

CONCEITOS E PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE NO MUNICÍPIO DE CATAS ALTAS-MG

CONCEPTS AND INTEGRALITY PRACTICES IN CATAS ALTAS-MG

CONCEPTOS Y PRÁCTICAS DE INTEGRALIDAD EN MUNICIPIO DE CATAS ALTAS-MG

Evandro de Souza Queiróz¹
Cláudia Maria de Mattos Penna²

RESUMO

A integralidade apresenta muitas significações que, no entanto, se complementam quando são discutidas para o setor saúde. Ela pode ser entendida como o modo de organizar as práticas profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas, mas se concretiza, efetivamente, na relação entre usuários e profissionais de saúde. Diante dessas considerações, neste artigo, que faz parte de uma dissertação de mestrado, buscou-se compreender os conceitos e práticas a respeito da integralidade formuladas pelos profissionais de saúde do município de Catas Altas-MG. Para isso, como delineamento metodológico, foi utilizado o estudo de caso, fundamentado na Sociologia Compreensiva, e realizadas entrevista, observação livre e análise documental para a elaboração dos resultados. Entre os profissionais, a integralidade 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. Entretanto, a visão contínua do cuidado entre os serviços de saúde não foi descrita nem observada nas práticas dos profissionais.

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

ABSTRACT

Integrity is a concept with many connotations that are complementary when applied to the healthcare sector. It can be understood as the way to organize the professional practices, the healthcare services and the public policies and materializes itself in the relationship between users and health professionals. Considering this the present article, which is part of a master's degree thesis, sought to understand the concepts and practices conveyed by healthcare professionals in the city of Catas Altas – MG. The methodological outline used was the case study grounded on the Comprehensive Sociology. The results were elaborated via interviews, observations and document analysis. Among specialists integrity is considered as the holistic vision applied to the care that allows to envision other people's needs; it is the integration of individual work processes, which must be coordinated, solidary and with a single purpose; it is influenced by the culture and the social environment where it is produced; it is a combination of the preventive and the therapeutic actions provided to the user. However, Health Services continuing healthcare was not described or observed in the professional's practices.

Key-words: Comprehensive Health Care; Primary Health Care; Patient Care Team.

RESUMEN

La integralidad tiene muchos significados que se complementan entre sí cuando se discuten en el sector de la salud. Se puede entender como la forma de organizar las prácticas profesionales, los servicios de salud y las políticas públicas. Sin embargo, se concreta de manera efectiva en la relación entre los usuarios y los profesionales de salud. Teniendo en cuenta estas consideraciones, en este artículo, que forma parte de una tesis de maestría, se tratan de comprender los conceptos y las prácticas realizadas por los profesionales de salud en el municipio de Alta Catas-MG. Para ello se utilizó como estudio de caso el diseño metodológico sobre la base de la sociología comprensiva y se realizaron entrevistas, observación y análisis documental para elaborar los resultados. Los profesionales entienden la integralidad como la visión holística aplicada al cuidado que permite ver la necesidad de los demás. Es la integración de los procesos de trabajo individuales que deben estar coordinados, ser cooperativos y tener un solo objetivo. Está influenciada por la cultura y el medio social en la que se produce; se trata de una combinación de acciones preventivas y curativas previstas para el usuario. A pesar de ello, la visión continua de cuidado entre los servicios de salud no ha sido ni mencionada ni observada en las prácticas profesionales.

Palabras clave: Atención integral de salud; Atención primaria de salud; Equipo de atención al paciente.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Coordenador do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix.

² Doutora em Filosofia em Enfermagem. Professor adjunto do Departamento Enfermagem. Materno-Infantil e Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação da EEUFG.

Endereço para correspondência: Rua Xavier de Gouveia, 111/301, Grajaú/BH-MG. CEP: 30431-166. E-mail: evandro.queiroz@metodistademinas.edu.br.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o atendimento integral como fundamento de suas ações e busca, no cotidiano dos serviços de saúde, integrar tanto os vários níveis de assistência como as práticas profissionais.¹ Assim, entende-se por integralidade o modo de organizar as práticas profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas. Considera-se a integralidade como um fio condutor que perpassa essas três dimensões do setor saúde e implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, além de afirmar a abertura constante para o diálogo.²

A integralidade resulta em uma permanente interação entre os atores na relação entre oferta e demanda de atenção à saúde, o que lhe confere uma noção de movimento, dependente das relações humanas, considerando até mesmo os aspectos subjetivos envolvidos na produção da saúde.^{3,4}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a integralidade na atenção primária, acrescentando-lhe noções de interação com o meio social e cultural. Diz que as atividades em saúde deveriam estar inter-relacionadas e equilibradas de forma a enfatizar os problemas de maior prioridade conforme são mutuamente percebidos pela comunidade e pelos sistemas de saúde.⁵

Para a organização de um sistema, a integralidade é essencial em todos os níveis, mas assume papel importante na atenção primária, uma vez que é nesse espaço que acontece o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde e posturas integrais devem ser construídas. É necessário acrescentar a importância da acessibilidade, da longitudinalidade e da coordenação de cuidados na atenção primária como facilitadores para que a integralidade aconteça. Considera-se 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.^{6,7}

Diante dessas considerações, neste artigo, que faz parte de uma dissertação de mestrado, buscou-se compreender os conceitos e práticas a respeito da integralidade formuladas pelos profissionais de saúde do município de Catas Altas-MG.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, fundamentado na Sociologia Compreensiva, que se apresenta ideal quando se quer responder como um fenômeno varia em circunstâncias diferentes e o porquê dessas mudanças. A abordagem qualitativa conforma-se melhor à investigação de grupos e segmentos delimitados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e à análise de discursos e documentos, além de oferecer aproximações sucessivas e progressivas

até a compreensão do processo em estudo e de sua subjetividade.^{8,9}

A Sociologia Compreensiva privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, apreendidos por meio da experiência, do coletivo e do vivido cotidiano.¹⁰

A construção cotidiana da integralidade pode ser desvelada pela Sociologia Compreensiva por favorecer o intersubjetivo, privilegiar o potencial cognitivo de cada experiência na construção do todo e considerar as diversas posições dos atores envolvidos na definição dos conceitos. 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.¹¹ A saúde na Atenção Básica constrói-se nesses espaços e nessas relações de proximidade nos quais o emotivo se torna ou não vínculo, tão desejado no cotidiano do trabalho em saúde.

No estudo de caso, considera-se o contexto histórico e situacional da realidade a ser estudada, sem desconsiderar-lhe a individualidade e 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,^{9,12} 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, bem como o entendimento do todo pela convergência desses dados em uma triangulação. Neste estudo, foram explorados documentos, entrevistas e observação direta.

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 ESF 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, além de se responsabilizar pelas ações da vigilância sanitária

e epidemiológica, bem como trabalhar junto com a assistência social.

Foram sujeitos desta pesquisa os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, tanto da área técnico-assistencial quanto da área administrativa, dentre os quais bioquímico, farmacêutico, enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde e agente administrativo, totalizando 15 profissionais, que se encontravam disponíveis no município no período de coleta de dados. Todos trabalham no município há mais de um 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 semiestruturada. Os informantes foram designados por uma sequência numérica, antecedida pela letra C, de *corpus*, em referência à análise de discurso, sem especificação de suas áreas de trabalho, para garantia da confidencialidade da autoria das falas. Os profissionais foram abordados no ambiente de trabalho e convidados a participar da pesquisa, quando eram explicados os objetivos do estudo, entregue Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura daqueles que aceitaram. Conforme a Resolução nº196/90, a pesquisa foi aprovada pelo COEP-UFMG sob o nº ETIC 566/06.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com base em um roteiro semiestruturado e registrada em gravador digital de voz, que possibilitou o arquivamento dos dados em meio informatizado. O momento das entrevistas foi utilizado para o registro de posturas e gestos de importância para a análise discursiva e também para nortear a observação livre no cotidiano do trabalho dos profissionais. As observações foram registradas em um diário de campo, sendo privilegiados os espaços do cotidiano da produção de saúde em Catas Altas, observando-se as falas e as ações dos profissionais no contato com a população e entre eles mesmos. Utilizou-se, também, a leitura de documentos, tais como registros profissionais em encaminhamentos, relatórios e prontuários ocorridos na semana de permanência no município, Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, documentos relativos ao Tratamento fora do Domicílio, ao Consórcio Municipal de Saúde e aos convênios.

Para a análise dos dados, foram utilizados elementos da análise de discurso.¹³ Nesse método consideram-se as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos pela influência de diversos campos que podem exercer influência sobre o sujeito. 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 por meio de recursos de linguagem, evidenciando o dito no 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 discursivas.

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 por meio da observação e da pesquisa documental. Utilizou-se, para tanto, a triangulação de dados^{9,14} como 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.

CONCEITOS E PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE

A integralidade tem sido descrita com significados distintos e complementares em estudos, constituindo a sua polissemia de sentidos.^{2,4,15-17} Essas significações, por serem complementares, são essenciais para o próprio entendimento da integralidade. Uma das noções identificadas 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 é definido como tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em suas necessidades.¹⁸ A 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:

A 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 não podem ser direcionadas 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 somente por questões físicas, mas depende do meio social e cultural em que se vive. A concepção dos determinantes sociais na construção da saúde das pessoas revela-se como fator condicionante da qualidade de vida.^{18,19}

O que é cultural faz parte do vivido, e esse entendimento é essencial, junto com outras noções, como a da ecologia e a do doméstico, para entender a socialidade, compreendida, para o profissional, como as relações informais, sem regras sociais, próprias de cada lugar, de cada encontro, que só tem significado naquele momento.¹⁰

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? Mas 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. Querem a comodidade de receita pronta, e pronto. (C8)

Esse relato remete a um momento progressivo, observacional, no qual o profissional apresentava sua forma de trabalhar, baseada em protocolos. Para ele, aspectos culturais da demanda, fundamentados na queixa e na doença, dificultam 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.²⁰

Cabe ressaltar que conseguir identificar a necessidade por detrás da demanda e promover mudanças comportamentais no sujeito levam em conta a capacidade de entender e respeitar esse peso cultural na construção da saúde. 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, cuja postura esperada para o profissional é a desconstrução desse pensamento.²

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 sua subjetividade, é necessário que o cotidiano e o caráter informal por detrás desse encontro sejam levados em conta 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 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 permeiam 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 sua força motriz. Só acontece a integralidade, por exemplo, se existir a ideia, entre os profissionais, de que o cuidado em saúde é longitudinal em uma linha de mão dupla que transpassa o sistema saindo da Atenção Primária em direção ao setor terciário e que retorna.²¹ 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.²²

A integralidade do trabalho em equipe é relatada como essencial para que ela ocorra nos diversos níveis assistenciais e como maneira de garantir a assistência integral individual e coletiva.⁷ O trabalho em equipe é visto como um desafio para que as práticas integrais ocorram no sistema de saúde, de modo especial na Atenção Básica. Em municípios em que a estratégia escolhida para a organização da Atenção Primária 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. 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 certa forma, que

aqui no posto de saúde há e não há. Há pessoas que se integram melhor, têm responsabilidade. Mas há aqueles que cinco para as quatro horas já estão querendo ir embora, não se integram mesmo, não têm responsabilidade com o serviço. Total não tem, não. Há 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 se suceda, traduzida aqui como o compromisso com a equipe na produção em saúde. Essa integração da equipe 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. Está 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 da ESF, o atendimento de especialistas, a assistência social e a vigilância sanitária e a epidemiológica. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a ESF deveria ser a norteadora de todos os processos. A partir dela, as outras ações deveriam ser desencadeadas, coordenadas pela equipe da ESF, 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, pelo contrário, entendendo que a partilha e a ajuda mútua devem 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, à qual foram agregados especialistas de maior demanda pelo município, como psiquiatra, ginecologista, pediatra, psicólogo, ortopedista e cirurgião ambulatorial. A proposta é otimizar o acesso a esses profissionais por meio da equipe de ESF, mediante referenciamentos responsáveis. Essa interação é revelada no discurso a seguir:

Eu acho que a integralidade é ter união. A união, o profissionalismo de todos os profissionais voltados pra aquilo. Às vezes hoje todo mundo quer trabalhar no individualismo, sabe. O ginecologista não tem aquela coisa com o médico do PSF, não dá retorno dos encaminhamentos, e o mesmo acontece com a pediatra. 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 existe uma coordenação de cuidados por parte do médico da ESF. Quando os profissionais especialistas são acionados, há o contrarreferenciamento para a equipe de ESF. Surge a ideia 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.²³

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 nos serviços confirma essa percepção, o que traz grande desconforto entre os trabalhadores, evidenciando processos de trabalho que não se comunicam entre si, com condutas preferencialmente individualizadas. Mesmo assim, também é percebida que a integralidade pode acontecer como 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 contrarreferenciamento que há dos profissionais, dos agentes comunitários de saúde, do próprio médico da equipe. Eu vejo a integralidade como a contrarreferência sempre presente. Então, eu acho que essa é a visão integral de saúde. É a importância da contrarreferência. (C10)

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

A referência e a contrarreferência são 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. Comunicação e integralidade estão intrinsecamente ligadas, sendo que a primeira propicia a apresentação cognitiva de signos que exprimem a segunda.²⁴ Dessa forma, o referenciamento e o contrarreferenciamento 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 contrarreferenciamento constante denota a importância da integração entre profissionais e serviços na produção em saúde.

Todavia, a instrumentalização das relações de trabalho na Atenção Primária é indicada como uma possibilidade de garantia do trabalho em equipe integral, mas isso não é suficiente se não houver o perfil profissional adequado para o trabalho na Atenção Primária.⁶

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)

Esse relato está associado a um contexto de reformulação de algumas ações, apresentadas pela gestora municipal, na tentativa de privilegiar espaços nos quais 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 há aqueles que têm uma necessidade maior a ser suprimida. É você saber separar a necessidade de cada um. Eu acredito que seja isso. (C5)

Nesse relato, reconhece-se que as necessidades são diferenciadas entre as pessoas e que o profissional tem papel importante nessa identificação e interpretação da demanda. A integralidade, também, é associada à ideia 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 própria necessidade. Dessa forma, ela propicia que a equidade seja contemplada quando entende que as pessoas demandam coisas diferentes e que a oferta também deve 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 se comparado a outra pessoa. É importante diferenciar

equidade em saúde e equidade em cuidados à saúde, salientando que a segunda garante apenas amenizar as desigualdades sem resolvê-las. 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 fundamentais para ela, como o vínculo entre profissional e usuário²⁵: *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, seja a uma equipe. O vínculo 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 e quando o trabalho e ações desenvolvidas são centrados no usuário.^{26,27}

O vínculo, por sua vez, possibilita que o usuário também se responsabilize pela 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 no 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.

O discurso a seguir direciona a integralidade para essa rede de conversações necessária para a criação do vínculo e ainda acrescenta que essa relação deve ser pautada pelo respeito, considerando o outro como alguém próximo, pertencente a 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)

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 [...]. 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 somente se consiga aproximar sucessivamente do seu ideário, sem jamais atingi-la. 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.

A significação de integralidade como a interação entre os níveis assistenciais não foi abordada nos discursos produzidos pelos profissionais. Nos documentos, porém, 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 ideia junto com os profissionais poderia ajudar na construção de ações integrais mais longitudinais, perpassando níveis assistenciais, até mesmo nos planos terapêuticos propostos. Nas escritas dos profissionais, não ocorre 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. É na dificuldade de formatarmos conceitos claros que se evidencia o problema da complexidade,²⁸ da impossibilidade de construir definições para conceber o mundo e nossa relação com os outros e com nós mesmos. E essa ausência de conceitos não nos torna menores, pelo contrário, torna-nos mais dignos e humanos. Muitos dos conceitos se concebem pela interação entre as pessoas no seu cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse reencontro com Catas Altas possibilitou o aprofundamento de questões a respeito da integralidade e de situações intrínsecas à Atenção Primária. Possuir apenas a Atenção Primária 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, então, conseguir prestar assistência integral às pessoas, dependendo da hierarquização de um sistema de saúde e de investimentos próprios? Os próprios trabalhadores é que respondem por meio de seus discursos e de suas práticas. Para eles, a integralidade é polissêmica e vários conceitos lhe foram atribuídos. 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 no qual é produzida; é a combinação de ações preventivas e curativas prestadas ao usuário.

A integralidade é apresentada como uma relação estreita com a equidade e com o contrarreferenciamento. Pelo estudo, ela só acontece se a equidade for observada tanto com relação ao próprio cuidado quanto com o contexto da vida da pessoa. O contrarreferenciamento 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 foi demonstrado 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 abordada nas falas nem observada 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 contrarreferenciamento 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.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 39-64.
3. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 65-112.
4. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a indefinição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p. 35-43.

5. Organização Mundial de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Genebra: World Health Organization; 1978.
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
7. Silva Junior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p. 113-28.
8. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. 118 p.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 393p.
10. Maffesoli M. O conhecimento comum. São Paulo: Brasiliense; 1988. 294 p.
11. Maffesoli M. No fundo das aparências. Petrópolis, RJ: Vozes; 1996. 350 p.
12. Ludke M, Andre MED. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U; 1986. 99 p.
13. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 3ª ed. Campinas, SP: Pontes; 2001.
14. Minayo MCS. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCP, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de dados: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-104.
15. Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001. p. 113-26.
16. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 531-62.
17. Silva TC. A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 152f.
18. Luz MT. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p. 9-20.
19. Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 344 p.
20. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-88.
21. Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-34.
22. Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004. 237 p.
23. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p. 259-78.
24. Xavier C, Guimarães C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p. 133-55.
25. Penna CMM, Brito MJM, Porto F. Equidade e resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de saúde. Um estudo compreensivo. On line Brazilian Journal of Nursing. 2007; 6(3). [Citado 2008 jan. 24]. Disponível em: <www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/8>.
26. Teixeira C. Um pouco de história: reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Teixeira C, organizador. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: COOPTEC; 2002. p.11-22.
27. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ ABRASCO; 2005. p. 181-93.
28. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2005. 120 p.

Data de submissão: 30/6/2009

Data de aprovação: 17/12/2010