, C. M. M. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Florianópolis: Editora Universitária – UFPEL, 1997. 155 p.

PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M.; PORTO, F. Equidade e resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de saúde. Um estudo compreensivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2007. Disponível em: <[www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/8](http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/8)>. Acesso em: 24 jan. 2008.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações Sobre os nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2005. p. 35-43.

POPE, C. MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

SILVA, I. Z. Q. J. TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

SILVA, T. C. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. 2006. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G; MERHY, E. E; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 113-128.

SILVA JUNIOR, A. G. MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 241-258.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre Tramas e Redes: Cuidado e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2005. p. 77-90.

SILVA, A. M. R. et al. A unidade básica de saúde e seu território. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 145-160.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, C. Um pouco de História... Reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C. (Org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: COOPTEC, 2002. p.11-22.

TEIXEIRA, C. Serviços de Saúde: revisão conceitual e visão panorâmica da situação no Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 7, n. 12, p.162-180, abr./out. 1994.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TRAVASSOS, C. M. R.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2. Suplemento, p. S190-S198, 2004.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C. V. S; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso a serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública. **Revista Saúde pública**, São Paulo, v. 21, p. 439-446, 1987.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237 p.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-668.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 133-155.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

# APÊNDICES

## APÊNDICE I

**Pesquisa:** ATENÇÃO BÁSICA E INTEGRALIDADE: A Construção Cotidiana da  
Integralidade no Município de Catas Altas  
**Roteiro Semi-estruturado de Coleta de dados**

Código:

- 1) Para você o que significa integralidade em saúde?
  
- 2) Descreva o seu processo de trabalho cotidiano em saúde realizado em Catas Altas.
  
- 3) Como se organiza o atendimento às demandas de saúde feitas pela população?

APÊNDICE II

**Diário de Campo - ATENÇÃO EM SAÚDE: a Construção Cotidiana da Integralidade no Município de Catas Altas**

Data/ hora	Fato/evento (falas, situações ocorridas)	Notas de Observação (questionamento, construção imediate)	Nota do Pesquisador (elaboração, análise)	Categorização

APÊNDICE III

**Pesquisa documental - ATENÇÃO EM SAÚDE: a Construção Cotidiana da Integralidade no Município de Catas Altas**

Data/ hora	Documento	Notas de Observação (questionamento, construção imediata)	Nota do Pesquisador (elaboração, análise)	Categorização

## APÊNDICE IV

### **Atenção em Saúde: a construção cotidiana da integralidade no município de Catas Altas** **Pesquisa documental**

- 1 – Dados epidemiológicos de Catas Altas.
- 2 – Hierarquização e regionalização.
  - Atenção básica complementar;
  - Média complexidade;
  - Alto custo;
- 3 – Acessibilidade:
  - Cadastramento;
  - Marcação de consulta no centro de saúde;
  - Marcação de consulta com especialistas;
  - Marcação na alta complexidade;
  - Centrais reguladoras;
  - Serviços de saúde e localização;
  - Fluxos de pacientes;
  - Cotas de atendimento;
  - Identificação de recursos (físicos, materiais e humanos).
- 4 – Longitudinalidade:
  - Protocolos de conduta;
  - Programas de saúde utilizados;
  - Perfil profissional;
  - Permanência de profissionais;
  - Vínculo.
- 5 – Coordenação de cuidados:
  - Referenciamento;
  - Contra-referenciamento;
  - Reuniões (gerenciais, do serviço, da equipe de PSF);
  - Plano terapêutico;
  - Abordagem familiar;
  - Análise de demanda;
  - Rede social e rede básica;
  - Ferramentas e instrumentos no processo de trabalho (individuais e coletivos).
- 6 – Integralidade:
  - Abordagem individual;
  - Abordagem familiar;
  - Relações entre profissionais;
  - Relações entre serviços municipais;
  - Intersetorialidade;
  - Relações entre rede hierarquizada;
  - Relações estabelecidas entre usuários e serviços.

## APÊNDICE V

### PREFEITURA MUNICIPAL DE CATAS ALTAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaro para os devidos fins estar ciente do projeto de pesquisa intitulado “ATENÇÃO EM SAÚDE: a Construção Cotidiana da Integralidade no Município de Catas Altas”, de responsabilidade do mestrando Evandro de Souza Queiróz, sobre orientação da Prof. Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, que será desenvolvido no município de Catas Altas.

Atenciosamente,

Gestor Municipal de Saúde

APÊNDICE VI

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado à Rua/Av. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_  
nº: \_\_\_\_\_, complemento: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_,  
Estado: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_,  
Ocupação: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins que fui informado(a) e orientado(a) de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa e metodologia da pesquisa intitulada "ATENÇÃO EM SAÚDE: a Construção Cotidiana da Integralidade no Município de Catas Altas", de responsabilidade do mestrando Evandro de Souza Queiróz, sobre orientação da Prof. Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, que será desenvolvido no município de Catas Altas.

Concordo em colaborar com a referida pesquisa na condição de informante, deixando registrado que terei liberdade para retirar esse consentimento e autorização, a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou constrangimento.

Declaro que estou ciente que o pesquisador irá realizar entrevista e que a mesma será gravada, ouvida e que será transcrita e servirá de base para o estudo em questão.

Autorizo, portanto, que o pesquisador escute, grave e utilize as minhas declarações para discussão com sua orientadora, bem como a utilização de partes ou da íntegra de minhas declarações no relatório final da pesquisa.

Concordo que as mesmas declarações possam ser utilizadas em qualquer veículo de divulgação científica, desde que respeitado o anonimato das informações.

Além do exposto, gostaria de solicitar de parte do pesquisador que (se achar necessário, descreva outras exigências que gostaria que fossem observadas para prestar as informações necessárias):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura:

Nome do informante:

Documento de identificação:

Assinatura:

Nome do Pesquisador:

Documento de identificação:

Endereço: Rua Geraldo Menezes Soares, 434/302 – Sagrada Família – BH

CEP: 31030-440 – Fone: (31) 3468-9371/9795-6262

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP – UFMG – Fone: (31) 3499- 4592.