



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

**A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo
de caso em um município do interior da Bahia.**

Cristiane Abdon Nunes

**Salvador
2011**

CRISTIANE ABDON NUNES

**A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo
de caso em um município do interior do estado da Bahia.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva,
Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Planejamento e Gestão

Orientadora: Lígia Maria Vieira da Silva

Co-orientadora: Maria Guadalupe Medina

**Salvador
2011**

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

N972i Nunes, Cristiane Abdon.

A Integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família:
estudo de caso em um município do interior da Bahia / Cristiane
Abdon Nunes. -- Salvador: C.A.Nunes, 2011.

194 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Maria Vieira da Silva.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade
Federal da Bahia.

1. Integralidade da Atenção. 2. Programa de Saúde da Família. I. Título.

CDU 614

Cristiane Abdon Nunes

A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia.

Data da defesa: 29/04/2011

Banca Examinadora

Lígia Giovanela / ENSP - FIOCRUZ

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa / Escola de Enfermagem - UFBA

Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

Maria Guadalupe Medina (co-orientadora) / ISC - UFBA

Lígia Maria Vieira da Silva (orientadora)/ ISC - UFBA

**Salvador
2011**

**Para minha filha, Francine,
Para meus pais, Ivete (*in memoriam*) e Francino,
Para minha irmã, Isa, e meu sobrinho, Daniel.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigado por sua presença em minha vida!

A minha orientadora, Lígia Vieira, pela compreensão nos momentos mais difíceis, pela orientação persistente, e por ter acreditado na minha capacidade de superação.

A minha co-orientadora, Guadalupe Medina, pela amizade verdadeira e pelas contribuições no desenvolvimento desse estudo.

Ao Professor Jairnilson Paim, eterno mestre, pela amizade e presença marcante na minha formação e trajetória na Saúde Coletiva.

Aos meus queridos amigos e colegas de trabalho do GRAB, em especial a Ana Luiza, Rosana, Guadalupe, Valéria, Tânia e Wellington, parceiros há mais de 10 anos, pelo afeto, amizade e, sobretudo, por não terem me deixado desistir! Aos novos companheiros que passaram a integrar este grupo, Mônica, Renata, Bárbara, Ana Carla, Rosana Nogueira, Marina, Tiago (integrante afetivo), e também a Walberto e Luís, companheiros que deixaram o grupo para se lançar em novos desafios, a todos eles agradeço pelo carinho, apoio, incentivo, parceria, solidariedade, sinceridade e cumplicidade.

Aos docentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do ISC/UFBA, em especial a Mônica, Verônica, Lúcio, Denise, Alcione, Sandra e Lidiane que, de modo solidário e competente, mantiveram o desenvolvimento de todas as atividades do curso, durante o tempo em que me ausentei da coordenação.

A Rosana Aquino, pela leitura cuidadosa e sugestões.

A Welington, pelo apoio logístico final e essencial.

Ao Professor Antonio Nery Filho, pelo apoio e incentivo, pela aposta na minha capacidade profissional e por todos os aprendizados que tem me proporcionado no CETAD/UFBA.

A toda equipe do CETAD, pela compreensão quanto ao período em que estive ausente, e em especial, à Patrícia Flach e Maria Luiza Mota Miranda, pela parceria e apoio.

A Creuza e Bia, pela disponibilidade e presteza do atendimento na biblioteca.

A minha amiga Valéria, pelo total e irrestrito apoio no momento em que mais precisei.

As minhas amigas e amigos, Ana Cristina, Gerluce, Moema, Tchris, Leila, Marcelo, Hercília, Mila, Silvinha, Ná, Hage, Sandrinha, Eneida, Chantal, Elisa, Maria, Márcia, Gil, Silvana, Bel, Liliu, Francis, Jeane e Paulinha, pelos tantos momentos compartilhados.

A Celinha (Baqueiro) pela acolhida carinhosa em sua casa, durante o trabalho de campo.

À todos os profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa, que contribuíram para a realização deste estudo.

A minha mãe querida, que não está mais entre nós, mas que continua presente na lembrança e no amor que nos une, por ter sido a maior incentivadora da minha formação profissional.

Ao meu pai, minha irmã e meu sobrinho, que trouxeram para si a missão de não me deixar recuar, estando sempre amorosamente presentes.

À Silvio Lopes, pelo mais lindo produto do encontro de nossas vidas, uma filha tão amada e especial.

A minha pequena filha, Francine, que foi, é, e sempre será o maior motivo das minhas realizações.

“Há, efetivamente, necessidade de um pensamento: que compreenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes; que reconheça e examine os fenômenos multidimensionais, em vez de isolar, de maneira mutiladora, cada uma de suas dimensões; que respeite a diferença, enquanto reconhece a unicidade...”

Edgar Morin, A Cabeça Bem-Feita.

RESUMO

NUNES, C. A. A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia. Salvador, 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

A tradução da integralidade, enquanto diretriz constitucional e princípio do SUS, em práticas concretas nos serviços de saúde tem sido problematizada por diversos autores, embora sejam poucos os estudos empíricos que buscaram avaliar sistematicamente intervenções direcionadas a sua operacionalização. A presente investigação teve como objetivos: estimar o grau de implantação da integralidade em diferentes equipes de saúde da família de um município do Estado da Bahia, considerado em estágio avançado do processo de descentralização e como exemplar no que se refere à implementação do Programa de Saúde da Família, buscando analisar possíveis obstáculos e facilidades à implementação dessa diretriz relacionados às características dos agentes das práticas do PSF. Foi realizado um estudo de caso único que teve como unidade de análise as equipes de saúde da família. A coleta de dados contou com a análise documental de relatórios de gestão, planos e programas; entrevistas *semi-estruturadas* com informantes-chave (profissionais das equipes e técnicos/coordenadores responsáveis pelo PSF) e usuários dos serviços a partir de um roteiro de entrevistas prévio abrangendo as dimensões analisadas, ao lado da observação sistemática do processo de trabalho das equipes. Para estimar o grau de implantação da integralidade nas unidades de saúde da família trabalhou-se com cinco dimensões: acolhimento, longitudinalidade, coordenação da atenção, oferta de ações e continuidade da atenção. Os resultados evidenciaram equipes com grau de implantação intermediário e avançado da integralidade. Observou-se que a gestão municipal de saúde criou condições para o desenvolvimento da integralidade no âmbito das equipes de saúde da família, no entanto, as diferenças encontradas no grau de implantação entre as mesmas estiveram relacionadas à determinadas características dos agentes das práticas, tais como formação especializada em saúde pública e experiência profissional anterior em gestão. Foram discutidas as implicações da insuficiência da operacionalização da diretriz da integralidade da atenção principalmente no que diz respeito à organização dos serviços e das práticas dos profissionais de saúde identificando alguns dos obstáculos e possibilidades para o desenvolvimento de práticas integrais de saúde relacionados à posição ocupada pelos agentes das práticas no espaço da estratégia da Saúde da Família. A melhor delimitação e elaboração do conceito bem como a ampliação do consenso a seu respeito, poderá facilitar a sua expressão em práticas que consolidem a implementação de serviços/sistemas de saúde mais próximos de uma atenção integral.

Palavras -chave: integralidade da atenção; práticas de saúde; programa de saúde da família.

ABSTRACT

NUNES, C. A. Comprehensive Care and the Family Health Program: a case study in a city in the interior of Bahia. Salvador, 2010. Thesis (Doctorate in Public Health) – Institute of Collective Health. Federal University of Bahia.

The interpretation of comprehensive care, while a constitutional guideline and a principle of Brazilian Unified Health System, has been problematized by several authors when analyzing concrete practices in health services, although there are few empirical studies that sought to, systematically, evaluate interventions aimed at its operation. This study had, as main objectives, estimating the deployment degree of comprehensive care in different family health teams in a city located in the state of Bahia, considered as one at advanced stage in the decentralization process and as an example concerning to the implementation of the family health program, trying to analyze possible obstacles and facilities to the implementation of that guideline related to the characteristics of the health workers who deal with the program. A single case study was conducted based on family health teams as a unit of analysis. The data collection counted on document analysis of management reports, plans and programs; semi-structured interviews with key informant collaborators (team of health professionals and technicians/coordinators responsible for the family health program) and users of the services, starting with a previous set of interviews covering the analyzed dimensions, followed by the systematic observation of the team's work process. To estimate the degree of comprehensive medical care in the units of family health five dimensions were under consideration: user embracement, longitudinality attention, care coordination, actions offered and continuity of care. The results showed teams with intermediary level of deployment and advanced level of comprehensive medical care. It has been observed that the Municipal Health Management created conditions for the development of the comprehensive medical care in the family health teams' scope, however, the differences found in the degree of implementation among them had been related to specific characteristics of those who collaborate with the program, such as specialized graduation in public health and previous professional experience in management. Implications of the insufficiency of the operacionalization of comprehensive care's guideline were discussed, especially in relation to the organization of the services and the practices developed by the health workers, identifying some obstacles and possibilities to the development of integral health practices related to the position occupied by the health workers in the space for family health strategy. The best delimitation and elaboration of the concept, as well as the expansion of a consensus about it will possibly facilitate its expression in practices that consolidate the implementation of health services and/or systems closer to a more integral attention.

Key words: comprehensive care attention; health care practices; family health program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (QUADROS E DIAGRAMAS)

Quadro 1 - Sistematização de textos normativos e estudos sobre a integralidade da atenção, considerando as definições da integralidade, o âmbito de aplicação do termo e as dimensões e/ou atributos utilizados para sua operacionalização.

Quadro 2 - Classificação da integralidade da atenção, em suas diversas possibilidades de expressão, nos diferentes níveis do sistema de saúde.

Quadro 3 – Dimensões, critérios e fontes de evidências para análise da integralidade da atenção à saúde em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

Quadro 4 – Categorias de análise, critérios e fontes de evidências para caracterização da posição dos agentes das práticas no espaço social.

Quadro 5 – Dimensões, critérios, classificação e pontuação utilizados para a estimativa do grau de implantação da integralidade da atenção à saúde em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia.

Quadro 6 – Estimativa do grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões e critérios, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

Diagrama 1 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

Diagrama 2 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões e critérios, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia

Diagrama 3 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo critérios, nas equipes A e C, do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

Diagrama 4 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo critérios, na equipe C do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente comunitário de saúde

AVC - Acidente vascular cerebral

APS – Atenção primária em saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DST – Doenças sexualmente transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

HA – Hipertensão arterial

IAM – Infarto agudo do miocárdio

NHS - National Health Service (Sistema Nacional de Saúde)

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPI - Programação Pactuada Integrada

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU 192 - Serviço de atendimento médico móvel de urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. INTRODUÇÃO	16
2. METODOLOGIA	26
2.1 Integralidade: definições e operacionalização	26
2.2 Referenciais e categorias de análise para caracterização das posições ocupadas pelos agentes das práticas	45
2.3 Estratégia da pesquisa	48
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
3.1 As condições de possibilidade da gestão municipal de saúde	58
3.2 A integralidade da atenção nas equipes de saúde da família	61
3.3 Os agentes das práticas: perfil e concepções de integralidade	79
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	95
QUADROS E DIAGRAMAS	107
APÊNDICES	140

QUADROS E DIAGRAMAS

Quadro 1 – Sistematização de textos normativos e estudos sobre a integralidade da atenção, considerando as definições da integralidade, o âmbito de aplicação do termo e as dimensões e/ou atributos utilizados para sua operacionalização	108
Quadro 2 - Classificação da integralidade da atenção, em suas diversas possibilidades de expressão, nos diferentes níveis do sistema de saúde	116
Quadro 3 – Dimensões, critérios e fontes de evidências para análise da integralidade da atenção à saúde em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia.	118
Quadro 4 – Categorias de análise, critérios e fontes de evidências para caracterização da posição dos agentes das práticas no espaço social	120
Quadro 5 – Dimensões, critérios, classificação e pontuação utilizados para a estimativa do grau de implantação da integralidade da atenção à saúde em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia.	122
Quadro 6 – Estimativa do grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões e critérios, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia.	128
Diagrama 1 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia.	131
Diagrama 2 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões e critérios, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia.	133
Diagrama 3 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo critérios, na equipe A do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia	135
Diagrama 4 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo critérios, na equipe C do Programa de Saúde da Família de um município do estado da Bahia	137

APÊNDICES

A e B – Roteiros de entrevista

C - Exemplo de relatório gerado pelo NUD.IST

D - Quadros de evidências da implantação da integralidade da atenção nas equipes A e C

E - Quadros de evidências sobre os agentes das práticas

F - Formação, trajetória política e profissional e concepções sobre integralidade da atenção dos agentes das práticas

G – Parecer do Comitê de Ética

H – Termo de consentimento livre e esclarecido

I – Síntese das trajetórias profissionais e políticas dos profissionais de saúde das equipes A e C

1 INTRODUÇÃO

No âmbito internacional, a integralidade da atenção vem sendo adotada como um princípio na implementação de reformas de sistemas de saúde, nos quais, segundo Conill (2004) é dada grande importância à atenção primária em saúde, a exemplo do *comprehensive care*, no caso da reforma do *National Health Service* (NHS) da Inglaterra e *la globalité des soins*, no caso da reforma na Província de Québec, no Canadá (CONILL, 2004).

No Brasil, o debate em torno da integralidade da atenção à saúde ganhou maior destaque no contexto das mudanças operadas nas políticas de saúde a partir da década de 80, que tiveram como eixo central a reforma do sistema de saúde brasileiro, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990.

O SUS teve suas origens no movimento da reforma sanitária brasileira - movimento desencadeado no final da década de 70 e início da década de 80, que agregou diversos segmentos da sociedade (movimentos sociais organizados, profissionais de saúde, intelectuais, etc) em torno de propostas de mudanças na organização dos serviços e na atenção à saúde, expressas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986). Posteriormente, no contexto de redemocratização política e social do país, tais proposições foram contempladas em parte no capítulo da saúde do texto constitucional (BRASIL, 1988) influenciando também a própria legislação que forneceu as bases para a constituição do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

A criação o SUS, tal como previsto no artigo 198 da Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), fundamentou-se em diretrizes e princípios que, desde então, têm orientado a sua organização e funcionamento, buscando assegurar, dentre outros aspectos, a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a assistência de modo equânime, a participação da comunidade na gestão da saúde, a descentralização dos serviços para a gestão municipal através de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, e a integralidade de assistência, definida no texto constitucional como *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (BRASIL, 1990, p.33).

Ao longo do processo de implementação do SUS, importantes avanços podem ser identificados, tais como, a ampliação do acesso aos serviços de saúde (HEIMANN;

MENDONÇA, 2005; BRASIL, 2008)¹; a conformação de um arcabouço jurídico consistente através da criação de leis (8.080/90 e 8.142/90), bem como, normas e portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993, 1996, 2002) e outros dispositivos institucionais com o propósito de regulamentar o sistema de saúde; a criação de instâncias colegiadas de gestão da saúde com participação popular (BRASIL, 1990b); o avanço do processo de descentralização das ações e serviços de saúde nos municípios do país (VIANA, 2002); e a proposição e experimentação de mudanças no modelo de organização dos serviços.

Particularmente no que se refere às mudanças no modelo de atenção à saúde, pode-se afirmar que é a partir da reorganização da atenção primária em saúde, que a reforma do sistema de saúde brasileiro ganha destaque, alcançando inclusive, reconhecimento internacional (HARRIS; HAINES, 2010; BARRETO; AQUINO, 2009).

Partindo da crítica ao modelo assistencial hegemônico, caracterizado pela priorização de ações curativas em detrimento de ações preventivas, foco na doença e no indivíduo, e atuação no hospital como espaço privilegiado de intervenção (PAIM, 2003), algumas propostas alternativas de modelo de atenção em saúde (PAIM, 1993; MERHY, 1994; SCHRAIBER, 1996; TEIXEIRA et al, 1998) foram sendo experimentadas em diversos municípios brasileiros, a partir da década de 90.

Dentre elas, destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF) que, introduzido na política de governo a partir de 1994, foi implantado como um Programa, passando, a partir de 1997, a ser considerado pelo Ministério da Saúde como estratégia de mudança do modelo assistencial (VIANA; DAL POZ, 1998; BRASIL, 2000; PAIM, 2003), sendo adotado como modelo prioritário de reorganização da atenção primária em saúde no país (BRASIL, 1996b).

Neste modelo, a Unidade de Saúde da Família (USF) caracteriza-se como a porta de entrada do sistema local de saúde. Em cada USF podem atuar uma ou mais equipes multiprofissionais² que, a partir da definição de um território de abrangência da equipe e do cadastramento de um determinado número de famílias, tornam-se responsáveis pela assistência à saúde dos indivíduos e famílias, considerando o seu contexto social, demográfico e epidemiológico (BRASIL, 1997b).

¹BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2008, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2008. v.29. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>

² A equipe mínima é composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2005).

O programa incorpora os princípios do SUS e fundamenta-se em diretrizes como: o *caráter substitutivo* das práticas tradicionais da assistência centradas nas doenças; a territorialização; a responsabilização e vínculo; o estímulo à *participação da comunidade e ao controle social*, a *integralidade e intersetorialidade*, dentre outros (BRASIL, 2005, p. 16-18).

Estudos demonstraram que a implantação do PSF no Brasil passou por diversas fases, desde a sua emergência até a expansão e consolidação (HEIMANN; MENDONÇA, 2005), com destaque para o crescimento do programa em grandes centros urbanos a partir de 2003, desencadeado por incentivos financeiros do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). A análise da evolução da implementação da estratégia (AQUINO, 2006), revelou rápido processo de expansão do Saúde da Família, chegando, em dezembro de 2010, a abranger aproximadamente 95% dos municípios brasileiros³. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, existem no Brasil mais de 31.000 equipes de saúde da família implantadas, distribuídas em 5.289 municípios do País, estimando-se 52,35% de cobertura populacional⁴.

Outros autores discutiram diferentes modalidades através das quais o programa pode se apresentar (VIANA; DAL POZ, 1998) em função de variações nos contextos de sua implantação (MEDINA, 2009; HENRIQUE; CALVO, 2009; AQUINO, 2006). Particularmente no que diz respeito aos determinantes contextuais da implantação e da consolidação do PSF, estudo que investigou a expansão do programa no período de 1996 a 2000, e sua consolidação em 2004, evidenciou que os municípios de pequeno porte e com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviços de saúde encontraram menores dificuldades em implementar o PSF como uma estratégia de expansão de cobertura, enquanto que nas capitais e grandes centros urbanos, as dificuldades da consolidação se apresentaram maiores e de difícil superação (AQUINO, 2006).

A despeito das dificuldades e limites apontados por diversos autores (VIANA et al, 2006; AQUINO, 2006) resultados de pesquisas apontam conquistas importantes

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico da cobertura do PSF*. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_nro_municipio.jpg. Acesso em: mar. 2011.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação da estratégia de Saúde da Família, janeiro de 2011*. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: fev. 2011.

relacionadas ao Programa, a exemplo do impacto na redução da mortalidade infantil (AQUINO et al, 2009).

Diversos documentos normativos da Estratégia Saúde da Família apontam a integralidade da atenção como um de seus princípios norteadores (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006b) e recomendam o desenvolvimento de práticas que contemplem a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e a assistência e o tratamento, e que busquem assegurar a atenção em todos os níveis de complexidade do sistema e a complementaridade necessária às suas ações, junto a outros setores sociais (BRASIL, 2005).

Nesse aspecto observa-se que o PSF apresenta um conjunto de diretrizes que podem favorecer o oferecimento de uma atenção integral: o planejamento das ações a serem desenvolvidas deve apoiar-se no conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica, cultural e epidemiológica das famílias situadas num território delimitado; estimula-se a articulação do trabalho dos profissionais de saúde através da formação de equipes multiprofissionais; recomenda-se o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização entre os profissionais e a população adscrita; propõe-se o desenvolvimento de ações curativas, preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2000).

Para Campos (2003) a Saúde da Família pode ser considerada como o espaço das práticas de um novo modo de conceber e reorientar o sistema de saúde. Corroboram com esta idéia autores que consideram ser a rede básica o local principal da atenção à saúde, onde a constituição de equipes multiprofissionais de referência, responsabilizadas pelo cuidado dos cidadãos, poderia contribuir para a construção da integralidade no âmbito do SUS (TESSER; LUZ, 2008).

Observa-se, nesse sentido, que o princípio da integralidade da assistência, conforme disposto na lei orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) - *conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema* - aparece como um dos componentes norteadores para a transformação do modelo de atenção vigente, tendo no Programa de Saúde da Família uma possibilidade de expressão.

Na perspectiva das políticas de saúde, a reforma do sistema de saúde brasileiro através da constituição e implementação do SUS viabilizou importantes avanços,

particularmente no que se refere à descentralização (VIANA, 2002; UGÁ, 2003; SOLLA, 2006) e ao controle social (BRASIL, 1990; CORTES, 2002), no entanto as mudanças quanto à integralidade da atenção não tem sido tão evidentes trazendo a necessidade de se analisar experiências práticas nessa direção (MATTOS, 2004).

A revisão da literatura nacional aponta para uma diversidade de estudos relacionados à integralidade da atenção. A partir da década de 90 inicia-se o desenvolvimento de alguns estudos e reflexões sobre a integralidade (CARVALHO, 1991; DALMASO 1994; FURTADO; TANAKA, 1998; SCHRAIBER, 1999), contudo é a partir da década seguinte que verifica-se extensa produção sobre essa temática (GIOVANELLA et al, 2002; CONILL, 2002, 2004, 2008; PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2005, 2008).

O primeiro aspecto a ser destacado diz respeito ao caráter polissêmico e abrangente desta noção, não havendo, entre os autores, um consenso quanto a definição do termo e sua operacionalização.

Um segundo aspecto refere-se à variedade de recortes adotados nesses estudos, destacando-se estudos caracterizados por ensaios e reflexões sobre aspectos conceituais e significados (SCHRAIBER, 1999; MATTOS, 2001; SILVA et al, 2003; CAMARGO JÚNIOR, 2003; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; XAVIER; GUIMARÃES, 2005, MACHADO et al, 2007), estudos sobre a implementação de políticas de saúde específicas e o princípio da integralidade da atenção (ALVES, 2001, MATTOS, 2003; COELHO et al, 2009; CHAVES et al, 2010), estudo sobre proposta metodológica para avaliação da integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde (GIOVANELLA et al, 2002), investigações de experiências concretas que abordaram a integralidade no âmbito da organização e gestão dos sistemas de saúde e/ou no âmbito das práticas dos profissionais de saúde (CASTRO, 1991; PINHEIRO, 2000, 2001; CONILL, 2002; SILVA, 2003; SILVA, 2006, KANTORSKI et al, 2006; PRADO et al, 2007; URBANO, 2009; OLIVEIRA, 2009; SPEDO et al, 2010; UCHIMURA, 2010), e como componente de análise para avaliação da descentralização (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2007), dentre outros.

Particularmente no âmbito da atenção primária são inúmeros os estudos que discutem a integralidade da atenção (FURTADO; TANAKA, 1998; PINHEIRO, 2000, 2001; CONILL, 2002; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005; GOMES, 2005; SILVA, 2006; PRADO et al, 2007; CAMARGO JÚNIOR et al, 2008; URBANO, 2009; SERRA; RODRIGUES, 2010; UCHIMURA, 2010). Enfatiza-se, dentre outros aspectos, as

mudanças ocorridas em decorrência da implantação do PSF, e os desafios à implementação da integralidade da atenção à saúde, neste campo.

No que diz respeito as metodologias adotadas nesses estudos, observa-se o predomínio de abordagens qualitativas, havendo, em alguns casos, a adoção de técnicas mistas (qualitativas e quantitativas). A maioria das pesquisas caracterizam-se como estudos de caso, com investigação de aspectos relativos a organização dos serviços de atenção primária (estudos descritivos e/ou comparativos de/entre unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família); sua relação com demais níveis de atenção (funcionamento da referência e contra-referência e acesso a atenção especializada); análise das práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde e das concepções e representações de gestores distritais/locais, profissionais e usuários dos serviços de saúde sobre a integralidade da atenção.

Quanto às fontes ou instrumentos de coleta de dados, verifica-se o uso freqüente de entrevistas, observação direta e análise de documentos. A análise dos discursos dos atores tem sido frequentemente orientada por técnicas de análise temática e de conteúdo desenvolvidas por Bardin (1995).

Ainda são escassos os estudos que se propõem a analisar de forma sistemática a implantação da integralidade da atenção a partir da operacionalização desse princípio através de dimensões e categorias de análise. Os estudos existentes geralmente se dão no âmbito das práticas, da organização dos serviços, e/ou do sistema de saúde como um todo, sendo utilizadas dimensões ou critérios relativos ao desenvolvimento de atividades curativas e preventivas, à continuidade do cuidado (CONILL, 2002, 2004), à dimensão *pessoal e familiar* do cuidado (CONILL, 2004), à oferta de serviços e ações de saúde (STARFILED, 2002; CONILL, 2004), e à relação entre oferta/demanda (PINHEIRO, 2000, 2001).

Do ponto de vista metodológico, merece destaque a proposta de avaliação da integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde, desenvolvida por Giovanella et al (2002), que contemplou quatro dimensões, a saber: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de assistência médica; a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação; e a abordagem integral do indivíduo e família. Além do esforço de desdobrar as dimensões em conceitos operacionais e critérios/indicadores de análise, essa metodologia foi submetida a um consenso de *experts*

para validação, caracterizando-se como proposta inovadora no que se refere à avaliação do princípio da integralidade.

Outra iniciativa inovadora no que se refere ao estabelecimento de níveis, dimensões e critérios para análise da implantação de intervenções no campo da avaliação em saúde, foi o estudo de Vieira-da-Silva et al (2007). Tendo como objetivo estimar o grau de implantação da gestão descentralizada da saúde em cinco municípios do estado da Bahia, os autores elaboraram uma matriz de indicadores, que contemplou três níveis de análise: componentes do governo, gestão da saúde, e práticas assistenciais. Nesse último, a integralidade foi investigada a partir da dimensão “organização das práticas” e de critérios como: a existência de ações de promoção da saúde, de ações de vigilância de riscos e danos à saúde, de articulação entre as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, de estratégias de acolhimento, e de protocolos de atenção para agravos específicos, dentre outros.

Em estudo que teve como objetivo identificar o significado atribuído ao termo integralidade na prática de alguns serviços e sistemas de saúde, Conill (2004) sistematizou um conjunto de metodologias utilizadas para avaliação da integralidade. Para esta autora, os aspectos relacionados a operacionalização desse atributo que mais chamaram a atenção foram: a) *a análise de poucas ou múltiplas dimensões* (cuidado pessoal e familiar/ completo/ contínuo e coordenado; caráter completo das ações; primeiro contato/ vínculo; promoção/ prevenção/ atenção médica completa/ articulação das ações/cuidado individual); b) *a utilização de outros atributos associados* (praticamente em todos os estudos o *acesso* também foi analisado); c) *dados provenientes de fontes primárias ou secundárias*; d) *ênfase centrado no sistema de saúde, no cuidado individual ou em ambos*.

A escassez de estudos que analisem de forma objetiva e sistemática a implantação da integralidade pode ser justificada, em parte, pela própria dificuldade de se formular uma definição mais precisa sobre essa noção, dada a polissemia do termo e os diversos sentidos assumidos pelo mesmo (MATTOS, 2001). Constatam-se que são poucos os autores que buscaram definir a noção de integralidade (PINHEIRO, 2000; MATTOS, 2004; STARFIELD, 2002; PRADO et al, 2007). Como consequência da dificuldade de delimitação desta noção, é comum identificar na sua operacionalização a utilização de outros atributos como o acesso, evidenciado na revisão de Conill (2004), e a equidade, utilizada como dimensão da integralidade no estudo de Furtado e Tanaka (1998). A

superposição de conceitos e a dificuldade de se estabelecer claramente as suas interfaces e intersecções dificultam a síntese e investigação do alcance das intervenções relacionadas, evidenciando a insuficiência de estudos que busquem avaliar a implantação da integralidade a partir do estabelecimento de definições mais precisas e métodos de análise mais sistemáticos.

No que se refere aos resultados dos estudos revisados, são apontados alguns aspectos facilitadores bem como obstáculos para a construção de práticas voltadas para a integralidade nos serviços de saúde.

Como aspectos facilitadores para a garantia da integralidade pode-se mencionar: o estreito relacionamento das equipes com as comunidades através do estabelecimento de vínculos, principalmente com os agentes comunitários (PINHEIRO, 2001; SILVA, 2006) o perfil profissional, no caso de médicos com formação em saúde comunitária (PINHEIRO, 2001); a melhoria na oferta de serviços preventivos (CONILL, 2002); o reconhecimento da multidimensionalidade dos sujeitos por parte dos profissionais de saúde (UCHIMURA, 2010);

Nos estudos em que houve comparação entre as unidades básicas de saúde tradicionais (UBS) e as unidades do PSF, observou-se, nas equipes de saúde da família, maior acesso (PRADO et al, 2007) e estabelecimento de vínculo, promovido pelo intenso contato entre os profissionais de saúde e a comunidade (PINHEIRO, 2001)

Algumas práticas de cuidado foram relatadas também como experiências inovadoras que podem favorecer a integralidade da atenção no âmbito do PSF, tais como: a incorporação da farmácia viva, projeto que visa o uso racional de plantas medicinais através da fitoterapia, como opção terapêutica (CONILL, 2002); a associação de práticas baseadas em saberes populares com o tratamento médico tradicional e a utilização de terapêuticas distintas da biomedicina, a exemplo da acupuntura (MACHADO et al, 2005);

Dentre os obstáculos identificados nos estudos destacam-se: o excessivo número de famílias por equipe de PSF comprometendo a qualidade do atendimento (PINHEIRO, 2001; UCHIMURA, 2010), a tensão entre a adscrição de clientela e o princípio da universalidade (PINHEIRO, 2001); a ineficiência do sistema de referência e contra-referência, decorrente, dentre outros fatores, da difícil disponibilização de determinadas especialidades (PINHEIRO, 2001; CONILL, 2002; SILVA, 2006); falta de condições de trabalho tanto materiais quanto físicas (SILVA, 2006); dificuldades para a realização de

ações relativas ao atendimento domiciliar e acompanhamento dos grupos prioritários (CONILL, 2002); inexistência de acolhimento, ausência da escuta e trabalho mecanizado (URBANO, 2009); conceitos e percepções biologicistas dos atores (profissionais e usuários) sobre o processo saúde-doença expressando uma forte racionalidade médica centrada na categoria doença, além da diversidade de projetos políticos individuais dos profissionais de saúde (PINHEIRO, 2000).

Revelam-se assim dificuldades relativas à gestão do programa (número de famílias por equipe; falta de material para trabalhar, problemas na estrutura física da unidade), à relação com os demais níveis de atenção do sistema de saúde (referência e contra-referência), ao processo de trabalho das equipes (acolhimento, ausência de escuta, trabalho mecanizado, realização de visita domiciliar, acompanhamento de grupos), e aos recursos humanos (formação e concepções dos agentes das práticas de saúde, seus projetos políticos, etc).

Embora os autores tenham encontrado, nos municípios investigados, evidências do desenvolvimento de práticas inovadoras e abrangentes no Programa de Saúde da Família, observa-se que a adesão ao PSF não é suficiente para assegurar a implementação da integralidade no âmbito das práticas de saúde, havendo outros fatores que podem influenciar o alcance da mesma nesses espaços, conforme demonstraram os estudos já citados que têm ressaltado a influência dos diferentes contextos na implantação deste programa (MEDINA, 2009).

Particularmente no que diz respeito aos obstáculos à implementação da integralidade relacionados aos agentes das práticas, ou seja, aos profissionais de saúde, os estudos evidenciaram a inexistência de uniformidade na compreensão do “conceito” de integralidade (FURTADO; TANAKA, 1998), a formação profissional com ênfase na especialização e que não prepara para o trabalho integrado (FURTADO; TANAKA, 1998; UCHIMURA, 2010; SERRA; RODRIGUES, 2010); a existência de tensão nas relações entre os profissionais, relacionadas a conflitos pela divisão de poder entre as categorias profissionais (FURTADO; TANAKA, 1998), o desconhecimento dos pressupostos filosóficos e organizativos do SUS e do PSF (UCHIMURA, 2010), dentre outros.

A revisão de literatura realizada nos permite considerar que a tradução da integralidade, enquanto diretriz constitucional e princípio do SUS, em práticas concretas nos serviços de saúde não é tarefa fácil e estudos que avaliem o grau de implantação da integralidade da atenção buscando operacionalizá-la na prática ainda são escassos,

configurando-se em lacuna do conhecimento científico. Considerando também a diversidade dos contextos de implantação do PSF no Brasil, faz-se necessária a investigação acerca da implantação da integralidade da atenção em situações específicas, visando a identificação dos aspectos universais e das especificidades desse objeto.

Por outro lado, compreender as características dos agentes das práticas que podem contribuir ou dificultar a concretização desse princípio constitui-se em desafio cotidiano que precisa ser problematizado, tornando-se necessário investigar a influência dos agentes na implantação da integralidade da atenção no âmbito das práticas de saúde.

Nesse sentido, no presente estudo partiu-se do pressuposto de que profissionais de equipes de saúde da família cuja trajetória profissional e política evidencia afinidade ao projeto político-ideológico da reforma sanitária tendem a desenvolver práticas com graus mais avançados da integralidade.

Para o desenvolvimento desta investigação, a integralidade da atenção à saúde foi definida como: **o atendimento às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações (em suas dimensões biopsicosocial), nos diversos níveis que compõem um sistema de saúde através do estabelecimento de projetos terapêuticos que contemplem ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas, articuladas no momento do cuidado individual, no espaço de um serviço de saúde, nos diversos níveis de complexidade da assistência, e entre o setor saúde e outros setores, conforme a natureza da necessidade, e desenvolvidas através de equipes multiprofissionais que valorizem nas relações interpessoais aspectos como o diálogo, o vínculo, a escuta e o acolhimento.**

Entendido como espaço possível de implantação da integralidade da atenção à saúde, o Programa de Saúde da Família foi eleito como *locus* dessa investigação, que teve como objetivos:

- a) Estimar o grau de implantação da integralidade em diferentes equipes de saúde da família de um município do Estado da Bahia, em estágio avançado do processo de descentralização;
- b) Analisar possíveis obstáculos e facilidades à implementação da diretriz da integralidade da atenção relacionados às características dos agentes das práticas do Programa de Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

2.1 Integralidade: definições e operacionalização

Um dos principais obstáculos para o estudo da integralidade consiste em se precisar esta noção. A revisão de literatura aponta para uma diversidade de significados e formas de operacionalização. O termo tem sido utilizado para designar uma bandeira de luta do movimento sanitário brasileiro, uma imagem-objetivo (entendida como forma de indicar características desejáveis do sistema e das práticas de saúde), um princípio constitucional e diretriz do Sistema Único de Saúde, um valor a ser sustentado e defendido no âmbito das práticas dos profissionais de saúde (MATTOS, 2001; PAIM, 2010).

Pode-se afirmar que a integralidade é um “conceito” em construção que vem assumindo diferentes significados ao longo do tempo. A noção de integralidade aparece relacionada a um conjunto de idéias da chamada medicina integral e da medicina preventiva, movimentos ideológicos que surgem nas escolas médicas americanas entre as décadas de 40 e 50 e são institucionalizados através dos departamentos de medicina preventiva nos cursos de medicina, chegando ao Brasil a partir da década de 60 (SILVA, 1973; AROUCA, 2003). As proposições da medicina integral focalizavam a responsabilidade do médico em produzir uma atenção integral ao paciente e atribuíam à escola médica o papel de formadora de uma “atitude” favorecedora dessa atenção (READER, 1965). Nessa perspectiva, a atenção médica integral era entendida como a aplicação de medidas de promoção da saúde, prevenção de enfermidades, a prática de diagnóstico precoce e tratamento oportuno visando evitar seqüelas, limitar efeitos da doença e reabilitar o paciente (SILVA, 1973).

Incorporando as idéias da medicina integral, o movimento da medicina preventiva propunha a reforma do ensino médico tendo como base uma crítica à prática médica que caracterizava-se pela centralização nas ações curativas, especialização crescente reduzindo-se o homem a órgãos e estruturas e perdendo-se a noção de sua totalidade; enfoque predominantemente biológico do ensino, e distanciamento dos reais problemas de saúde da população (AROUCA, 2003).

Ao tomar o modelo da história natural das doenças de Leavell e Clark (1976) como referência para a reorganização do conhecimento médico, os preventivistas conceberam a intervenção a partir de cinco níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação), cabendo aos médicos o papel de articulação

desse conjunto de medidas, em sua prática (AROUCA, 2003; PAIM, 2006). Para tanto, o projeto de reforma do ensino médico envolveria, dentre outros aspectos, uma redefinição do papel do médico, onde o cuidado integral seria assegurado a partir de uma mudança na atitude desse profissional.

Dentre as principais críticas a estes movimentos de reforma em saúde destacam-se os limites de se apostar na possibilidade de “formação de consciências” e mudança do comportamento/atitude dos agentes das práticas (neste caso, os médicos) sem buscar compreender os determinantes estruturais que incidem sobre a saúde e as próprias práticas, determinantes estes relacionados às condições de vida e de trabalho e, em última análise, às formas de organização da sociedade (SILVA, 1973; PAIM, 1986; AROUCA, 2003). Nesse sentido, não eram priorizadas discussões sobre a influência das políticas de saúde e da organização social dos serviços de saúde no contexto de organização do aparelho formador (instituições de educação médica) e seus mecanismos de produção e reprodução social.

Apesar das insuficiências teóricas e políticas dos movimentos da medicina integral e preventiva (AROUCA, 2003; PAIM, 1986), observa-se, desde então, uma preocupação com a fragmentação da atenção à saúde, embora ainda retratando uma visão parcial quanto às causas e conseqüências deste problema.

No final dos anos 70 e início dos anos 80, o movimento gerado em torno da luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que teve seu ápice na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), oportunizou a retomada da discussão de vários temas afeitos à democratização da Saúde e à reorganização do Sistema de Saúde Brasileiro, com proposições de mudanças estruturais e em componentes da organização dos serviços e da atenção à saúde (BRASIL, 1986).

Nesse contexto destaca-se a discussão em torno da integralidade da atenção, trazendo críticas às práticas reducionistas e fragmentadas dos profissionais de saúde, ao modo de organização dos serviços (historicamente marcados pela dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica individual) e às respostas governamentais dadas aos problemas de saúde (MATTOS, 2001).

Particularmente no âmbito das políticas governamentais implementadas na década de 80, o tema surge a partir dos esforços de desenvolvimento de programas de atenção integral para grupos populacionais específicos, tendo como expressões mais significativas

o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 1984). Aponta-se como principal contribuição desses programas a tentativa de ampliar o olhar sobre os sujeitos sob os quais as políticas incidiam, buscando compreendê-los em suas especificidades (contexto cultural, de gênero, necessidades), no entanto, enquanto políticas desenvolvidas nos moldes de programas verticais essas iniciativas esbarraram em diversos limites (MATTOS, 2001; GUEDES, 2001) não sendo implementados tal como concebidas.

O exame da integralidade na perspectiva histórica do contexto brasileiro, evidencia que a “evolução” desta noção não foi linear, pois, ao contrário disso, expressou propostas de organização dos serviços de saúde com base em projetos político-ideológicos distintos. Da atenção integral presente no discurso ideológico do movimento da medicina preventiva, que propunha a reforma do ensino médico e a reafirmação da organização liberal da prática médica (AROUCA, 2003), muito se caminhou até que essa noção fosse incorporada enquanto diretriz organizacional de um Sistema de Saúde fundado em princípios democráticos e universais. Nesse percurso, observa-se que a noção de integralidade assumiu significados distintos em função de diferentes contextos sociais e historicamente determinados, passando de um princípio pautado num discurso ideológico a uma diretriz organizacional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

O texto constitucional de 1988 apresenta o “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” como uma das diretrizes para a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, concretizada posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Já a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) destaca como um dos princípios organizativos do SUS a integralidade da assistência, entendida como um “*conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (BRASIL, 1990, Art. 7).

A partir da revisão de literatura realizada, foi possível elaborar uma matriz com a sistematização de textos normativos e estudos sobre a integralidade da atenção, considerando as definições da integralidade, o âmbito de aplicação do termo e as dimensões e/ou atributos utilizados para sua operacionalização (Quadro 1).

Por se tratar de uma noção do senso comum e do senso comum *douto* (BOURDIEU, 1968), frequentemente ela aparece na literatura como algo evidente, uma

expressão auto-explicativa, parecendo dispensar uma definição mais precisa. Assim, alguns autores, ao tentarem definir integralidade, acabam por utilizar termos equivalentes e redundantes, tais como integral, total, completo, totalidade, que não contribuem para o entendimento do seu significado.

Uma discussão travada na literatura nacional diz respeito às interfaces e superposições entre os termos integralidade, acesso e equidade. Alguns autores definem a integralidade como garantia de acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (CARVALHO, 1991, 1993; SERRA, 2003; PRADO et al, 2007). Para outros o acesso é visto como condição para a integralidade (CECÍLIO, 2001; SPEDO et al, 2010). Esta questão foi problematizada por Giovanella et al (2002) que, ao propor uma metodologia para avaliar o cumprimento do princípio da integralidade na gestão e organização de sistemas municipais de saúde, optou pela seleção de atributos específicos da integralidade, não sendo incluídos atributos para a análise da universalidade tais como medidas de cobertura ou acesso, sendo reconhecidos os limites dessa opção. Outro princípio também utilizado como atributo para avaliar a integralidade da atenção é a equidade (FURTADO; TANAKA, 1998), conceito por sua vez polissêmico que remete a discussão da justiça (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2010).

Parece, portanto, que há ainda uma dificuldade de se estabelecer claramente os contornos/bordas e intersecções entre as diferentes noções que traduzem os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde. A dificuldade de delimitação do termo talvez seja uma das explicações para a existência, na literatura, de poucos estudos que conceituaram integralidade (PINHEIRO, 2001; STARFIELD, 2002; MATTOS, 2004) e que utilizaram dimensões e categorias utilizadas para a sua operacionalização (GIOVANELLA et al, 2002; CONIL, 2002; SAMPAIO, 2002; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; XAVIER; GUIMARÃES, 2005; FURTADO; TANAKA, 1998; PINHEIRO, 2001).

Para Mattos (2004) o que caracteriza a integralidade nas práticas é uma *apreensão ampliada das necessidades do sujeito*, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros, e a habilidade de reconhecer a adequação das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro do sujeito com a equipe de saúde, como o contexto da própria vida desse sujeito. Para tanto, ressalta a importância da prática de conversação no encontro sujeito-equipe de saúde, de modo que possam ser

selecionados os elementos relevantes para a elaboração do projeto terapêutico, tendo como base os conhecimentos trazidos pelo profissional de saúde e as queixas, sofrimentos, expectativas, desejos e temores dos usuários dos serviços de saúde. Além disso, este autor considera importante uma articulação entre a lógica da prevenção e a lógica da assistência em qualquer nível de atenção do sistema de saúde.

No estudo de Pinheiro (2001, p.65) a integralidade foi assumida como

uma ação social⁵ resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2001, p.65).

Para Starfield a integralidade, enquanto um dos atributos da atenção primária, pode ser descrita como

a disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população, exceto as incomuns (STARFIELD, 2002, p.358).

Esta autora considera que a integralidade pode ser medida levando-se em conta a variedade de serviços oferecidos e a extensão em que os serviços foram prestados. Para ela, a variedade de serviços deve consistir de um núcleo que seja relevante para toda a população, além de serviços adicionais para a população com necessidades especiais, desde que estas sejam comuns. Já as necessidades são descritas pela autora como sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades e intervenções preventivas; com base na frequência e distribuição das necessidades, oferta-se um conjunto de serviços.

Os autores que buscaram definir a noção de integralidade apresentam recortes diversos, com algumas semelhanças e diferenças. A definição de Mattos (2001) prioriza a integralidade no contexto das práticas dos profissionais/equipes de saúde. Na definição de Pinheiro (2000; 2001) a integralidade se expressa em dois planos distintos: nas práticas de atenção individual e nas ações da rede de serviços. Starfield (2002) situa a integralidade como um atributo da atenção primária à saúde (nível de atenção do Sistema de Saúde), centrando sua definição nas práticas de atenção individual.

⁵ A autora adota a definição de ação social de Weber (1996) que, a partir de suas reflexões no campo da cultura religiosa, define ação como sendo o fundamento de toda estrutura social: a ação geradora de situações e estruturas que organizam o edifício social. Nesse sentido, a autora conclui que a dimensão cultural pode ser incluída no escopo de análise de uma política pública de saúde.

O entendimento da “apreensão ampliada das necessidades” subjacente à definição de Mattos (2001) envolve tanto a dimensão biológica, quanto as dimensões psicológica e social dos indivíduos, buscando compreender os aspectos subjetivos (sofrimentos, expectativas, desejos e temores) e os determinantes sociais que interferem nas condições de vida e saúde, e contemplá-los, na medida do possível, na elaboração dos projetos terapêuticos individuais, desenvolvendo ações preventivas, de promoção da saúde e de assistência articuladas. Já para Starfield (2002), o entendimento de necessidades é menos abrangente e se refere aos problemas de saúde mais frequentes no âmbito da atenção primária, captados como sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades. Nesse sentido, a integralidade significa oferta de serviços e ações preventivas e curativas voltadas aos problemas de saúde mais frequentes na população.

Pinheiro (2000, 2001) centra a sua definição na relação entre a demanda e a oferta nas práticas dos atores em serviços de saúde. Segundo esta autora, tradicionalmente os estudos realizados sobre oferta e demanda tem analisado separadamente esses componentes, no entanto propõe-se a analisar a relação entre essas categorias através da operacionalização das mesmas.

As definições apresentadas evidenciam o esforço dos autores em formular um “conceito” para a integralidade da atenção. O resultado desse esforço se expressa desde definições mais abrangentes, que envolvem um conjunto de características do que chamaríamos de práticas integrais: articulação de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, articulação entre ações voltadas para as dimensões biopsicosociais (MATTOS, 2001) a definições mais específicas que centram-se em uma ou duas características das práticas de saúde: oferta de ações e serviços, relação demanda/oferta (STARFIELD, 2002; PINHEIRO, 2001). Pode-se acrescentar que as definições de Mattos (2001) e Starfield (2002) tem como foco central o atendimento às necessidades, ainda que, para estes autores, esta noção assumam significados diferentes, enquanto que a definição de Pinheiro (2001) dá ênfase à relação entre a demanda e a oferta.

Se, por um lado, constata-se a existência de poucas definições precisas e delimitadas sobre a integralidade da atenção, por outro, observa-se que são muitos os autores que têm trabalhado com esta noção definindo-a a partir do estabelecimento de suas dimensões, sentidos, atributos, ou ainda, “condições de adoção da integralidade”. O esforço de transformar um princípio das políticas em categorias operacionais para estudos

avaliativos não se constitui tarefa fácil, sendo, no entanto, fundamental para a realização de pesquisas que busquem uma reflexão sobre serviços e práticas de saúde.

Mattos (2001) propõe três grandes conjuntos de sentidos atribuídos ao termo e que no presente estudo, assumimos como *dimensões da integralidade*: a integralidade como um princípio orientador das práticas; a integralidade como um princípio orientador da organização do trabalho; e a integralidade como um princípio orientador da organização das políticas.

A integralidade enquanto princípio orientador das práticas diz respeito ao encontro entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, orientado por uma abordagem integral que busque uma apreensão das necessidades dos indivíduos, considerando o seu contexto familiar e na comunidade.

O conjunto de sentidos que tem a integralidade como princípio orientador do trabalho diz respeito às formas de organização dos serviços e das práticas de saúde, relacionadas à necessidade de superar a dicotomia entre as ações de saúde pública e assistência no âmbito institucional e a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde.

O terceiro conjunto de sentidos da integralidade discutido pelo autor diz respeito à configuração de políticas específicas, onde se busca compreender em que medida a resposta governamental por meio da formulação dessas políticas incorpora ações preventivas e ações voltadas à assistência.

Giovanella et al (2002) desenvolveram um conceito de integralidade para avaliar o cumprimento desse princípio na gestão e organização de sistemas municipais de saúde, composto por quatro dimensões, desdobradas em conceitos operacionais e critérios que foram validados por um consenso de especialistas. As dimensões concebidas nesse estudo foram as seguintes: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de assistência médica; 3) articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação; 4) abordagem integral do indivíduo e famílias .

Segundo a autora, cada uma dessas dimensões está relacionada a um diferente campo de intervenção. A *primazia das ações de promoção e prevenção* refere-se ao campo político, no qual são definidas as prioridades. Este campo valoriza os determinantes gerais das condições de saúde e abrange um conjunto de providências relacionadas às políticas públicas com base em ações intersetoriais. Giovanella et al (2002) ressalta que o

termo primazia não foi utilizado no sentido de deixar em segundo plano as ações de outra ordem, mas no sentido de que a gestão do sistema de saúde seja orientada por ações de promoção e prevenção. A definição operacional utilizada para explicar essa dimensão foi a *“realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações intersetoriais, planejamento com participação social e recursos adequados”*. Para avaliar essa dimensão, foram propostos critérios como a existência de “fóruns intersetoriais em funcionamento” e “projetos comuns a diversas secretarias com orçamento próprio”.

A dimensão *garantia de atenção nos três níveis de assistência médica* diz respeito ao campo da organização do sistema de atenção. A autora parte do pressuposto de que uma oferta organizada demanda alguma forma de hierarquização e regionalização dos serviços. Nesse sentido, essa dimensão foi definida operacionalmente como *“oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade, com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território”*. Dentre os critérios selecionados para essa dimensão, pode-se destacar o “funcionamento de centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de regulação de internações”, “protocolos de atenção para doenças/agravos específicos” e “integração do Programa de Saúde da Família à rede”.

A terceira dimensão proposta por Giovanella et al (2002) trata da *articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação*, situa-se no campo da gestão do sistema de saúde e foi operacionalizada como *“integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde”*. Para a autora a integração dos serviços pode ser definida como a reunião de funções comuns, presentes em uma mesma organização ou em várias, para resolver problemas comuns, comprometer-se com uma concepção dos problemas e compartilhar metas (GIOVANELLA et al, 2002, p.53). Dentre os critérios eleitos para a análise desta dimensão citamos a “existência de instâncias de integração em atividade entre os setores da secretaria de saúde – saúde individual (componente assistencial curativo e reabilitador) e saúde coletiva (vigilância epidemiológica, sanitária e outros)” que podem se materializar, por exemplo, através de espaços de gestão colegiada, reuniões entre equipes, etc, e “programação articulada de ações de promoção, prevenção e

recuperação em consonância com os problemas locais de saúde” podendo ser verificada, por exemplo, nos planos municipais de saúde.

A quarta e última dimensão proposta pela autora é a *abordagem integral do indivíduo e famílias* e refere-se ao campo do cuidado individual. Esta dimensão foi operacionalizada como a “*realização de intervenções nas esferas biológica, psicológica e social garantidas através de vínculo (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema, fornecidas em local apropriado conforme a natureza da necessidade*”. Dentre os critérios selecionados para essa dimensão destacam-se a existência de “estratégias de acolhimento” que buscariam oferecer resposta a todos os pacientes que procuram a unidade, a presença de “equipe multidisciplinar” possibilitando a atenção na esfera biospiciosocial, a “discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis da assistência” e a “articulação dos serviços dentro da unidade por meio de instâncias colegiadas ou reuniões entre as equipes”.

No que se refere especificamente aos critérios selecionados, Giovanella et al (2002) ressaltam que, para a aplicação dessa metodologia de avaliação da integralidade, seria necessário, ainda, definir formas de medição dos critérios e indicadores correspondentes e estabelecer uma ponderação entre os mesmos.

Paim e Vieira-da-Silva (2010) apresentam, a partir de revisão de literatura, cinco condições de adoção da integralidade, a saber: cuidado, prática, programa, política e sistema.

O *cuidado integral* abrangeria a incorporação e articulação dos aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais na dimensão individual. A compreensão desses aspectos têm implicações técnicas e relacionais. Dessa forma, como consequência principalmente da consideração da dimensão psicológica, a assistência, nesse âmbito, valoriza as interações e construção de vínculos entre usuários do cuidado e cuidadores.

A *prática integral* seria caracterizada pela organização e articulação de processos de trabalho distintos possibilitando uma intervenção mais abrangente e completa. Nessa linha, um programa integral buscaria contemplar necessidades de diversas ordens, inclusive os determinantes sócio ambientais de uma dada situação.

As *políticas públicas integradas* ou *integrals* implicariam a articulação de políticas, programas e projetos, requerendo ações intersetoriais e gestão compartilhada e pactuada.

Por fim, o *sistema integral* permitiria o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados onde o conjunto das intervenções contribuiria para maior efetividade das ações de saúde.

As proposições de Mattos (2001), Giovanella et al (2002), Paim e Vieira-da-Silva (2010) apresentam certa convergência dado que, de modo particular, todos os autores buscaram identificar e sistematizar diferentes níveis de aplicação da integralidade no sistema de saúde: práticas/serviços/políticas (MATTOS, 2001), cuidado/práticas/programas/políticas (PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 2010) e cuidado individual/organização e gestão do sistema de saúde/política (GIOVANELLA et al, 2002). Acrescente-se a isso a contribuição de Giovanella et al (2002) no esforço de traduzir as dimensões propostas em categorias operacionais com critérios e indicadores que, na verdade, expressam características de práticas integrais de saúde, a exemplo da articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação; da garantia de atenção nos três níveis de assistência médica e da abordagem integral do indivíduo e famílias.

A integralidade tem sido operacionalizada, também, através de dimensões ou atributos como a *oferta de ações preventivas e curativas* e a *continuidade da atenção*, esta última tanto no âmbito interno de um serviço, a exemplo do acompanhamento de grupos de risco (CONILL, 2002), como em relação aos níveis de atenção de um sistema de saúde (CONILL, 2002; SAMPAIO, 2002).

No estudo de Conill (2002) a integralidade foi operacionalizada a partir de duas dimensões: a) *o caráter completo do cuidado*, a partir do leque de atividades curativas e preventivas ofertadas; e *a continuidade*, tendo como indicadores a referência, o atendimento domiciliar e o acompanhamento de grupos de risco.

A primeira dimensão estabelecida demonstra certa redundância dado que a autora definiu integralidade como *caráter completo do cuidado*. Além disso, centrou-se na oferta de ações curativas e preventivas, não sendo investigada a presença de ações de promoção da saúde. Já a dimensão *continuidade da atenção*, entendida como articulação de ações de diferentes níveis de assistência tanto no âmbito do sistema de saúde, como em um dos níveis de atenção, tem sido utilizada para a análise da integralidade também em outros

estudos, tais como o de Giovanella et al (2002) onde a continuidade está presente na dimensão “*garantia de atenção nos três níveis de assistência médica*”; o de Cecílio (2001) que definiu a “*integralidade ampliada*” como fruto da articulação dos serviços de saúde (centro de saúde, equipe de PSF, ambulatório, hospital) a uma rede complexa composta de outros serviços de saúde, e o de Sampaio (2002) que definiu “*integralidade vertical*” como a integração de ações de diferentes níveis de complexidade de assistência médica no sistema de saúde - básico ou primário, secundário e terciário.

Sampaio (2002) trabalhou também a dimensão *integralidade horizontal*, entendida como a integração de ações de diversas origens, seja do controle de causas, de riscos ou de danos, conforme proposto por Paim (1994) no diagrama da vigilância da saúde. No intuito de analisar o instrumento da Programação Pactuada Integrada da Atenção Básica (PPIAB) tendo como eixo norteador a integralidade da atenção, este autor utilizou uma matriz que relacionou as atividades programáticas da PPI com o controle de causas, riscos e danos, identificando o percentual de cada tipo de ação (assistenciais, preventivas e de promoção da saúde) presentes neste instrumento e evidenciando o potencial desse instrumento do planejamento e gestão para a construção da integralidade.

A relação entre as categorias oferta e demanda foi analisada no estudo de Pinheiro (2001) onde a oferta de serviços de saúde foi examinada a partir do que a autora chamou de *estágios do processo organizativo das instituições que integram o sistema de saúde*: a) Organização do atendimento: agendamento e tempo de espera; b) Uso dos serviços: atendimento hospitalar x rede básica); c) Referência e contra-referência; e d) Níveis de atenção. Já a demanda foi analisada a partir da percepção dos atores entrevistados sobre: a) Doença, saúde e cura; b) Relação médico/paciente e c) Participação do Conselho Municipal de Saúde como canal de vocalização de demandas.

Outros autores acrescentam ainda novas formas de operacionalizar a noção de integralidade, a partir de atributos como: *acolhimento*, *vínculo/responsabilização* e *qualidade da atenção* (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005). Segundo os mesmos, o *acolhimento* pode ser pensado em três dimensões: *como postura* - atitude, por parte dos profissionais de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas, bem como na relação intra-equipe; *como técnica* – pressupõe o trabalho em equipe, a capacitação dos profissionais e a aquisição de tecnologias, saberes e práticas visando instrumentalizar a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitem o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta de

soluções/alternativas aos problemas demandados; *como princípio de reorientação dos serviços* – quando há um projeto institucional que norteie o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. Estes autores consideram ainda que o conceito de acolhimento inclui a idéia de *acessibilidade organizacional* como o conjunto de circunstâncias que viabilizam (ou não) a entrada de cada usuário na rede de serviços, estando ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos. Já o *vínculo*, segundo Silva Júnior e Mascarenhas (2005) é desdobrado nas dimensões afetividade, relação terapêutica e continuidade, e a *qualidade da atenção* em conduta profissional⁶ e relação profissional-paciente.

Para Silva Júnior e Mascarenhas (2005), a utilização desses conceitos articulados e operacionalizados através da indagação aos atores envolvidos no processo de atenção à saúde, permitiria inferir sobre a integralidade nessa atenção e verificar a direcionalidade da construção do modelo tecnoassistencial em coerência com os princípios do SUS (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005, p.253).

Xavier e Guimarães (2005) estabeleceram quatro categorias que, segundo os mesmos, ajudam a definir a Integralidade e expressam ações de comunicação, são elas: escuta/tradução, negociação, polifonia/polissemia, e diálogo/troca. Nessa direção, sistematizaram um conjunto de palavras-signo, definições, ou idéias de Integralidade tais como: reconhecer, ouvir o outro, responder ao sofrimento humano e ir além do sofrimento manifestado, conversa/diálogo que promove o acolhimento, escuta, vínculo e negociação.

Estes autores (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005; XAVIER; GUIMARÃES, 2005) abordam o princípio da integralidade da atenção no âmbito *das práticas dos profissionais de saúde* (práticas de atenção individual) e da *organização dos serviços*. A integralidade é operacionalizada através da composição de outros atributos de práticas integrais, tais como o acolhimento, no qual as relações dialógicas que se estabelecem entre os profissionais/equipe de saúde e usuários são valorizadas. Vale ressaltar que, o estabelecimento de vínculo e a qualidade da atenção, outros atributos propostos pelos autores, dizem respeito as *práticas de saúde* em geral, não se configurando necessariamente como características de práticas integrais.

⁶ Para os autores a conduta médica refere-se aos cuidados técnicos (adequação do diagnóstico e da terapêutica), sócio-ambientais (atenção aos fatores de risco sócio-ambientais) e psicológicos (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005, p. 246-255).

Nessa direção, há também autores que discutem a importância das ações multiprofissionais para o alcance da integralidade da atenção, a exemplo de Cecílio (2001) que propôs a dimensão *integralidade focalizada*, como produto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, e a *integralidade ampliada* já discutida anteriormente.

A revisão de literatura apresentou uma multiplicidade de aspectos relacionados à definição e operacionalização da noção de integralidade, dentre os quais, num esforço de síntese, destacamos os seguintes:

- São poucos os estudos em que se buscou uma definição substantiva da integralidade, diferenciando-a do estabelecimento de suas dimensões e atributos. Os que o fizeram apresentaram definições de integralidade mais abrangentes - que envolvem um conjunto de características de práticas integrais (articulação de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, articulação entre ações voltadas para as dimensões biopsicosociais, etc), ou mais específicas - que focalizam uma ou duas características das práticas de saúde, tais como a oferta de ações e serviços ou a relação demanda/oferta (**Integralidade como conceito abrangente e Integralidade como conceito específico**);

- As definições encontradas relacionam a integralidade, direta ou indiretamente, ao *atendimento das necessidades dos indivíduos/população*, onde a noção de necessidades assume significados distintos, variando de uma concepção de necessidades que se traduz em oferta de serviços preventivos e curativos a partir da identificação de problemas de saúde captados como sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades, à uma concepção de necessidades mais ampla, que envolve não só a compreensão da dimensão biológica, mas também das dimensões psicológica e social dos indivíduos. (**Integralidade relacionada à necessidades de saúde e Integralidade relacionada à necessidade de serviços de saúde** (PAIM, 1980);

- Os autores que buscaram definir e/ou operacionalizar essa noção o fizeram considerando diferentes dimensões da integralidade, ou seja, diferentes níveis de aplicação deste princípio no âmbito do Sistema de Saúde: cuidado ou práticas de atenção individual e coletiva, organização e gestão dos serviços, políticas públicas, ou a integralidade analisada no sistema de saúde como um todo (**O princípio da Integralidade pode ser evidenciado em diferentes níveis do Sistema de Saúde**);

- A operacionalização desse princípio se fez através de atributos que podem ser considerados como *características de práticas integrais* (continuidade da atenção, articulação de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, articulação entre ações voltadas para as dimensões biopsicosociais, acolhimento), como também de atributos relacionados às práticas de saúde de um modo geral (vínculo, qualidade da atenção, acessibilidade organizacional) (**Integralidade operacionalizada por intermédio de atributos gerais das práticas de saúde e por meio de atributos específicos de práticas de saúde integrais**);

- É comum encontrar estudos que operacionalizaram esse princípio utilizando como atributos outros princípios do SUS tais como equidade e acesso, evidenciando superposições e certa dificuldade de se estabelecer claramente os contornos e intersecções entre essas noções e suas interfaces (**Dificuldade de delimitação entre as noções de Integralidade, Equidade e Acesso**);

- Ênfase na organização dos serviços de saúde com base em equipes multiprofissionais e valorização das relações interpessoais como meios de alcançar a integralidade no âmbito das práticas de saúde (**Equipes multiprofissionais e Relações interpessoais**);

Com base na revisão de literatura e nas dimensões estabelecidas por Mattos (2001), Paim e Vieira da Silva (2010), elaboramos uma matriz para a classificação da integralidade da atenção em suas diversas possibilidades de expressão nos diferentes níveis do sistema de saúde (Quadro 2), que orientou a elaboração da definição de integralidade do presente estudo.

As dimensões ou atributos utilizados pelos autores para definir e/ou operacionalizar a integralidade foram traduzidas no que se denominou de *características de práticas integrais*. Foram identificadas, entre os autores revisados, sete características de práticas integrais considerando os diversos níveis do Sistema de Saúde: 1) Articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social; 2) Articulação de ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais; 3) Continuidade da atenção; 4) Ações intersetoriais; 5) Ações multiprofissionais; 6) Ênfase nas relações interpessoais; e 7) Atendimento às necessidades de saúde.

A **articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social** diz respeito às práticas dos profissionais de saúde e remete a possibilidade de, no

encontro com o usuário, o profissional/equipe de saúde estar apto para compreender as demandas e necessidades de saúde do indivíduo, buscando atendê-las da melhor forma possível nessas três dimensões. A demanda explícita pode ser por consulta médica, medicamentos, realização de exames, e as necessidades de saúde podem se apresentar (ou não) como a simples necessidade de conversar, a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida (desemprego, violência no lar...), a procura de um vínculo afetivo, etc (CECÍLIO, 2001, MATTOS, 2001). Com os problemas decorrentes do acirramento das desigualdades sociais no contexto da sociedade moderna (desemprego, violência, situação sócio-econômica precária, determinantes sociais que interferem na vida e na saúde das pessoas), os sujeitos terminam por buscar os serviços de saúde com queixas relacionadas à angústia, infelicidade, solidão, e outros aspectos subjetivos, demandando por cuidados que não se relacionam exclusivamente aos cuidados médicos tradicionais. No entanto os serviços não estão preparados para atender a esse tipo de demanda (MACHADO et al, 2005; LUZ, 2005).

Isto não significa que os profissionais de saúde devem ser capazes de atender à totalidade das necessidades de um ser humano pois, como afirma Camargo Jr. (2003), reconhece-se que indivíduos isolados ou categorias profissionais são limitadas para dar conta de todas as demandas/necessidades apresentadas nos serviços de saúde, no entanto a percepção desses limites não impede que os profissionais de saúde possam ter uma compreensão dos determinantes do processo saúde-doença até para evitar a tentação de atuar fora dos limites de sua competência. Nesse aspecto, consideramos que é preciso que o profissional de saúde, ao buscar reconhecer as necessidades de saúde, tenha clareza quanto às fronteiras da sua especificidade profissional para que possa referenciar o usuário a outros profissionais e serviços, quando necessário. Esse reconhecimento se dá, segundo Mattos (2001) no encontro entre sujeito e equipe de saúde, no qual o estabelecimento do diálogo é um aspecto essencial para orientar a construção de projetos terapêuticos individualizados, levando-se em conta os conhecimentos, expectativas, temores e desejos dos usuários.

Faz-se necessário reconhecer os limites dos profissionais/equipes para dar conta de toda a diversidade de demandas biopsicosociais dos usuários, afinal, como problematiza Camargo Jr. (2003), será mesmo possível ou desejável um tipo de atenção direcionada à totalidade das necessidades de um ser humano? Isto não implicaria num demasiado controle e perda de autonomia dos sujeitos? Apesar disso, pressupõe-se que, uma vez

reconhecidos os problemas ou necessidades, os profissionais devem estar aptos a disponibilizar os serviços que podem ser ofertados, e auxiliar os usuários na busca de serviços referenciados, mantendo o acompanhamento e co-responsabilizando-se pelos mesmos.

A **articulação de ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais** se refere tanto às práticas dos profissionais de saúde quanto à organização dos serviços e sistemas de saúde. Refere-se a articulação de práticas preventivas, curativas e de promoção da saúde, que tem suas raízes no modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clarck (1976) e no movimento da Medicina Preventiva (PAIM, 2006). Nas práticas dos profissionais de saúde pode ser ilustrada com a atitude de um médico, que no encontro com o paciente, busca reconhecer além das demandas explícitas, as necessidades de ações de saúde tais como o diagnóstico precoce ou a redução de fatores de risco, se antecipando ao sofrimento e até mesmo à doença (MATTOS, 2001), e significa adotar no cotidiano de trabalho, rotinas ou processos de busca sistemática de necessidades silenciosas, identificando as necessidades de prevenção e assistenciais a serem ofertadas (MATTOS, 2004). No âmbito da organização dos serviços e sistemas de saúde pode ser observada a partir da integração organizacional entre setores de assistência individual e setores responsáveis pelas ações coletivas (GIOVANELLA et al, 2002).

Consideramos que as características de práticas integrais até agora apresentadas (ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social e as ações preventivas de promoção da saúde e assistenciais), estão intimamente relacionadas tendo em vista que, a compreensão da determinação social da saúde-doença implica na incorporação de ações voltadas para as dimensões psicológica e social dos problemas/necessidades de saúde. Por exemplo, atuar sobre as condições de vida de um grupo populacional promovendo ações de geração de renda na comunidade ou estimulando a participação popular na vocalização de demandas junto a instâncias do controle social, são ações que demonstram o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde. Por outro lado, aprimorar o acolhimento num serviço de saúde evidencia um reconhecimento quanto a importância da dimensão psicológica para o restabelecimento da saúde dos indivíduos. Nesse sentido, as práticas que correspondem a essa incorporação são práticas de promoção da saúde.

A **Continuidade da atenção** diz respeito à garantia da assistência propiciada nos diversos níveis de atenção do Sistema de Saúde. Para Starfield (2002) a continuidade se refere a sequência de eventos que ocorrem com o paciente relacionados aos problemas de

saúde apresentados e envolve mecanismos para fornecer informações de acompanhamento desses problemas. Sendo uma característica tanto da atenção primária como da atenção especializada, pode ser observada ao longo dos diversos níveis de atenção, bem como em um determinado nível.

As **Ações intersetoriais** representam um conjunto de iniciativas de articulação e coordenação de ações desenvolvidas por diferentes setores (saúde, educação, meio ambiente, etc). Expressam a integralidade na medida em que reconhece-se a insuficiência do setor saúde frente ao amplo espectro de intervenções necessárias para atuar na complexidade do processo saúde-doença. Remetem à discussão dos determinantes sociais de saúde e à valorização das ações de promoção da saúde (GIOVANELLA et al, 2002). Relacionam-se ao sistema de saúde como um todo estando presentes no âmbito das políticas de saúde em relação com outras políticas públicas mas também no âmbito dos programas e práticas dos serviços de saúde.

A integralidade da atenção pode se expressar também através de **Ações multiprofissionais** dado que a confluência de vários saberes de uma equipe multiprofissional de saúde (CECÍLIO, 2001) pode contribuir para um olhar abrangente e complementar sobre as demandas e necessidades dos sujeitos e as intervenções necessárias para a resolução dos problemas apresentados. Isso nos remete à uma discussão sobre os limites e possibilidades do trabalho de equipe, pois estudos já demonstram que o simples agrupamento de profissionais de diferentes categorias num dado serviço de saúde não é suficiente para assegurar a interação entre os mesmos e a articulação das ações a serem desenvolvidas (PEDUZZI, 2001).

As **Relações interpessoais** dizem respeito às diversas possibilidades de interação entre os sujeitos/usuários dos serviços e os profissionais de saúde e entre os profissionais de saúde entre si. Se orientadas pela integralidade da atenção estas relações podem ser traduzidas na escuta, no acolhimento (como postura e técnica), no diálogo/conversação, na negociação, no vínculo e responsabilização (MATTOS, 2004; SILVA Jr.; MASCARENHAS, 2005; XAVIER; GUIMARÃES, 2005). Perpassam, de modo transversal, os diversos âmbitos do sistema de saúde nos quais as relações humanas são condição para a realização de ações de saúde, mas estão particularmente presentes no âmbito das práticas, nos serviços.

O **Atendimento às necessidades de saúde** também perpassa, de modo transversal, os diversos âmbitos do sistema de saúde, podendo (ou não) expressar a integralidade da

atenção nos mesmos. Destaca-se aqui a importância de explicar o que está se chamando de “necessidades de saúde”. Diversos autores têm tratado desse tema, no entanto, para o presente estudo, optamos por trabalhar com a definição de Paim (1980). Este autor diferencia *necessidade de saúde* – necessidades humanas relacionadas a um conjunto de condições necessárias para a obtenção da saúde no sentido de atender a existência (alimentação, educação, moradia, emprego, lazer, etc) e a reprodução da força de trabalho - de *necessidade de serviços de saúde*, um tipo específico de necessidade humana relacionado aos serviços prestados no Sistema de Saúde. Paim (1980) chama atenção para o fato de que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, ou seja, o modo como são definidas passa necessariamente pelo contexto sócio-econômico no qual as sociedades capitalistas, através de seus grupos sociais, estão inseridas. Por exemplo, num contexto social em que a saúde seja regida pelo mercado, o entendimento de que para se ter saúde é necessário obter serviços de saúde, pode estimular a expansão do consumo de serviços não necessariamente eficientes, bem como a medicalização da sociedade. Por outro lado, como afirma Paim, nem sempre as necessidades de saúde atendidas num dado momento histórico são representativas da população em geral, o que expressa a luta entre grupos de interesse distintos que ocupam o espaço social (PAIM, 1980, p.68).

Na perspectiva de Cecílio (2001) as necessidades de saúde podem ser definidas como: a) necessidade de ter boas condições de vida (ambiente e posição no processo produtivo da sociedade capitalista); b) necessidade de criação de vínculos e afetos usuário/equipe/profissional; c) necessidade de ter graus crescentes de autonomia, e d) necessidade de acesso e consumo de todas as tecnologias de saúde capazes de prolongar a vida. Observa-se que a classificação de necessidades de ter boas condições de vida, criar vínculos com profissionais de saúde e desenvolver autonomia, dizem respeito às dimensões social e psicológica dos indivíduos, equivalendo, portanto, à concepção de *necessidades de saúde* de Paim (1980), Já a necessidade de acesso e consumo de tecnologias de saúde refere-se à *necessidade de serviços de saúde*.

O que importa ressaltar é que, quando o atendimento às necessidades orienta-se pela noção de necessidades restrita à dimensão biológica dos indivíduos (problemas de saúde, riscos..), a resposta a essa necessidade se traduz geralmente apenas na oferta de ações e serviços de saúde, caracterizando-se assim como *necessidades de serviços de saúde* (PAIM, 1982). No entanto, se o atendimento prestado tem como fundamento a concepção de necessidade que considera os determinantes sociais das condições de vida e

saúde para compreender o processo saúde-doença e a dimensão psicológica do ser humano, são definidas intervenções, que dentro dos limites do possível, tendem a se aproximar de práticas de saúde mais integrais.

Outro aspecto importante é que, no contexto dos serviços de saúde, a *necessidade de serviços de saúde* se expressa como *demandas*, ou seja, busca por consultas, exames, tratamento, medicamentos, etc. Já as necessidades de saúde podem ou não se apresentar.

Como afirma Mattos:

No que se refere à natureza das necessidades identificadas vale ressaltar que não se trata de apreender tudo, traduzindo uma postura holística, mas de selecionar os aspectos relevantes da demanda para a elaboração de um projeto terapêutico construído no encontro entre profissional/serviço-usuário (MATTOS, 2004, p.1415)

Diante das considerações feitas a partir da revisão de literatura, no presente estudo, a integralidade da atenção à saúde foi definida como: o **atendimento às necessidades de saúde** de indivíduos, grupos e populações (em suas dimensões biopsicosocial), **nos diversos níveis que compõem um Sistema de Saúde** (cuidado, outras práticas, programas e políticas públicas), **através do estabelecimento de projetos terapêuticos que contemplem ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas, articuladas no momento do cuidado individual** (encontro usuário/profissional de saúde), **no espaço de um serviço de saúde** (coordenação das ações entre os setores do serviço), **nos diversos níveis de complexidade da assistência** (continuidade da atenção), **e entre o setor saúde e outros setores** (atuação intersetorial) **conforme a natureza da necessidade**, e desenvolvidas através de equipes multiprofissionais que valorizem nas relações interpessoais aspectos como o diálogo, o vínculo, a escuta e o acolhimento.

Para fins dessa investigação, cujo recorte privilegiou a integralidade no âmbito das práticas (atenção prestada pelos profissionais de saúde da família, através da abordagem aos indivíduos e famílias em um dado território) e da organização dos serviços, buscou-se operacionalizar a integralidade considerando esses âmbitos, através das dimensões: 1) Acolhimento; 2) Longitudinalidade da atenção; 3) Oferta de ações; 4) Coordenação da atenção; e 5) Continuidade da atenção, que serão detalhadas posteriormente na estratégia metodológica da pesquisa.

2.2 Referenciais e categorias de análise para a caracterização das posições ocupadas pelos agentes das práticas

Entendendo que as características dos agentes das práticas de saúde podem constituir-se em obstáculos ou facilidades para a implementação da diretriz da integralidade da atenção, foram analisadas certas características dos agentes das práticas do Programa de Saúde da Família, tomando como referência alguns conceitos que fundamentam a Teoria das Práticas de Pierre Bourdieu (2006).

Este autor define prática como:

o produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*, entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações (BOURDIEU, 1994, p.65).

Para Bourdieu, o conceito de *habitus* exprime o resultado de uma ação organizadora e designa uma maneira de ser, um estado habitual, ou seja, uma espécie de predisposição, tendência ou inclinação do agente, que é produto da posição que estes ocupam no espaço social. Assim, a posição que os agentes ocupam neste espaço vai implicar no desenvolvimento de práticas intermediadas pelo seu sistema de disposições ou *habitus*.

Bourdieu (1996) fundamenta sua idéia de espaço social na própria noção de *espaço* definido como um

conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também por relações de ordem, como acima, abaixo e entre (BOURDIEU, 1996, p.18-19).

As práticas ocorrem em um espaço social formado por diversos campos, relativamente autônomos. Cada *campo* tem uma dinâmica que obedece a leis próprias, podendo ser caracterizado como uma rede de relações entre agentes. É um “local” onde se travam disputas entre os agentes em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão, a exemplo do campo esportivo, campo científico, campo artístico, campo político, etc (BOURDIEU, 2006).

A posição ocupada pelos agentes num campo específico do espaço social está relacionada à sua trajetória (social, profissional e política) e ao acúmulo de diversos tipos de capitais (econômico, cultural, político, simbólico).

A trajetória social dos agentes tem como ponto de partida no espaço social a sua origem familiar, dada pela posição social ocupada pelos pais. Já a trajetória profissional é evidenciada pela sua titulação, formação e atuação profissional (cargos ocupados...) enquanto que a trajetória política expressa o seu envolvimento em movimentos sociais, filiação partidária, etc.

Ao longo de suas trajetórias individuais os atores sociais podem acumular ou desacumular diversos tipos de capital (social, econômico, cultural, político, etc), onde o conjunto de capitais acumulados (capital global) vai determinar as suas condições gerais de existência e, conseqüentemente, a sua posição no espaço social. Cada capital expressa o domínio ou posse de um conjunto de atributos, assim, o capital econômico diz respeito aos recursos financeiros do agente e pode ser evidenciado pela sua renda, o capital cultural se refere à aquisição de diplomas, ao nível de conhecimento geral, às suas maneiras, podendo ser medido, aproximadamente, pelo nível de escolaridade, o capital social reflete a sua rede de relações sociais, e assim por diante. Desse modo, a depender do volume e do tipo de capitais acumulados os agentes estarão mais distantes ou mais próximos entre si, no espaço social (BOURDIEU, 2006).

As distintas posições ocupadas neste espaço vão implicar na tomada de posições diferentes, mediadas pelo *habitus* (disposições) dos agentes, e que se expressam através de suas práticas (BOURDIEU, 2006). Por outro lado, a posição ocupada no espaço social determina também os limites e possibilidades de atuação dos agentes, seja em decorrência do capital global acumulado, seja devido as regras do campo específico no qual estão inseridos. Contudo, nem sempre os agentes desejam e lutam para mudar de posição no espaço social, acomodando-se à posição alcançada e encontrando justificativas variadas para a sua satisfação com a situação possível. O mecanismo que permite esse ajuste, frequentemente inconsciente, é denominado por Bourdieu de transformação de necessidades (de estar na situação imposta pela posição ocupada), em virtude (aspectos positivos da posição ocupada), operando-se dessa forma um ajuste entre a posição ocupada e as possibilidades concretas.

A partir desses referenciais buscamos situar a presente investigação no Espaço da Saúde, no Brasil das últimas três décadas, palco de disputas entre dois grandes projetos

político-ideológicos: o projeto conservador (ou neoliberal) que trata a saúde/doença como uma questão de mercado, e o projeto alternativo contra-hegemônico (da Reforma Sanitária), respaldado na Constituição e em constante luta pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Esse espaço é composto por agentes pertencentes a diversos campos sociais, particularmente ao campo médico, hegemônico, ao campo político e burocrático e ao espaço da Saúde Coletiva, com intersecções de variada intensidade com o campo do poder e com o campo econômico.

Mais especificamente no espaço da Saúde Coletiva (entendida como um espaço composto por agentes situados em diferentes campos), este projeto vem ganhando expressão através do processo recente de descentralização do SUS e da política de reorganização da atenção básica a partir da implantação do Programa de Saúde da Família (BODSTEIN, 2002). É neste microcosmo do espaço social que se inscrevem os profissionais das equipes de saúde da família, cujas práticas podem ou não contribuir para a consolidação do SUS e a implementação de suas diretrizes: a universalidade de acesso, a equidade, a descentralização, a participação da comunidade e a integralidade da atenção. Esses agentes, contudo, possuem trajetórias sociais e profissionais diferenciadas que podem influir de forma diversificada na constituição de um *habitus* profissional com disposições críticas e aderentes a um projeto coletivo ou aderentes a um projeto apenas individual. As posições ocupadas, produto de determinadas trajetórias bem como a situação de maior ou menor ajuste às mesmas, orientam as tomadas de posição práticas em relação ao programa, ao SUS e à sociedade: concepções sobre o SUS e Reforma Sanitária, sobre a integralidade, práticas que concretamente podem ou não corresponder a um cuidado integral nas suas diversas dimensões.

Assim, para a caracterização dos agentes das práticas desse Programa foram investigados alguns aspectos relacionados à posição ocupada pelos médicos e enfermeiros das equipes, evidenciada pela trajetória social, profissional e política de cada agente, bem como aspectos relacionados à tomada de posição dos mesmos, no que se refere às suas concepções sobre a integralidade da atenção e às suas práticas, propriamente ditas.

2.3 ESTRATÉGIA DA PESQUISA

2.3.1 Seleção do caso e unidade de análise

Foi realizado um estudo de caso (YIN, 1994) em um município do Estado da Bahia, tendo como unidade de análise duas equipes de saúde do Programa de Saúde da Família.

O município selecionado fez parte dos casos investigados no estudo “*Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil*” (VIEIRA-DA-SILVA, HARTZ et al, 2007). Foi considerado como um caso exemplar do estágio avançado em relação a implementação da descentralização, aí incluído o Programa de Saúde da Família. A classificação deste município como em estágio avançado deu-se em função das seguintes características: a) existência de um projeto de governo que incorporou proposições voltadas para a mudança do modelo assistencial; b) existência de boa capacidade de governo, vinculada ao perfil do gestor e de elevada governabilidade, especialmente na adesão dos atores; c) existência de práticas assistenciais voltadas para a promoção de saúde; d) maior efetividade das práticas de saúde analisadas (VIEIRA-DA-SILVA, HARTZ et al, 2007)

As equipes de saúde da família foram selecionadas a partir de entrevista com os seguintes informantes-chave da equipe gestora do município: Secretário de Saúde, Secretário adjunto, Coordenador da Atenção Básica e do PSF, e técnicos desta coordenação. Foi solicitado a esses informantes que indicassem equipes que houvessem sido implantadas há pelo menos 1 ano e que desenvolvessem ações de controle da hipertensão arterial. Uma vez atendidos esses critérios foi solicitado que indicassem duas equipes de saúde da família de zona urbana sendo uma considerada de melhor desempenho e a outra considerada de desempenho insatisfatório. Essa indicação com base no desempenho foi feita a partir de critérios implícitos dos informantes-chave (DONABEDIAN, 1982). A partir dessa indicação foram selecionadas duas equipes da zona urbana que foram citadas por quatro ou mais informantes.

2.3.2 Fontes e coleta dos dados

Os roteiros de entrevistas *semi-estruturadas* (Apêndices A e B) e a observação sistemática da rotina de trabalho das equipes foram utilizados como instrumentos de coleta de dados no trabalho de campo. Também foram utilizados como fonte de evidências a

consulta a prontuários, a análise documental de relatórios de gestão, planos municipais de saúde e o diário de campo.

O trabalho de campo foi realizado em três etapas. O pré-teste e a primeira coleta de dados foram realizados no período de 18 a 22 de outubro de 2004. Nesta ocasião foi obtida a autorização para realização da pesquisa mediante a assinatura de um termo de anuência institucional, foram realizadas entrevistas com informantes-chave do nível central da Secretaria de Saúde e com os profissionais de uma das equipes de saúde da família selecionadas.

A segunda etapa foi realizada no período de 28 de março a 23 de abril de 2005. Neste período foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde da segunda equipe de saúde da família selecionada. Além das entrevistas, foi realizada uma seleção de casos a partir do levantamento de pacientes procedentes das equipes de saúde da família que foram atendidos pelo Serviço de atendimento médico móvel de urgência - SAMU 192, no período de 01/01 a 31/12/2004. O levantamento foi feito através das fichas de atendimento pré-hospitalar que o profissional de saúde do SAMU 192 preenche no momento do atendimento.

Para este levantamento foi realizada uma seleção intencional da amostra segundo os seguintes critérios: 1º - O usuário deveria ter idade igual ou maior que 20 anos e deveria pertencer a alguma das áreas de abrangência das unidades do PSF pesquisadas; 2º - O paciente deveria apresentar, de acordo com o registro do SAMU 192, um dos seguintes diagnósticos: hipertensão arterial, hipertensão arterial e diabetes mellitus, crise hipertensiva, acidente vascular cerebral e/ou seqüela de AVC, infarto agudo do miocárdio (IAM), dor precordial com pressão arterial acima de 120X90mmHg.

A partir desses critérios foram selecionadas todas as ocorrências das áreas de abrangência do PSF estudadas. O levantamento foi feito através das fichas de atendimento pré-hospitalar que o profissional de saúde do SAMU 192 preenche no momento do atendimento. As informações colhidas foram as seguintes: nome completo, data de nascimento, número da carteira de identidade e endereço de cada paciente; unidade de saúde da família na qual encontra-se cadastrado, diagnóstico constante na ficha de atendimento pré-hospitalar, nome do hospital para o qual foi encaminhado e data do encaminhamento.

A seleção de casos foi realizada por meio do SAMU 192 porque se pretendia realizar uma análise das trajetórias tendo como propósito recompor o percurso dos pacientes e identificar problemas relativos a integralidade da atenção no nível da atenção básica, porém não houve tempo hábil para a consecução desse objetivo. Ressalta-se, no entanto, que a consulta aos prontuários do SAMU e dos hospitais para os quais os pacientes foram encaminhados, foi fundamental para o levantamento de diversas evidências relacionadas aos demais objetivos dessa investigação, bem como as entrevistas com os usuários foram utilizadas como parte das fontes para avaliação do grau de implantação da integralidade nas equipes.

A terceira etapa do trabalho de campo foi realizada no período de 08 a 17 de junho de 2005. Nesse período foram desenvolvidas as seguintes atividades: contato com os diretores dos hospitais para os quais os pacientes foram encaminhados quando atendidos pelo SAMU 192, no intuito de obter autorização para consulta aos prontuários; entrevistas com os agentes comunitários responsáveis pelas micro-áreas onde residiam os pacientes selecionados; visita e entrevista aos usuários dos serviços de saúde da família identificados através do levantamento de prontuários, em suas residências;

Houve perda de alguns casos selecionados devido a algum dos seguintes motivos: a) caso em que o paciente e família mudaram-se para outro município; b) caso em que o paciente foi atendido pelo SAMU 192 mas não era morador da residência adscrita à Unidade do PSF; c) casos em que o paciente recusou-se a receber a visita do pesquisador.

Ao todo foram entrevistados 25 sujeitos de pesquisa, sendo 10 usuários dos serviços das equipes do PSF, 04 profissionais de nível superior (02 médicos e 02 enfermeiros), 07 agentes comunitários de saúde, 01 coordenador e 02 técnicos da Atenção Básica/PSF, e o Secretário de saúde adjunto. As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora após obtenção do consentimento livre e esclarecido dos entrevistados.

A análise documental foi realizada a partir dos seguintes documentos: planos municipais de saúde (1998-2001 e 2002-2005), relatórios de gestão (2002 a 2004) e documento do Ministério da Saúde sobre experiências exitosas do SUS (BRASIL, 2002b).

2.3.3 Dimensões e critérios para análise da implantação da integralidade

Tendo em vista as opções teóricas explicitadas no capítulo anterior sobre o conceito de integralidade, foram selecionadas cinco dimensões que, analisadas em conjunto, podem expressar determinados aspectos da integralidade da atenção. As

dimensões avaliadas foram: a) acolhimento; b) longitudinalidade; c) coordenação da atenção; d) oferta de ações e e) continuidade da atenção. Para cada dimensão foram estabelecidos critérios e fontes de evidências utilizadas para a análise da integralidade (Quadro 3).

- **Acolhimento**

A literatura apresenta uma diversificada conceituação de “acolhimento” e suas dimensões. Diversos autores⁷ propõem como uma das dimensões do acolhimento a *postura* ou *atitude* por parte dos profissionais de saúde frente ao usuário no sentido de tratá-lo humanizadamente. Por sua vez, o conceito de humanização, também polissêmico, apresenta intersecções tanto com o acolhimento quanto com a própria integralidade. O Dicionário Aurélio define humanização como o “*ato de humanizar*”, que significa “*tornar humano; dar condição humana a; tornar benévolo, afável, tratável*”. Nesse sentido o acolhimento pode ser entendido como uma postura que permita atender os usuários com delicadeza, atenção, demonstrando interesse em auxiliá-lo.

De acordo com Solla (2005) o acolhimento pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento. Nesse sentido não basta um atendimento atencioso, uma escuta interessada, é necessário buscar caminhos e mobilizar recursos para a resolução do problema. Na perspectiva das ações gerenciais de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde, o acolhimento pressupõe também que os serviços estejam organizados para atender a demanda, viabilizando a entrada de cada usuário na rede e facilitando o atendimento.

Para a análise da dimensão “acolhimento” foram adotados os seguintes critérios: *modo de atendimento do médico segundo a percepção de usuários e familiares, modo de atendimento na recepção/triagem segundo a percepção de usuários e familiares, tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes, e marcação de consultas*. O *modo de atendimento do médico* refere-se a postura ou atitude do profissional no momento em que atende o paciente podendo variar de uma forma atenciosa a um atendimento com indelicadeza ou mesmo indiferente. Essa mesma classificação foi utilizada em relação ao profissional que fez o atendimento na *recepção/triagem*, ambos os critérios examinados segundo a percepção de usuários e/ou familiares atendidos na Unidade. O critério *tipo de*

⁷ SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS (2005); MERHY (1997); FRANCO et al (1999).

resposta da equipe às demandas dos pacientes buscou analisar se a resposta da equipe se limitou à oferta de ações ou serviços disponíveis na Unidade ou se houve mobilização de recursos adicionais no intuito de resolver o problema apresentado pelo paciente. Apesar de estar ligado mais diretamente ao acesso, o critério *Marcação de consultas* constitui-se em aspecto importante da ação gerencial de organização do processo de trabalho da unidade de saúde, podendo contribuir para um melhor atendimento aos usuários dos serviços. Nesse sentido foi utilizado considerando-se três tipos de situação: marcação de consulta realizada apenas em determinado dia e horário da semana; marcação realizada diariamente em horário fixo, e marcação permanente em qualquer dia e horário de funcionamento da unidade.

- **Longitudinalidade**

De acordo com Starfield (2002), longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, relação esta que se estabelece independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde. A longitudinalidade implica na existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos que sirva como fonte de referência para a atenção por um determinado período de tempo. A partir da revisão dos estudos em que a fonte habitual de atenção era um profissional individual, a autora ressalta como efeitos benéficos da longitudinalidade: a possibilidade de que, ao longo do tempo, os pacientes desenvolvam um senso de confiança no médico sentindo-se mais confortáveis para relatar informações relevantes e responder melhor às suas recomendações; o aumento da sensibilidade do médico na captação de informações sutis que ajudam a esclarecer a natureza do problema do paciente, e a possibilidade de um diagnóstico mais preciso em decorrência do conhecimento acumulado a respeito dos antecedentes e experiências de doença do paciente.

Para a análise da dimensão “longitudinalidade” foram utilizados os seguintes critérios: *tempo do profissional médico na mesma Unidade de Saúde da Família* (relativo a existência de um indivíduo ou equipe de indivíduos que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo), *conhecimento do médico sobre o paciente* e *confiança do paciente no médico*.

O critério *conhecimento do médico sobre o paciente* buscou examinar se o conhecimento do médico sobre seus pacientes limitava-se ao diagnóstico e terapêutica ou

se ele revelava conhecer aspectos da vida pessoal e familiar que poderiam interferir no reestabelecimento do paciente. Para o critério *confiança do paciente no médico* foi investigado se o paciente acreditava ou não no diagnóstico e tratamento prescrito.

- **Oferta de Ações**

As ações ofertadas nos serviços de saúde tem sido frequentemente associadas à integralidade da atenção na perspectiva de articulação entre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; CONILL, 2002; GIOVANELA et al, 2002; PAIM; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Para a dimensão oferta de ações foram utilizados como critério a realização de *ações curativas, ações de prevenção de doenças e ações de promoção da saúde* considerando-se o modelo de Paim (1992, 2003). Nesse sentido, entende-se as ações curativas como aquelas relativas ao controle de danos, a exemplo da consulta médica e de enfermagem; as ações preventivas referem-se ao controle de riscos, tais como imunização, ações de educação em saúde direcionadas para grupos de risco – portadores de hipertensão arterial, gestantes e outros; as ações de promoção da saúde são ações voltadas ao controle das causas, ou seja, ao controle dos determinantes estruturais e sócio-ambientais do modo de vida e das necessidades sociais de saúde (PAIM, 1992, 2003), a exemplo da realização de atividades que estimulem a incorporação de hábitos saudáveis, o fortalecimento do controle social, e o exercício da cidadania.

Com o critério *ações curativas* buscou-se observar se a equipe realizava somente consultas de enfermagem, consultas médicas e de enfermagem a partir da demanda espontânea ou também a partir de uma oferta organizada. Quanto às *ações de prevenção de doenças* foi analisado se a realização destas limitava-se ao âmbito individual ou se incluía também o coletivo. Para o critério *ações de promoção da saúde* foi examinado se as ações de promoção (quando haviam) limitavam-se a palestras sobre temas relacionados a incorporação de hábitos saudáveis ou se incluíam atividades de articulação inter-setorial e estímulo ao exercício da cidadania.

Para inquirir os profissionais sobre a realização das ações curativas, preventivas e de promoção da saúde foi utilizado como condição traçadora (KESSNER; KALK, 1973) o desenvolvimento das ações de controle da hipertensão arterial.

- **Coordenação da atenção**

A coordenação da atenção pode ser entendida como a integração de todos os serviços relacionados à saúde, onde quer que tenham sido recebidos, podendo se dar tanto dentro de estabelecimentos da atenção primária, quanto na relação com demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002). No âmbito das unidades de atenção primária os pacientes são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares, sendo assim, existe uma necessidade de integrar ou coordenar os serviços prestados pelos diferentes membros da equipe de profissionais da unidade de saúde. Nesse sentido, é importante considerar a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002, p.365-66).

Para que os serviços prestados pelos diferentes membros da equipe sejam integrados faz-se necessário a utilização de mecanismos que viabilizem o manejo e a troca de informações. A comunicação entre os profissionais e o modo como desenvolvem o trabalho em equipe assumem papel relevante nesse contexto. Em estudo onde construiu uma tipologia para o trabalho em equipe Peduzzi (2001) sugere a utilização de um conjunto de critérios para o reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe⁽⁸⁾, dentre os quais a comunicação e a flexibilidade da divisão do trabalho são apontados como aspectos favorecedores ao desenvolvimento de ações mais articuladas e portanto coordenadas. Por flexibilidade na divisão do trabalho entende-se que os profissionais possam assumir atividades de outros membros da equipe em função de necessidades colocadas pela prática, respeitando os limites das especificidades profissionais.

Diante do exposto, a dimensão “coordenação da atenção” foi mensurada a partir dos seguintes critérios: *utilização de mecanismos para troca de informações entre profissionais da unidade de Saúde da Família, divisão do trabalho em equipe, utilização pelo médico de informações registradas no prontuário por outros profissionais, utilização pelo enfermeiro de informações registradas no prontuário por outros profissionais.*

Com o critério *utilização de mecanismos para troca de informações entre profissionais da USF* buscou-se examinar se a equipe utilizava apenas os mecanismos

⁸ Equipe “agrupamento” – caracterizada pela justaposição de ações e pelo agrupamento dos agentes, e equipe “integração” – caracterizada pela articulação das ações e pela interação dos agentes. Peduzzi (2001, p.106).

previstos pelo programa tais como prontuário, reuniões semanais, ou se fazia uso de outros tipos de mecanismos, a exemplo de sessões para discussão de caso clínico. Considerando atividades que poderiam ser desenvolvidas por diversas categorias profissionais, o critério *divisão do trabalho em equipe* buscou examinar em que medida a divisão do trabalho era mais rígida ou flexível. Investigou-se também se as informações registradas nos prontuários por outros profissionais eram utilizadas pelo médico e pela enfermeira.

- **Continuidade da atenção**

A continuidade da atenção refere-se a sequência de eventos que ocorrem com o paciente relacionados ao(s) problema(s) de saúde apresentado(s) e envolve mecanismos para fornecer informações de acompanhamento desses problemas (STARFIELD, 2002). Esse acompanhamento pode permitir que o profissional de saúde tenha uma compreensão mais abrangente sobre os problemas de saúde enfrentados pelo paciente e sobre os cuidados dispensados ao mesmo nos diversos serviços para os quais foi encaminhado, facilitando a sua abordagem na perspectiva da integralidade da atenção. Nesse contexto torna-se fundamental a utilização de mecanismos para a obtenção das informações.

De acordo com Starfield (2002) a continuidade é uma característica tanto da atenção primária como da atenção especializada. Nesse sentido, pode-se observar a continuidade ao longo dos diversos níveis de atenção bem como em um determinado nível.

No presente estudo os critérios utilizados para a análise da dimensão continuidade da atenção foram os seguintes: a *utilização de mecanismos de referência para transferência de informações*, *contra-referência ambulatorial*, e *contra-referência hospitalar*. Quanto aos *mecanismos de referência* buscou-se investigar se estes eram utilizados, e caso afirmativo, se de modo eventual ou regularmente. Para a *contra-referência ambulatorial* foi examinado se o retorno de informações ocorria eventualmente variando de acordo com a conduta de cada médico especialista ou se era regularmente adotado por todos. No critério de *contra-referência hospitalar* foi analisado se o retorno de informações ocorria eventual ou regularmente.

2.3.4 Categorias de análise para a caracterização das posições ocupadas pelos agentes das práticas

A *trajetória social* dos agentes foi examinada através das categorias: origem social, dada pela ocupação dos pais, procedência e local de moradia. A *trajetória profissional* foi

analisada considerando-se a titulação (formação graduada e pós-graduada), ocupação anterior e vínculos trabalhista anteriores ao PSF, além de outros vínculos empregatícios. A *trajetória política* foi examinada a partir das categorias: participação em movimento social e participação em militância estudantil. As *concepções dos agentes das práticas* foram identificadas a partir dos relatos dos mesmos, considerando as principais idéias sobre a integralidade da atenção, sem a utilização de critérios pré-definidos. O quadro 4 apresenta as categorias de análise, critérios e fontes de evidências para a caracterização da posição dos agentes das práticas no espaço social.

2.3.5 Processamento e Análise dos dados

O processamento e análise dos dados obtidos a partir das entrevistas foi feito através do programa NUD.IST versão 1.1.127, que permitiu recortar e sistematizar os trechos das entrevistas de acordo com as dimensões e critérios utilizados, bem como gerar relatórios de cada dimensão/critérios por equipe (Apêndice C), permitindo a pontuação e classificação das equipes de acordo com a matriz de análise elaborada.

No intuito de proceder a análise da implantação da integralidade da atenção nas equipes de saúde da família, cada um dos critérios acima relatados foi examinado a partir da definição de uma imagem-objetivo, ou seja, de uma situação considerada avançada ou desejável (valendo 8, 6 ou 4 pontos), de uma situação intermediária (4, 3 ou 2 pontos) e de uma situação restritiva (0 pontos) (Quadro 5). Assim, cada grupo de critérios pontuados expressou o desenvolvimento da equipe com relação a uma determinada dimensão, e a análise do conjunto das dimensões expressou o grau de implantação da integralidade nas equipes, ou seja, em que medida as equipes desenvolvem práticas que se aproximam ou não, da integralidade da atenção.

Para cada dimensão foi atribuída uma pontuação máxima de 20 pontos, onde a soma das cinco dimensões totaliza 100 expressando assim o grau máximo de implantação da integralidade da atenção (Quadro 5). Para cada critério e dimensão foi estabelecida uma correspondência percentual para facilitar as estimativas, adotando-se seguinte escala: incipiente, menor do que 33,3%, intermediário, de 33,3% a 66,5%, e avançado, maior ou igual a 66,6%.

A pontuação das equipes em relação aos critérios considerou o conjunto das evidências obtidas através dos diversos instrumentos e fontes de coleta de dados utilizados e encontra-se nos quadros de evidências das equipes A e C (Apêndice D).

As informações sobre os agentes das práticas foram sistematizadas em quadros por equipe, que subsidiaram a descrição e análise dos resultados a partir da construção dos argumentos com base no referencial teórico adotado (Apêndice E).

O exame da trajetória social dos agentes teve como propósito descrever o perfil dos profissionais quanto a esses aspectos e a análise das suas trajetórias profissionais e políticas permitiu reconstituir o percurso individual dos mesmos até o PSF, bem como a análise das trajetórias em conjunto por equipe.

As concepções dos agentes sobre a integralidade da atenção foram analisadas a partir da identificação das principais idéias sobre integralidade presentes nas evidências, que posteriormente foram agregadas através de uma “formulação-síntese”. Os dados sobre formação, trajetória profissional e política, concepções de integralidade da atenção e “formulação síntese” foram sistematizados em um quadro de modo a permitir a análise da relação entre as trajetórias, que expressaram a posição de cada ator no espaço social, e suas concepções de integralidade (tomadas de posição) (Apêndice F).

2.3.5 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, conforme parecer nº 031-04/CEP/ISC (Apêndice G). Em todas as etapas da pesquisa foram consideradas as recomendações constantes na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), com destaque para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H).

Todos os sujeitos leram e assinaram o termo de consentimento, os quais estão arquivados juntamente com as fitas gravadas e encontram-se à disposição destes. Os depoimentos que servem de referência para a análise são preservados em relação a autoria. Do mesmo modo, as situações observadas são descritas de forma a não permitir a identificação das pessoas envolvidas, apenas com discriminação da categoria profissional, quando necessário.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 As condições de possibilidade da gestão municipal de saúde

O município no qual foi realizado o estudo de caso encontra-se localizado na Região Sudoeste da Bahia e tinha população estimada em torno de 300 mil habitantes para o ano de 2005 (IBGE, 2011), caracterizando-se como um dos maiores municípios do Estado. Trata-se de um município de porte médio que exerce atração sobre os profissionais de saúde pelas possibilidades de uma vida cultural e urbana, bem como pela possibilidade de exercício liberal, no caso da medicina, e de outros vínculos no caso das demais profissões. O fato deste município ser considerado como referência de sucesso relativo ao processo de municipalização da saúde também se constituiu em atrativo, de acordo com relatos de alguns informantes entrevistados.

A gestão municipal, que era de partido de esquerda, com perfil democrático-popular, assumiu a administração do município em 1997, estabelecendo como prioridades as políticas públicas de caráter social, especialmente as voltadas para a educação e a saúde. A continuidade administrativa desse governo foi assegurada por uma coalizão que apoiava o projeto da Reforma Sanitária, tendo, na gestão da saúde, uma liderança expressiva desse movimento, que acumulou capital político e científico ao longo de sua trajetória profissional, sendo reconhecido em ambos os campos e legitimado pelos profissionais de saúde e pela população.

No que tange ao Sistema Municipal de Saúde, o município foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica em 1998, iniciando nesse período a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) e, em 1999, foi habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde.

Na reorganização do sistema municipal de saúde, os gestores priorizaram, inicialmente, o fortalecimento da rede básica de saúde e a organização das ações de vigilância e, num segundo momento, a ampliação da oferta de atenção especializada e a reorientação da atenção hospitalar. A rede básica, montada com base na estratégia de Saúde da Família atuava, em 2005, com 37 equipes, distribuídas em unidades de zona urbana e rural, além de 44 postos de saúde e uma unidade móvel, em função do grande território rural e da dispersão populacional. A cobertura populacional do PSF em 2005 foi estimada em cerca de 46%.

Diversos documentos da gestão municipal relatam avanços na estruturação do Sistema Municipal de Saúde no que diz respeito à ampliação da oferta e reorganização dos serviços, tanto na atenção básica quanto na atenção especializada e hospitalar, bem como a melhoria nos indicadores de saúde.

No que se refere aos recursos humanos, os profissionais de saúde que atuavam na estratégia Saúde da Família eram concursados ou contratados por uma organização não-governamental conveniada com a prefeitura, sob regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), tendo seus direitos trabalhistas assegurados.

No que diz respeito à relação com a atenção especializada, cada equipe de saúde da família recebia uma cota mensal para consultas e exames especializados, agendados pelos próprios profissionais de saúde, através de uma Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados, cota definida a partir da oferta disponível e das demandas e avaliações feitas pelas equipes de saúde da família.

A secretaria de saúde frequentemente promovia reuniões entre os médicos do PSF e os médicos de diferentes especialidades, no intuito de resolver problemas cotidianos relativos a referência e contra-referência e sensibilizar estes últimos quanto ao trabalho articulado entre profissionais do PSF e da atenção especializada. Em 2004, por iniciativa da Secretaria de Saúde, foi criado um núcleo de ações estratégicas intersetoriais com a participação de Secretarias como Desenvolvimento Social, Educação, Serviços Públicos, Agricultura e infra-estrutura, Esporte Lazer e Cultura, Ambiente, e outras, com o propósito de desenvolver ações conjuntas.

Na perspectiva da Secretária de Saúde Adjunta da gestora municipal de saúde, os principais desafios para o cumprimento da diretriz da integralidade no município referiam-se ao custeio e manutenção do funcionamento das ações e serviços de média e alta complexidade, de modo a responder não só às demandas internas do município, mas, também, atender a compromissos estabelecidos com outros municípios, por se constituir em pólo de referência regional.

Na perspectiva da coordenadora da atenção básica, foram mencionadas como dificuldades para o cumprimento da integralidade: o acúmulo de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais das equipes (atendimento clínico, vigilância epidemiológica, vacinas, etc), a sobrecarga com o número de famílias, e a dificuldade de conseguir a permanência dos médicos no município, pois, segundo a mesma, muitos deles

chegavam ao município recém-formados e após um ou dois anos partiam para fazer residência.

Sintetizando, como pontos favoráveis ao desenvolvimento da integralidade de atenção neste município destacam-se: a ampliação da oferta de serviços, os mecanismos de regulação do acesso à atenção especializada, as iniciativas de articulação entre profissionais de saúde do PSF e da atenção especializada e as iniciativas de articulação intersetoriais.

3.2 A Integralidade da atenção nas equipes de saúde da família

As equipes investigadas se situavam em unidades localizadas em zona urbana, com número de famílias acompanhadas acima do preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), onde a equipe A acompanhava cerca de 1.900 famílias e a equipe C, 1.600 famílias.

A avaliação da integralidade da atenção nas equipes estudadas revelou um estágio avançado de implementação na equipe A (79,5%) e estágio intermediário na equipe C (62,5%). A equipe A, indicada como a equipe de melhor desempenho pela coordenação do PSF, foi de fato a que apresentou melhores resultados em termos de pontuação global (Quadro 6).

Em relação às dimensões analisadas, ambas as equipes obtiveram grau de implantação avançado para longitudinalidade, coordenação da atenção e oferta de ações, e grau intermediário para acolhimento e continuidade de atenção. Vale destacar, entretanto, que as pontuações obtidas pela equipe A foram superiores à equipe C em quatro das cinco dimensões analisadas (Diagrama 1, Quadro 6)

A dimensão continuidade da atenção não revelou diferenças entre as equipes investigadas que obtiveram a mesma pontuação, com grau de implantação intermediário (55%), a despeito das diferenças na pontuação dos critérios ao interior desta dimensão (Quadro 6).

➤ **Acolhimento**

Na dimensão *acolhimento*, ambas as equipes alcançaram grau de implantação intermediário (65,5% e 42,5%, respectivamente para as equipes A e C) (Quadro 6). Entretanto, enquanto a equipe A obteve grau de implantação avançado para três critérios (modo de atendimento médico, modo de atendimento na recepção/triagem e marcação de consultas), a equipe C obteve grau de implantação avançado apenas para o critério modo de atendimento médico (Diagrama 2). Vale destacar que no critério tipo resposta da equipe às demandas dos paciente, a equipe C obteve grau de implantação incipiente.

O *atendimento médico* em ambas as equipes foi considerado muito bom pelos usuários dos serviços e/ou familiares, que se referiram aos médicos como profissionais atenciosos e interessados em auxiliá-los.

Na equipe A os usuários/familiares referiram que o *modo de atendimento na recepção e/ou triagem* variava de pessoa a pessoa, do estado em que se encontravam, da sua vontade, etc, evidenciando instabilidade no modo de atender e indiferença por parte dos profissionais.

Ah.. atender bem às vezes atende, tem horas que as meninas, não sei porque, as meninas que fazem a triagem estão nervosas, se tá nervosa não atende bem, não sabe dar uma informação legal (...) elas fazem do jeito que querem.. (Entrev. Paciente L.).

Já na equipe C, além dos aspectos de impessoalidade e indiferença, ocorreram relatos de atendimentos ruins e indelicados:

Olhe, pra mim eu não acho nada bom, porque eu já fui lá 3 vezes, fui lá para medir a pressão, a moça invocada chegou e falou comigo que eu tinha que esperar (...) é como eu estou falando pra você, eu notei que eles me atendem com má vontade” (Entrev. Paciente G.B.).

A *postura* ou *atitude* de respeito, atenção e escuta interessada por parte dos profissionais de saúde aos usuários dos serviços, tem sido considerada como uma das dimensões do acolhimento por diversos autores (MERHY, 1997; FRANCO et al, 1999; MATUMOTO et al 2002a; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2005).

No estudo de Matumoto et al (2002a, 2009) sobre a comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde, foram encontrados também diferentes modos de atendimento na recepção aos usuários por parte dos trabalhadores de saúde (auxiliares de enfermagem, auxiliar de farmácia, vigia e médicos), variando de formas mais compreensivas e receptivas a outras completamente indiferentes.

A diversidade de modos de atendimento evidencia a natureza intrinsecamente relacional, característica do momento de encontro entre usuários e profissionais de saúde, descrito por Merhy (1997) como *um espaço intercessor onde se processa a micropolítica do trabalho vivo em saúde*, e depende das trajetórias e características de ambos os agentes que interagem (profissional de saúde e usuário), bem como das circunstâncias da interação.

A expectativa por um atendimento atencioso, acolhedor, respeitoso, é freqüentemente manifesta no discurso dos usuários, tal como evidenciado no estudo de Uchimura (2010). Este aspecto adquire tamanha relevância que, muitas vezes, a cordialidade expressa através de relações interpessoais atenciosas e afetivas é o principal ponto a definir a satisfação do usuário com o serviço de saúde (GAIOSO, 2007). Por outro lado, a disponibilidade do trabalhador para o atendimento passa não só pela situação da

gestão e condições de trabalho da unidade de saúde na qual está inserido, como também por questões pessoais, a exemplo dos seus desejos, afetos, projetos, formação ideológica, técnica e ética (MATUMOTO et al, 2009). Há também que se considerar a assimetria das relações técnicas e sociais entre os profissionais e usuários no âmbito dos serviços de saúde, onde o usuário se encontra em situação de fragilidade em função do seu problema de saúde e, em muitos casos, da sua posição social, expressa pelo baixo acúmulo de capital cultural e econômico.

Foram observadas quatro modalidades diferentes de *marcação de consultas* na equipe A, variando daquela considerada mais restritiva (marcação em apenas um dia do mês) até a considerada mais avançada (marcação permanente, realizada em qualquer dia/horário). Assim, para a demanda espontânea a marcação de consultas era realizada diariamente através da triagem, pela manhã e pela tarde, em horário determinado. Havia também o agendamento de consultas através dos grupos de hipertensos, diabéticos, etc (oferta organizada). Para o preventivo a marcação ocorria em apenas um dia do mês até o preenchimento do número de vagas. A marcação para as gestantes podia ser realizada em qualquer dia e horário. Essa variabilidade pode decorrer da inexistência de uma concepção definida sobre acolhimento.

A Equipe C apresentou a modalidade de marcação de consultas realizada diariamente em determinado horário. Foi mencionada, também, a possibilidade de agendamento realizado pelo ACS, que apesar de ter sido colocada como exceção, configura uma situação restritiva dado que impede a realização da triagem por equipe técnica qualificada além de favorecer as relações de clientelismo entre a comunidade e os agentes de saúde.

O acolhimento pensado na lógica da reorganização do processo de trabalho ao interior das unidades de saúde pressupõe que os serviços estejam organizados para atender a demanda, viabilizando a entrada de cada usuário na rede e facilitando o atendimento. O agendamento, por sua vez, pode ser entendido como um recurso operacional utilizado para ordenamento das demandas apresentadas pela população (PINHEIRO, 2001). Assim, na perspectiva do acolhimento, o agendamento (aqui denominado de marcação de consultas) deveria ser organizado de modo a facilitar o acesso dos usuários ao serviço, em vez de funcionar como mecanismo de repressão da demanda, como o que foi verificado no presente caso estudado, nas situações consideradas como restritivas.

O escore global do critério *tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes* apresentou diferença importante entre as equipes A (50,0%) e C (13,5%) (Quadro 6). Na equipe A, onde este critério foi classificado como em estágio intermediário (50,0%), observou-se uma grande variabilidade na pontuação em função dos diferentes pacientes entrevistados, havendo relato de situação em que não houve resposta à demanda do paciente, situação em que a resposta limitou-se à oferta de serviços/ações disponíveis na Unidade, e situação em que foram mobilizados recursos outros para a resolução do problema. Pôde-se perceber que o tipo de demanda trazida pelo paciente, define, de certo modo, a resposta dada pela equipe. Assim, pacientes que apresentam solicitações que requerem mobilização de recursos que estão disponíveis no momento do atendimento tendem a obter respostas mais satisfatórias como no caso da paciente M.M.:

Aí minha filha nós tiramos o eletro, eu trouxe pra Dra. A, deu o enfarte. Dra. A passou pra outro médico lá no Centro Especializado, Dr. I., cardiologista, e até hoje ele me acompanha (Entrev. Paciente M.M).

Nesse caso, destaca-se o fato de que as equipes do PSF deste município dispõem de cotas mensais para exames e consultas em determinadas especialidades. A possibilidade de fazer uso deste tipo de recurso e a disponibilidade do mesmo no momento adequado (já que em outro momento a cota poderia já ter sido preenchida) viabilizou resposta resolutiva à paciente conforme a sua necessidade.

Outro tipo de situação refere-se àqueles usuários que comparecem à unidade no momento em que os recursos não estão disponíveis (por exemplo, quando o médico está fora da unidade e o enfermeiro está ocupado, desenvolvendo outra atividade) ou quando apresentam demandas mais complexas, a exemplo do ocorrido com a paciente V.I:

No dia em que mãe passou mal eu fui buscar Dra .A, cheguei lá Dra. A não estava, acho que tava em visita domiciliar, aí quem foi lá foi a enfermeira da outra equipe, aí a enfermeira veio em casa e quando chegou mediu a pressão dela, a pressão não tava muito alta né, mas ela disse que eu procurasse logo pra levar ela pro hospital (...) liguei a tarde inteira, quando foram chegar já era cinco e meia da tarde, demorou muito pra vim, eu ligava, dizia que não tinha carro, aí eu me desesperei e não tinha condição de botar ela no carro particular de jeito nenhum porque ela não sentava, aí foi que eu liguei pro Hospital X e chamei o rapaz da prefeitura que faz internamento pela prefeitura e ele chamou o resgate pra mim, aí foi que veio, isso já era o quê, umas cinco da tarde, aí levou ela pro hospital” (Filha da Paciente V.I.).

Na situação relatada a enfermeira não auxiliou o paciente a providenciar o deslocamento, a despeito de considerá-lo importante, não tendo havido esforço de mobilização para a resolução do problema trazido pela filha da paciente que teve que

buscar por si mesma outra alternativa para assegurar o atendimento apropriado para a sua mãe.

Na equipe C, o critério *tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes* foi classificado como em estágio incipiente (13,7%) (Quadro 6). Os relatos dos pacientes revelaram, além de obstáculos geográficos, indisponibilidade dos profissionais para o fornecimento de informações demandadas e para a resolução dos problemas trazidos, tendo como conseqüência sofrimento evitável devido a espera desnecessária, por tempo excessivo; encaminhamentos não resolutivos e sobretudo perda de oportunidades de diagnóstico e tratamento oportuno, dado que o paciente teve que retornar três vezes para fazer um exame de sangue:

Essa semana mesmo ela saiu daqui cedo, ontem, chegou lá disseram que não iam atender, que era pra sexta feira, disse que o médico só ia atender aquela quantidade. Então, sai uma pessoa de idade, 6 horas da manhã, chovendo, pra pegar um ônibus ou então vai até a pé, porque tem que ir cedo, então sai daqui vai pro um Posto, fica lá a manhã toda, pra já perto de meio dia dizer que não vai mais atender, só no outro dia. (Filha da Paciente M.R).

É, não informa a gente nada, e não pode, encerra, fim de papo, e a gente pode cair fora mesmo que não tem mais bobo porque certa posição que eles trabalham eles acham que são donos do mundo, olhe, teve uma vez que Dra. C. passou uns exames de sangue pra mim, eu fui lá fazer o exame de sangue, eu fui no dia que marcaram pra mim, eu fiquei na fila, quando foi na base de 8 horas deu minha vez e a moça falou que já tinha acabado o horário que não ia fazer mais não, eu falei 'mais eu to aqui desde 6 horas'. Marcou pro outro dia, cheguei lá no outro dia ela falou a máquina quebrou eu fui embora de novo, e quando na terceira vez, eu cheguei lá, aí ela falou que não podia atender não (...) aí tinha outra moça lá baixinha aí falou pra mim: - 'espera um pouco', eu esperei, aí fui fazer meu exame de sangue" (Entrev. Paciente GB.).

No segundo relato, observa-se que o paciente retornou à unidade diversas vezes para conseguir ser atendido, o que só aconteceu na terceira ida à unidade devido à boa vontade de uma funcionária que demonstrou empenho para a resolução do seu problema (no caso, a realização de um exame). Ou seja, a resolução da demanda do paciente, ou melhor de um encaminhamento feito por médica da própria equipe não foi fruto de uma organização do atendimento e sim da “boa vontade” de uma das profissionais da equipe.

Em síntese, a análise deste critério evidenciou que o paciente terá seu problema “resolvido” na medida em que este problema se adeque às circunstâncias de oferta de serviço da unidade, ou seja, em certas situações, é o tipo de problema apresentado que define o grau de mobilização necessária. Outro aspecto que pode influenciar no tipo de resposta dada diz respeito à disposição do agente que atende naquele momento específico em oferecer o tipo de serviço adequado à resolução do problema do paciente.

A partir desses elementos, pode-se inferir que não há uma proposta de acolhimento institucionalizada e que assegure a todos os pacientes, independentemente do tipo de demanda trazida ou de quem faz o atendimento, a mobilização de recursos para resolução do problema, ainda que isto signifique um encaminhamento para outro serviço.

➤ **Longitudinalidade da atenção**

A dimensão *longitudinalidade da atenção* alcançou, na equipe A, o grau de implantação avançado (100%) para todos os critérios (*tempo do médico na mesma Unidade de Saúde da Família, conhecimento do médico sobre o paciente e confiança do paciente no médico*) (Quadro 6). Na equipe C verificou-se o grau de implantação avançado para os critérios *tempo do médico na mesma Unidade de Saúde da Família e confiança do paciente no médico* e grau de implantação intermediário o critério *conhecimento do médico sobre o paciente*.

Com relação ao *tempo do profissional na mesma Unidade de Saúde da Família*, em ambas as equipes os médicos estavam há três anos ou mais trabalhando nas Unidades. Embora a permanência na mesma Unidade possa favorecer o estabelecimento de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes (STARFIELD, 2002) este fato não parece ser determinante do conhecimento que os profissionais têm sobre seus pacientes, o que pode ser evidenciado a partir de distintas situações encontradas nas equipes A e C.

Na equipe A, o médico, que trabalhava na Unidade há 3 anos, foi capaz de nomear pacientes relatando em detalhes a situação dos mesmos quanto ao diagnóstico, terapêutica e possíveis aspectos da vida sócio-econômica e familiar que estariam interferindo no restabelecimento dos mesmos. Nesta equipe, observou-se a sensibilidade do médico na captação de informações sutis que ajudam a esclarecer a natureza do problema do paciente e a possibilidade de um diagnóstico mais preciso em decorrência do conhecimento acumulado sobre o paciente, o que tem sido relatado na literatura como possível efeito benéfico da longitudinalidade (STARFIELD, 2002). Achados semelhantes foram descritos no estudo de Medina e Hartz (2009) onde, por exemplo, um profissional médico referiu conhecer mais a comunidade adscrita à equipe de saúde da família na qual trabalhava do que o próprio bairro onde residia.

Já na equipe C, o médico, apesar de estar presente na mesma unidade há 3 anos e meio, demonstrou ter conhecimento sobre alguns aspectos gerais das condições de vida da

comunidade (procedência, ausência de saneamento básico, etc) e pouco conhecimento sobre aspectos particulares das condições de vida das pessoas que assistia, exemplificando abordagem centrada apenas na investigação de antecedentes patológicos e doenças associadas para fins de diagnóstico e terapêutica.

O critério *confiança do paciente no médico*, também considerado como indicador da longitudinalidade da atenção, foi analisado nas equipes investigadas, partindo-se do pressuposto de que ao longo do tempo, os pacientes acompanhados pelo mesmo profissional possam desenvolver um senso de confiança, sentindo-se mais confortáveis para relatar informações relevantes e responder melhor às suas recomendações (STARFIELD, 2002). Os pacientes da equipe A expressaram confiança nas orientações recebidas e adesão ao tratamento indicado pela médica, conforme exemplificado a seguir:

Eu confio muito nela, Dra. A falava bem assim: é pra tomar mijo Senhor L., e Senhor L. tomava mijo (Entrev. Paciente L e sua filha H.).

Na equipe C houve relatos de pacientes que acreditavam nas orientações médicas e relatos em que os pacientes expressaram total descrença no diagnóstico e orientações recebidas, tal como as situações exemplificadas a seguir:

Ela orientou não comer salgado, não comer gordo, comer frango e carne branca e ter repouso, eu fazia tudo isso que ela orientava, eu comia sempre variado, eu comia feijão comia o arroz, não comia comida pesada, o feijão era com pouco sal (Entrev. Paciente E.M.).

Esses dias eu tava com uma dor nas pernas que não agüentava andar, eu vinha da barraca pra cá, sentava 3 vezes na estrada pra chegar aqui em casa, tinha hora que as meninas [as filhas] iam até me encontrar de dor no estômago e nas pernas, e eu não sei o que era, Dr.C falou que era varize, eu não tenho varize, varize eu sei que não era não, porque ela disse que era varizes mas não era não..” (Entrev. Paciente A.A).

O critério que mais evidenciou as diferenças entre as equipes foi o *conhecimento do médico sobre os pacientes*. Vale ressaltar que as duas equipes mencionaram a sobrecarga de trabalho com o número excessivo de famílias como principal causa dos problemas enfrentados no âmbito das unidades.

➤ **Coordenação da atenção**

Considerando o escore global, a coordenação da atenção foi considerada avançada na equipe A (85%) e intermediária na equipe C (66%) (Quadro 6, Diagrama 1). Quando examinados os critérios, a equipe A obteve grau de implantação avançado em todos eles, sendo que os critérios que apresentaram maior diferença entre as equipes foram: a *divisão do trabalho em equipe* (80% na equipe A e 50% na equipe C) e a *utilização pelo*

enfermeiro de informações registradas no prontuário por outros profissionais (100% e 50%, respectivamente).

No que diz respeito a *utilização de mecanismos para troca de informações*, a reunião de equipe apareceu como único mecanismo regular para troca de informações na equipe A, funcionando como espaço para resolução de questões administrativas, de planejamento de atividades e também para compartilhamento de questões pessoais, não estando voltado especificamente para a discussão de assuntos relativos aos pacientes. No entanto, foi mencionada a troca de informações a partir de contatos estabelecidos entre os profissionais caracterizados pelo passar “de sala em sala” e pela existência de uma porta de ligação entre os consultórios médico e de enfermagem que, apesar de não ser um modelo de estrutura adotado em todas as Unidades de Saúde da Família, facilitava a comunicação entre os profissionais da equipe.

A equipe C relatou reunião semanal como um mecanismo regular que facilitou a troca de informações e a inclusão do prontuário de saúde bucal no prontuário família. Vale ressaltar que, também nesta equipe, as reuniões regulares não funcionam especificamente para a discussão sobre assuntos relativos aos pacientes mas para a resolução de questões administrativas, de planejamento de atividades e compartilhamento de questões pessoais.

Em nenhuma das equipes foram relatados mecanismos mais avançados para troca de informações a exemplo de sessões científicas regulares para discussão de casos clínicos. A “discussão de casos pela equipe multidisciplinar e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência” tem sido proposta como critério para análise da integralidade da atenção também por outros autores (GIOVANELLA et al, 2002).

No estudo de Silva (2006) sobre a construção de práticas de integralidade numa unidade do PSF, as reuniões de equipe foram destacadas como um dos espaços que possibilitaram aos profissionais o conhecimento do trabalho uns dos outros, como também o trabalho das outras equipes, bem como a discussão dos problemas vivenciados no cotidiano da UBS e a busca de soluções compartilhadas.

Vale ressaltar que, as reuniões de equipe, em muitos casos, configuram-se como a única possibilidade de encontro no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, que necessitam, nesse momento, compartilhar e resolver problemas inúmeros e de diversas ordens. Nesse contexto, a troca de informações relevantes sobre os pacientes não está,

necessariamente, assegurada, o que justificaria o estabelecimento de mecanismos sistemáticos e específicos para este fim.

Quanto ao critério *utilização pelo médico de informações registradas no prontuário por outros profissionais* os médicos das duas equipes referiram utilizar regularmente estas informações como pode ser visto nos relatos a seguir:

Assim que recebo o prontuário do paciente leio os atendimentos médicos anteriores, os resultados de exames, e os atendimentos de enfermagem, buscando antecedentes familiares e pessoais, e em caso de sexo feminino os resultados de preventivo ginecológico (Entrev. Méd. A).

regularmente lia informações da enfermagem sobre o pré-natal, planejamento familiar (queixas, intercorrências, assiduidade), avaliações de crianças com menos de 5 anos (baixo peso, diarreia ou IVAS de repetição). Certa vez, o comentário da odontóloga acerca de uma paciente com monilíase oral, foi determinante para que eu solicitasse o Anti-HIV, fechando o diagnóstico (Entrev. Méd. C).

Quanto ao critério *utilização pelo enfermeiro de informações registradas no prontuário por outros profissionais*, na equipe A o enfermeiro referiu utilizar regularmente as informações, enquanto que o enfermeiro da equipe C referiu utilizá-las eventualmente.

Leio regularmente as consultas anteriores escritas por outros profissionais da equipe antes de atender um paciente. Dá mais subsídio ao profissional que está atendendo o paciente naquele momento. Gosto de atender o paciente de forma holística. Observo o todo. Às vezes, lógico, não dá tempo de atender assim, mas considero super importante avaliar o paciente como um todo e não só com o programa que o levou a Unidade de Saúde naquele momento. Utilizo muito isso nas consultas de pré-natal, é inevitável; resultado de preventivo, onde observo a questão da periodicidade do mesmo, exames realizados, outros motivos que a levaram a Unidade de Saúde, acompanhamento a criança (CD) e busca ativa de preventivos alterados, para acompanhar o seguimento da paciente (Entrev. Enf. A).

Eventualmente. Quando atendo gestante leio sobre gestação anterior no prontuário (Entrev. Enf. C).

A função de coordenação depende do desenvolvimento de melhores meios de transferência de informações e manejo do paciente (STARFIELD, 2002). A literatura sobre a coordenação da atenção apresenta uma variedade de mecanismos desenvolvidos no intuito de aprimorar a coordenação entre diferentes níveis de assistência, a exemplo do prontuário eletrônico ou informatizado, o manejo colaborativo entre profissionais da atenção primária em saúde e da atenção especializada e os protocolos clínicos, dentre outros (STARFIELD, 2002; ALMEIDA et al, 2010). Alguns destes mecanismos, se utilizados considerando as especificidades dos serviços de saúde da atenção primária,

poderiam facilitar a troca de informações entre os profissionais da própria equipe de saúde da família, e como consequência, uma abordagem mais integral aos usuários dos serviços.

Por outro lado, os contatos estabelecidos entre os profissionais da equipe A, caracterizados pelo “passar de sala em sala”, remetem a uma reflexão sobre a importância também dos mecanismos informais de troca de informação entre os profissionais das equipes de saúde, muitas vezes efetivos, embora de difícil aferição, tal como evidenciado no estudo de Medina e Hartz (2009). Esses mecanismos assemelham-se àqueles descritos no estudo de Silva e Trad (2005) sobre a articulação do trabalho em equipe no PSF, no qual foi observado que as trocas de informação entre os profissionais de nível superior se deram, na maioria das vezes, durante o próprio atendimento.

A pontuação para a *divisão do trabalho em equipe* expressou diferenças importantes entre as equipes A e C (Diagrama 3 e 4). Na equipe A foi mencionada a flexibilidade⁹ na divisão do trabalho relacionado às atividades de educação em saúde: a condução do grupo de hipertensão fica sob responsabilidade da médica, mas na sua ausência é assumido pelos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem. Os ACS e auxiliares participam do planejamento das reuniões semanais da equipe no que diz respeito à organização da pauta e condução de dinâmicas de grupo. Ainda que flexível, a divisão do trabalho estava mais voltada para as atividades de educação em saúde.

A equipe C referiu flexibilidade na divisão do trabalho como uma possibilidade, mas não como algo que ocorre de fato. Apenas a sala de espera foi citada como atividade a ser desenvolvida por mais de um profissional da equipe.

Num debate sobre o desafio do trabalho em equipe, Almeida e Mishima (2001) afirmam que é necessário flexibilidade nos limites das competências profissionais para proporcionar uma atenção integral, dado que o núcleo de competência¹⁰ de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde. No entanto, é preciso levar em conta a dificuldade de se estabelecer uma divisão flexível do trabalho em saúde, pois muitas vezes a tentativa de superação desses limites esbarra em conflitos relacionados à disputa de poder que se expressa entre as diferentes categoriais profissionais.

⁹ Por flexibilidade na divisão do trabalho entende-se que os profissionais possam assumir atividades de outros membros da equipe em função de necessidades colocadas pela prática, respeitando os limites das especificidades profissionais.

¹⁰ Núcleo de competência entendido como o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão (CAMPOS, 1997).

A comunicação e a flexibilidade da divisão do trabalho são descritos como aspectos favorecedores ao desenvolvimento de ações mais articuladas (PEDUZZI, 2001). Refletem o grau de amadurecimento do trabalho nas equipes de saúde, que podem desenvolver ações justapostas e desarticuladas ou buscar a integração entre os seus membros favorecendo a articulação das ações e a interação entre os agentes. Sendo assim, pode-se afirmar que quanto maior for a articulação das ações e a interação entre os agentes de uma equipe, maior a possibilidade de ações coordenadas no âmbito da unidade básica, favorecendo, desse modo, uma atenção integral.

➤ **Oferta de ações**

A dimensão oferta de ações obteve grau de implantação avançado nas equipes A (92%) e C (75%) obtendo pontuação elevada em função da realização de ações curativas e preventivas (Quadro 6, Diagrama 3 e 4).

No que se refere à oferta de *ações curativas* nas duas equipes as consultas médicas e de enfermagem são realizadas a partir de uma programação (oferta organizada), onde as médicas ficam responsáveis pelo programa de hipertensão e as enfermeiras assumem os programas de planejamento familiar, pré-natal e crescimento e desenvolvimento.

Em ambas as equipes a maior dificuldade relatada quanto ao atendimento em consultas médica e de enfermagem foi o elevado número de famílias, ocasionando uma sobrecarga de demanda. A equipe A tinha mais de 1.900 famílias e a equipe C tinha 1.600, quando o preconizado pelo Ministério da Saúde é o acompanhamento de até 4.000 pessoas, o que corresponderia, aproximadamente, a 1.000 famílias por equipe (BRASIL, 2006b).

O estudo de Uchimura (2010) sobre a integralidade e humanização na estratégia Saúde da Família, evidenciou queixas similares por parte dos profissionais de saúde, relativas ao número elevado de consultas por profissional em função da demanda, trazendo como consequência a realização de atendimentos demasiadamente rápidos para uma prática compatível com o que se pretende para a integralidade. Como afirma esta autora

trata-se de tarefa impraticável realizar uma anamnese que possibilite ao profissional a descrição da história clínica orientada para problemas, efetuar o diagnóstico clínico e social, e propor, numa perspectiva dialógica, a conduta a ser adotada para o caso específico, tudo num ínfimo período de quinze minutos (UCHIMURA, 2010, p.53).

Os resultados do estudo de Pinheiro (2001) apontaram também para o excessivo número de famílias por equipe de PSF como aspecto comprometedor para a qualidade do atendimento. No estudo de Horta et al (2009), o atendimento à excessiva demanda espontânea foi referido como fator limitante para o desenvolvimento de práticas de prevenção de agravos e de promoção da saúde.

Na equipe A, as *ações de prevenção* eram realizadas no âmbito individual, e também no coletivo, a exemplo de atividades de educação em saúde voltadas para grupos de risco (pacientes hipertensos). No grupo de hipertensos eram abordados diversos assuntos, sendo que a maioria dos temas desenvolvidos enfocavam doenças (tuberculose, AVC, parasitose, diabetes, hanseníase, etc), não havendo temas relacionados especificamente à promoção da saúde. As orientações preventivas no âmbito dos grupos enfocavam além das ações relativas ao controle da hipertensão arterial, a prevenção do câncer, a saúde bucal, a orientação alimentar (dieta), o estímulo ao desenvolvimento de atividades físicas, etc.

Assim como na equipe A, a equipe C realizava ações de prevenção no âmbito individual e coletivo priorizando atividades de educação em saúde voltadas para grupos de risco (pacientes hipertensos) e sala de espera. No grupo de mulheres eram abordados temas como doenças sexualmente transmissíveis (DST), planejamento familiar, câncer de mama, de colo do útero, cuidado com alimentação, parasitose e cuidados mínimos de higiene.

Nas duas equipes as médicas e enfermeiras se dividiam na condução dos grupos alegando falta de tempo para participar de todos. Predominavam orientações preventivas e medicamentosas.

No âmbito das *ações de promoção da saúde* foram encontradas diferenças importantes entre as duas equipes (Diagrama 3 e 4). Na equipe C, as orientações promocionais relatadas eram restritas a palestras nos grupos sobre temas relacionados à incorporação de hábitos saudáveis, a exemplo do cuidado com a alimentação e higiene:

... a gente tem grupo de mulheres em que a gente aborda a questão de DST, planejamento familiar, câncer de mama, de colo do útero e a gente está tentando colocar também nesse grupo de mulheres o cuidado com alimentação, cuidados mínimos de higiene (Enrev. Méd. C).

Na equipe A, além das palestras nos grupos sobre temas relacionados à incorporação de hábitos saudáveis (exercícios, caminhadas, reeducação alimentar) houve

relato de ação relacionada ao estímulo ao exercício da cidadania (direito dos idosos) demonstrando consciência da importância desse tipo de temática não só para o paciente que estava no grupo, mas como um agente multiplicador, conforme relato a seguir:

... nos grupos, a gente começou a diversificar os temas né? falamos sobre o direito dos idosos, câncer de mama, sempre orientamos pra repassarem essas informações, porque de repente tem um filho, uma neta, um sobrinho, que tenha aquele problema, e ele vai ter noção de alguma coisa pra tá orientando o familiar.” (Entrev. ACS 11) .

...a gente faz sempre uma palestra sobre qualquer tema, como tuberculose, parasitose, exercícios, caminhadas, e a gente tá sempre alertando sobre dieta, reeducação alimentar, assim bem variável pra não ficar todo dia falando sobre hipertensão todo mundo já sabe tudo sobre hipertensão” (Entrev. Méd. A).

Outro relato relacionado com a promoção da saúde diz respeito à realização de atividade promotora da saúde no grupo de hipertensos – o “Miss Saúde”. O Miss Saúde consistia num evento promovido no grupo de hipertensos que premiava mensalmente os pacientes que seguiam regularmente as orientações recebidas. Apesar de ser realizada num grupo de risco, esta atividade configurava-se como uma estratégia para o desenvolvimento da auto-estima, motivação e envolvendo seus familiares:

..eu até participei do Miss Saúde, eu participei lá até de incentivo, fui entrevistado na televisão por causa disso, quem organizava era Dra.A, era ela e as Agentes e alguns convidados que ela convidava, era uma vez no mês.” (Entrev. Paciente L).

“..o que pai vai fazer lá? é pra cantar, pra se divertir, é isso..” (Entrevista com H. filha do paciente L.).

Apesar de alguns avanços observados, em ambas as equipes, as ações de promoção da saúde estavam restritas à educação para a saúde no âmbito individual ou em grupo, não tendo sido encontradas evidências de atividades que envolvessem articulação intersetorial.

A implementação de ações de promoção à saúde, na atenção básica, constitui-se num dos objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde, que apresenta como uma de suas diretrizes “estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde” (BRASIL, 2006c, p.19). O desenvolvimento de ações de promoção da saúde está previsto também em diversos documentos que normatizam o Programa Saúde da Família, constituindo-se em atribuição comum a todos os profissionais das equipes (BRASIL, 2006b).

Alguns estudos têm apontado para a incipiência do desenvolvimento de ações de promoção da saúde nas equipes do PSF, caracterizadas por práticas pontuais, esporádicas e desprovidas de um planejamento sistemático (SILVA; RODRIGUES, 2010), restritas a

atividades de educação em saúde, e poucas vezes relacionada a questões de cidadania e ao auto-cuidado em busca da qualidade de vida (HORTA et al, 2009).

Há também investigações que concluíram que, apesar das dificuldades enfrentadas, a realização de práticas intersetoriais é possível, sobretudo quando amparadas pela gestão local (MORETTI et al, 2010). Estes autores desenvolveram um estudo que teve como objetivo identificar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde desenvolvidas por equipes de saúde bucal de 94 Unidades de Saúde da Família de Curitiba. Nesse estudo, foram identificadas ações intersetoriais, a exemplo de educação para o aproveitamento dos alimentos (hábitos alimentares), arborização da beira do rio e reciclagem de lixo (cuidados com o meio ambiente) e outras atividades de educação do cidadão para viver em sociedade e promover a sua autonomia. Dentre as dificuldades mencionadas, foram destacadas: a difícil conciliação dos tempos institucionais dos setores envolvidos, o grau de comprometimento e envolvimento setorial e a sustentabilidade das ações, dentre outros. Vale destacar que, essas iniciativas requerem tempo não disponível pelas equipes diante da elevada demanda assistencial.

➤ **Continuidade da atenção**

s equipes analisadas obtiveram a mesma pontuação para a dimensão continuidade da atenção (55%) e para cada um dos critérios (Quadro 6). Os profissionais das duas equipes referiram utilizar regularmente *mecanismos de referência para transferência de informações* sobre os pacientes, através do formulário de referência.

No que se refere a *contra referência ambulatorial* observou-se que o retorno de informações ocorria eventualmente variando de acordo com a conduta de cada médico:

Mas é como eu falei, ainda é grande a resistência, a gente tem que fazer um trabalho de conscientização, as equipes até mandam, mas o retorno, principalmente de profissionais médicos, é meio complicado (...) alguns que a gente manda a gente recebe um retorno, principalmente o pré natal de alto risco a gente ainda recebe, os profissionais são mais sensibilizados, mas no geral a gente não recebe, os profissionais não são acostumados a trabalhar com a contra-referência.” (Entrev. Enf. A).

...a gente encaminha pro cardiologista.. e eu nunca recebi uma resposta né? quando a gente encaminha o paciente não vem.” (Entrev. Méd. C).

...assim um exemplo, contra referência às vezes a gente encaminha gestante de alto risco pra Maternidade M. que é referência pra gente, então a depender do profissional ele vai mandar essa ficha de contra referência preenchida e outro não, manda em branco, a gente pergunta a paciente: ‘ele falou o quê? Ah.. não falou nada não e também não escreve nada na ficha...” (Entrev. Enf. C).

Também no que diz respeito a *contra-referência hospitalar* não foi evidenciado o retorno regular de informações:

Você sabe o que foi feito com ele no hospital X. ? R- Não, sei que no mês de janeiro ele ficou lá na UTI, ficou 5 a 8 dias na UTI; Quem lhe deu essa informação? R- Soube pela família; O hospital mandou um relatório?. Não, não, nada, nada, raríssimo acontece isso de contra-referência. Por que você acha que eles não mandam, você tem alguma idéia? R- (risos) eu acho que é a preguiça, porque eles fazem rápido já passam pro outro no hospital, passa pro plantão, e às vezes quem internou não dá alta” (Entrev. Méd. A).

Os relatos dos profissionais das equipes foram corroborados através da análise de prontuários. Em consulta a prontuários hospitalares, foi possível encontrar anexados aos mesmos os formulários de referência preenchidos pelos médicos das equipes de Saúde da Família, evidenciando que não houve retorno de informações às unidades de origem dos pacientes. A título de ilustração apresentamos a seguir registros do diário de campo:

Prontuário Hospitalar Paciente D.A: A análise do prontuário hospitalar evidenciou que junto à ficha para atendimento ambulatorial de urgência encontra-se anexada a ficha de referência da Unidade PSF (relatório de origem). O outro lado desta ficha correspondente a contra-referência encontra-se em branco. O hospital anexou esta ficha ao prontuário e não deu retorno a unidade de referência do PSF.

Prontuário Hospitalar Paciente L.J.: A análise do prontuário hospitalar evidenciou que além dos dados de identificação, laudo para emissão de AIH e Ficha de evolução médica e de enfermagem, foi encontrado o relatório da unidade de origem (referência - PSF) com informações sobre suspeita diagnóstica, conduta adotada, e motivo do encaminhamento para o hospital, no entanto, a ficha de contra-referência (que deveria ter sido encaminhada à unidade do PSF) encontra-se em branco e anexada ao prontuário hospitalar.

Prontuário Hospitalar Paciente SN. A análise do prontuário hospitalar evidenciou que a guia de referência da Unidade PSF foi anexada ao prontuário hospitalar. A unidade do PSF não recebeu nenhuma informação por vias formais acerca do óbito do paciente, e sim por familiares.

A dimensão *continuidade da atenção* não revelou diferenças entre as equipes. Em ambas, o uso do formulário de referência foi incorporado como rotina, sendo utilizado regularmente e valorizado pelos profissionais de saúde. Já a contra-referência, ocorreu eventualmente, variando de acordo com a conduta de cada especialista, havendo também diferenças de conduta de acordo com as especialidades médicas, conforme evidenciado nos dois primeiros relatos sobre a contra-referência ambulatorial.

No que se refere a contra-referência hospitalar a situação era mais crítica ainda e pode ser considerada como um exemplo emblemático da contraposição entre os modelos assistenciais presentes no sistema de saúde brasileiro, que tem nas unidades básicas de saúde (atenção primária) e no ambiente hospitalar, o seu principal *locus* de expressão. Assim, ao dar entrada no hospital, o usuário dos serviços do sistema de saúde, agora

transformado em paciente, passa a “pertencer” a este ambiente institucional tendo o seu formulário de referência “preso” ao prontuário hospitalar. A partir desse momento, apropria-se de sua história pregressa e as intervenções e resoluções ou desfecho dos problemas de saúde apresentados, iniciam-se e finalizam-se nesse ambiente, que parece não ser compreendido internamente como um dos elos de uma rede institucional de serviços de saúde.

Diversos estudos têm discutido a ineficiência do sistema de referência e contra-referência como obstáculo à integralidade da atenção em saúde. Na investigação de Pinheiro (2001) foram relatadas dificuldades relativas à difícil disponibilização de determinadas especialidades médicas, geralmente as de grande densidade tecnológica¹¹, e a falta de conhecimento ou compromisso do profissional médico (especialista) quanto a sua importância para o funcionamento do sistema na sua totalidade. O estudo de Serra e Rodrigues (2010), que avaliou especificamente a referência e contra-referência no PSF em região metropolitana do Rio de Janeiro, identificou como principais problemas a limitada oferta de consultas e exames especializados¹², a inexistência ou precariedade da contra-referência¹³, dentre outros.

No caso do município estudado, observou-se que as condições de possibilidade oferecidas pela gestão local favoreceram a organização e funcionamento do sistema de referência e contra-referência, através de iniciativas de articulação intra e intersetoriais, bem como do estabelecimento de cotas mensais para consultas e exames de acordo com análise do perfil epidemiológico das populações adscritas e a estruturação de uma Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados. Naquele contexto, adquiriu relevância o papel dos agentes das práticas, no caso, os médicos da atenção especializada, que parece ter sido decisivo para a realização ou não dos encaminhamentos esperados na lógica da contra-referência.

A proposta de reorganização dos processos de trabalho a partir da construção de “Linhas do Cuidado” contemplando a elaboração de projetos terapêuticos individuais, que

¹¹ De acordo com Mendes (1996, p.268) os níveis de atenção são constituídos por diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, seu custo e sua viabilidade, para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes naturezas.

¹² Houve maior dificuldade de acesso a consultas especializadas nas áreas de neurologia, cardiologia, angiologia e oftalmologia. Quanto aos exames especializados foram citados: mamografia, tomografia, ultrassonografia e dosagem hormonal (SERRA; RODRIGUES, 2010).

¹³ A contra-referência nunca ou quase nunca ocorreu nas áreas de PSF pesquisadas, segundo 85,7% dos entrevistados de uma área e 91,7% de outra.

orientem a prestação das ações e serviços necessários, começando pela atenção básica e envolvendo os demais níveis de atenção em saúde, pode ser considerada como um aperfeiçoamento das idéias tradicionais de referência e contra-referência e sinaliza para uma possibilidade concreta de superação do trabalho fragmentado visando a garantia de uma assistência integral.

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2004), faz-se necessário um grande acordo assistencial que garanta, em áreas como a Saúde da Criança, Atenção ao Idoso, Saúde Materna, Atenção às doenças cardiovasculares, dentre outras, a disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas do cuidado, especialmente a ampliação da oferta de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS; fluxos assistenciais centrados no usuário; instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção e a contra-referência para as equipes das unidades básicas; a determinação de que a equipe da UBS é responsável pelo projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado; gestão colegiada entre os diversos atores que controlam os recursos assistenciais, e busca de garantia da intersetorialidade.

Como exemplo de iniciativas nessa direção, em 2004, foi lançado pelo Ministério da Saúde o documento “Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” (BRASIL, 2004), visando orientar gestores estaduais, municipais e profissionais de saúde na reorganização da assistência à população infantil, desde a unidade básica até a atenção especializada (média e alta complexidade), a partir da construção de linhas de cuidado para a atenção integral a saúde da criança. Estudo recente no âmbito do PSF sobre o cumprimento dessa Agenda aponta, entretanto, que ainda persistem dificuldades para a referência e contra-referência, dentre outras (SILVA; VILLAR et al, 2009).

Os resultados obtidos na dimensão continuidade da atenção evidenciaram que a implantação da Integralidade da atenção não depende apenas das condições de possibilidade oferecidas pela gestão municipal, nem pode se concretizar plenamente quando restrita ao âmbito da atenção primária, pressupondo uma estreita articulação entre os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, num esforço de superar as contradições impostas pelos modelos de atenção em disputa presentes, em maior ou menor medida, em todos os níveis de atenção, e de compreender as diferentes posições ocupadas pelos agentes das práticas no espaço desse sistema, bem como suas tomadas de posição frente ao projeto político de construção permanente do Sistema Único de Saúde.

Da mesma forma, a análise do conjunto das dimensões evidenciou que a implantação da Integralidade da atenção depende, em parte, das condições de possibilidade propiciadas pela gestão municipal, mas impõe, também, o exame de algumas características dos agentes das práticas que podem (ou não) estar relacionadas aos graus de implantação da integralidade encontrados nas diferentes equipes de saúde da família investigadas.

3.3 Os agentes das práticas: perfil e concepções de integralidade

A maior parte dos agentes das práticas entrevistados apresentou semelhanças no que se refere a aspectos como sexo, origem social e procedência. Em relação à idade havia diferença de geração entre as médicas. Todas as médicas e enfermeiras eram do *sexo feminino, adultos jovens* com idade entre 28 e 31 anos. Apenas uma entrevistada tinha 50 anos.

No que se refere à *trajetória social*, observou-se que, em ambas as equipes os profissionais de saúde vieram de famílias de classe média cuja posição sócio-econômica paterna ou materna variou entre pequenos comerciantes, bancário, funcionários públicos aposentados, com ressalva para a situação sócio-econômica do pai da médica A, possivelmente mais elevada dada a sua condição de proprietário de terras.

Com relação à *procedência*, nenhum dos entrevistados tinha como cidade natal o município onde se realizou este estudo, sendo a maioria procedente de municípios baianos circunvizinhos. Dentre os motivos que trouxeram esses profissionais ao município, destacam-se: a segurança do vínculo trabalhista, a possibilidade de alcançar estabilidade financeira trabalhando no Programa de Saúde da Família, a organização do município quanto à oferta de serviços de saúde de qualidade (corre na região informações sobre a qualidade da atenção à saúde oferecida pelo município que é referência para diversos serviços e programas, dentre os quais o PSF), e questões de ordem pessoal.

Apenas a enfermeira da equipe C referiu ter parentes próximos atuando na área de saúde, no entanto isso não foi considerado pela mesma como influência para sua opção profissional.

Todos os profissionais moravam em bairros nobres da cidade, havendo pequena diferença de status entre o bairro onde residiam as médicas (moradias de custo um pouco mais elevado) e o bairro onde moravam as enfermeiras.

Sabe-se que as diferenças na posição social podem influir nas oportunidades tais como o acesso a educação (capital cultural) e possibilidade de ascensão profissional, bem como diferenças de aspirações no que diz respeito aos projetos de vida pessoal e profissional. No entanto, na presente investigação, a trajetória social dos entrevistados não revelou diferenças expressivas que pudessem justificar as diferenças evidenciadas nas práticas das equipes.

3.3.1 Os agentes¹⁴ das práticas e suas trajetórias

A equipe A era composta por uma médica de 50 anos de idade e uma enfermeira de 28 anos. A médica A fez residência em ginecologia e obstetrícia, tinha muitos anos de atuação profissional e não expressava o desejo de se inserir no setor privado ou trabalhar na capital. Atuava no PSF há cerca de 3 anos e meio e dizia-se “viciada” no trabalho com idosos e adolescentes:

Eu digo que é um vício e que eu já estou viciada aqui. O que eu mais gosto no trabalho do PSF é tratar dos meus idosos. Trabalhar com os idosos e adolescentes... (Entrev. Méd. A).

No que diz respeito à trajetória política referiu nunca ter participado de movimentos sociais ou militância estudantil, como evidenciado no discurso a seguir:

Na época da revolução minha filha, a gente só fazia ficar calada e correr da polícia (Entrev. Méd. A).

A enfermeira A, após formada, atuou durante 1 ano em área hospitalar, onde vivenciou situações difíceis a exemplo da precariedade da infra-estrutura hospitalar para atendimento aos pacientes. Kursou especialização em Saúde Pública através de convênio entre a Universidade Estadual onde estudava e a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP e referiu ter se identificado com a área de saúde pública quando ainda era estudante, por ocasião de experiência de estágio em unidade de saúde. Atuava no PSF há 1 ano e trabalhava também como professora em curso técnico noturno de enfermagem. Apesar de não ter atuado em movimento social ou militância estudantil, afirmou a contribuição da formação especializada em saúde pública e da atuação no âmbito da gestão de saúde em município do sul do Estado, como importantes experiências para a sua formação profissional e engajamento no espaço da saúde coletiva:

Contribuiu sim. Eu acho que você tem uma outra visão né? eu me acho assim uma profissional diferenciada em relação a uma pessoa que não teve esse curso, que não passou também por um nível de coordenação como eu já tive essa experiência, trabalhei muito tempo como Dr. W. que é um nome de referência em saúde pública, também foi presidente do COSEMS, tem uma luta, um engajamento na área de saúde pública, então a gente começa a pegar essa coisa de ser sanitaria também né? Aquele sonho que a gente tem da consolidação do SUS, que o SUS é viável, que o SUS tem como acontecer de fato, que não é uma coisa que tá só escrita no papel, dá pra acontecer que só falta realmente vontade política de que a coisa aconteça... (Entrev. Enf. A.).

A composição da equipe A revelou profissionais de distintas trajetórias profissionais e políticas (Apêndice I). No entanto, ainda que por diferentes motivos, o

¹⁴ Agentes das práticas aqui está sendo utilizado no sentido de Bourdieu e não é uma referência apenas a agentes comunitários de saúde mas a todos os profissionais de saúde e outros envolvidos com o cuidado.

discurso e as práticas destes profissionais apresentaram-se convergentes quanto ao compromisso e implicação com o Programa de Saúde da Família. A médica A, em fase adiantada de carreira e sem interesse em firmar-se no campo médico privado, demonstrou adesão ao projeto de Saúde da Família, o que se traduziu em iniciativas de acolhimento e responsabilização pelos pacientes, gerando vínculo e satisfação por parte dos mesmos. Há um “ajuste” da profissional ao lugar que lhe coube no campo médico, o que pode ser explicado pelo que Bourdieu (2006) denomina de transformação de necessidades em virtudes. Por outro lado, a enfermeira A com especialização em Saúde Pública e experiência de atuação em coordenação municipal de saúde junto a um médico sanitarista, liderança política de expressão regional e com engajamento técnico e político nesta área, podem ter contribuído para a aquisição de disposições críticas em relação ao sistema de saúde, bem como para a sua adesão ao projeto da Reforma Sanitária.

A equipe C também apresentou trajetórias diferentes entre os profissionais. A médica C tinha 31 anos e fez residência em ginecologia e obstetrícia. Desde o segundo ano de residência trabalhou em cidades do interior do Estado da Bahia, centrando sua atuação na área de sua especialidade: trabalhou em clínica particular de ginecologia; foi plantonista em hospital (contrato REDA) e chegou a abrir um consultório de ginecologia que não conseguiu manter em função das despesas. Após a residência, atuou em clínica particular de Salvador; trabalhou nas Voluntárias Sociais da Bahia (via contrato REDA) e em serviço de atendimento médico-odontológico móvel. Além disso, deu plantão na maioria das maternidades públicas de Salvador substituindo colegas concursados. Nesse sentido, tentou inicialmente firmar-se profissionalmente na capital. Resolveu vir para o município do estudo porque outras colegas que já tinham vindo antes e estavam com “a vida mais arrumada”. Nunca teve participação em movimento social ou militância estudantil. Ouviu falar que o PSF do município era muito organizado. Veio pensando em ficar 6 meses no PSF até o tempo de se estabilizar financeiramente e abrir consultório particular, o que concretizaria o seu projeto de médica liberal. Atuava neste Programa há 3 anos, no entanto com 40 horas de PSF e o 3º turno de atendimento no ambulatório de ginecologia de Hospital Municipal não lhe restava tempo para outros objetivos:

Eu comecei a pensar realmente em vim pra cá porque outras colegas que já tinham vindo antes tavam com a vida mais arrumada (...) eu venho pra poder ficar 6 meses no PSF até o tempo de eu me estabilizar (Entrev. Méd. C).

Ta tão difícil, eu realmente lhe digo que a cobrança é grande até pela próprias pacientes de lá do posto, as que eu atendo ginecologia, quando começo o atendimento perguntam onde é que é o seu consultório? Eu não atendo em

consultório; - mas Dra. não é possível que não tenha consultório. (Entrev. Méd.C).

A enfermeira C tinha 28 anos, desejava fazer medicina mas não chegou a prestar o vestibular pois na sua cidade não havia este curso e ela não queria se afastar da família. Por haver no seu município de origem uma faculdade de enfermagem, optou por este curso. Kursou Especialização em Comunicação em Saúde e logo após formada trabalhou alguns meses em município próximo a Jequié atuando no Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e no hospital local.

Eu sempre assim pensava em fazer medicina, mas fiz vestibular de enfermagem por ser de Jequié e ter faculdade de enfermagem lá (...) não cheguei a fazer para medicina, assim por não ter que sair de junto de minha mãe, de meu pai, aí eu fiquei em Jequié mesmo (Entrev. Enf. C).

Em seguida, a enf. C foi para o Sergipe em função do trabalho do esposo e trabalhou 11 meses em PSF no interior do Estado. Apesar do tempo de permanência não considerou boa esta experiência conforme abaixo:

Não foi uma experiência boa porque o Prefeito achava que ia ganhar a eleição implantando o PSF, entendeu? Não tinha condições de trabalho, acabava que não era o PSF, se trabalhava mesmo como uma Unidade Básica. (Entrev. Enf. C).

Mudou-se para o município atual também em função do trabalho do marido e logo quando chegou trabalhou durante 1 ano no PACS de município próximo. Depois disso veio para o PACS do município do estudo onde trabalhou durante 3 anos. Há 1 ano começou a trabalhar no Programa de Saúde da Família, estando na equipe atual há menos de 6 meses. Informou não haver participado de movimento social ou militância estudantil.

A composição da equipe C revelou trajetórias pouco favorecedoras de adesão por parte dos profissionais ao Programa de Saúde da Família (Apêndice I). A médica C, era jovem, em início de carreira, tinha como aspiração montar consultório em sua especialidade e se estabelecer no setor privado; com esse plano referiu ter buscado o PSF no intuito de estabilizar-se financeiramente. Desde então, atuava no programa há 3 anos, mas expressava cansaço e frustração do sonho não realizado. Sua posição profissional não estava ajustada às suas aspirações, o que se traduzia em queixas com a sobrecarga de trabalho, e da incompreensão por parte dos pacientes:

...o que eu vejo é que apesar da gente fazer várias coisas pra comunidade, ainda as pessoas tem aquele modelo na cabeça de chegar e ser atendido, de querer a consulta, remédio, exame, e muitas vezes a gente tem dificuldade pra ter um número adequado de pessoas participando do grupo... eles têm tempo pra vir pra consulta e não tem pro grupo, porque motivo que esse adulto ele não participa do grupo? o paciente não participa por falta realmente de interesse (...) as

queixas são as mais diversas possíveis, na maioria é queixa vaga, e é um paciente hipertenso e porque ele não participa do grupo? (Entrev. Méd. C).

Do mesmo modo a enfermeira C revelou desajuste entre suas expectativas e possibilidades. A escolha da profissão deu-se por conveniência, fez o vestibular para o curso de enfermagem para não se afastar de seus familiares, quando na verdade desejava cursar medicina, não tendo conseguido realizar seu projeto pessoal. Sua inserção no mercado de trabalho foi ao mesmo tempo impulsionada e condicionada às necessidades freqüentes de mudança de cidades em função do emprego do marido, passando assim a trabalhar no PACS/PSF.

3.3.2 Concepções sobre a Integralidade da atenção

As médicas e enfermeiras das equipes de Saúde da Família apresentaram diferentes concepções sobre a Integralidade da atenção, sendo algumas mais precisas, bem delimitadas, e outras mais genéricas. Chamou a atenção, em alguns dos relatos, a utilização de palavras ou expressões redundantes, o que consiste em dizer, de formas diversas, a mesma coisa, definindo a palavra por ela mesma ou um sinônimo: “integral é tudo, pra mim é tudo”, “é a família como um todo”; “é você oferecer ao paciente o atendimento que ele precisa em toda sua integralidade”, ou expressões mais delimitadas, porém que envolvem categorias polissêmicas como necessidades: “é atender o paciente em todas as suas necessidades”.

Em todos os casos foi possível observar que a concepção de integralidade dos atores agregava um conjunto de idéias que iam sendo reveladas no decorrer do relato (Apêndice F).

A concepção de integralidade da atenção da médica da equipe A abrange **a atenção curativa e preventiva, o estabelecimento de vínculo com os pacientes, a continuidade nos demais níveis do sistema e a resolutividade das ações desenvolvidas.**

No seu relato foi possível identificar a idéia de atenção curativa expressa no fazer diagnóstico, cuidar da doença; a idéia de ações voltadas para a prevenção tais como orientar idoso, gestante, dar vacina; as noções de vínculo, responsabilização (acompanhar o paciente), de continuidade da atenção (encaminhar para serviço especializado), de resolutividade (resolver o problema de saúde da pessoa). A necessidade de conhecer os determinantes sociais da saúde-doença também foi evidenciada (olhar as condições sociais do paciente), no entanto não foi explicitado se desenvolvia algum tipo de ação sobre essas

condições na perspectiva de uma atenção integral. Expressou também redundância com expressões como “integral é tudo, é a família como um todo”, como algo evidente, definiu integralidade pelo integral:

Integral é você olhar (...) tudo da família, é a família como um todo (Entrev. Méd. A).

Quando solicitado um exemplo de atenção integral ao paciente revela pouca clareza quanto ao significado desse tipo de abordagem:

J.L., 62 anos, é um paciente hipertenso, diabético, já ta no quarto infarto, não fumava, bebia, esse ano já ta na quarta internação, e vai pra UTI e faz acompanhamento, eles estão querendo mandar pra Salvador pra fazer angioplastia, ponte de safena, mas ele é assim, a gente chama a ambulância vai pro hospital fica geralmente na UTI, e volta, a gente pensa que ta com repouso, começa a pegar peso, não faz dieta, e não tem conselho, participa dos grupos, não falta medicação pra ele, quando a gente pensa que não, ele come uma feijoada no fim de semana e chega aqui com pressão ate de 26/12. (Entrev. Méd. A).

Para a enfermeira da equipe A, a integralidade da atenção era entendida como **atenção curativa e preventiva a partir da oferta articulada de serviços/programas com base na investigação de problemas de saúde, assistência em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde (continuidade da atenção), e suporte a problemas de ordem subjetiva.**

No seu relato observou-se a idéia de oferta articulada de serviços ou programas (no exemplo da gestante que fez o pré-natal na unidade de saúde, e uma vez puerpera, foi encaminhada para o planejamento familiar e o bebê para o programa de crescimento e desenvolvimento. Segundo a enfermeira a paciente vai saindo de um programa e entrando em outro de acordo com a sua necessidade:

A gente faz o pré natal da gestante, ela faz todas as consultas, quando ganha neném agente faz a visita de puerpério, os agentes sinalizam a gente faz a visita domiciliar onde já vai ter todo aquele cuidado com a puerpera e o recém nascido, dessa visita domiciliar a gente já agenda o CD que é o acompanhamento ao crescimento desenvolvimento da criança e já é agendada a segunda consulta de puerpério dela que já é com a médica, quando ela vem pra consulta com a médica ela já aborda a questão do planejamento familiar que é justamente quando ela tá mais ou menos com um mês, então realmente é um seguimento que a gente vai dando que é justamente a integralidade da atenção que a gente vai fazendo e ela vai saindo de um programa digamos assim entrando em outro de acordo com a sua necessidade, daí ela já sai pro programa de planejamento familiar novamente pro CD que ela vai acompanhando todo mês (Entrev. Enf A).

Outra idéia presente foi a de um atendimento “holístico” entendido como suporte a problemas de ordem subjetiva, referindo-se ao paciente que não tem nenhuma queixa e vem para a consulta para conversar com a médica, contar um problema:

...a questão de você olhar o paciente de forma holística, às vezes ele vem pra consulta não ta sentindo nada, ele quer conversar com a médica, quer contar um problema que ele tem (Entrev. Enf A).

Também foi identificada a noção de continuidade, pois, segundo a mesma, o atendimento integral significa disponibilizar a assistência em todos os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade) do Sistema de Saúde, conforme a necessidade:

...se precisa de atenção básica você vai atender, se precisar de uma média complexidade você oferece, se precisar de alta complexidade você oferece, então você vai dar um atendimento integral (Entrev. Enf A).

Pro fim, expressou redundância ao tentar definir a integralidade por ela mesma:

É você oferecer ao paciente o atendimento que ele precisa em toda sua integralidade... (Entrev. Enf A).

Para a médica da equipe C a Integralidade da atenção consiste basicamente na **articulação de ações da clínica médica e da odontologia, contando com suporte multiprofissional (inclusão de psicólogos e nutricionistas na equipe de saúde da família)**. Em seu relato expressou a necessidade de integração entre a clínica médica e a odontologia afirmando que a boca não está separada do “resto”, queixou-se da dificuldade de oferta de atendimento odontológico na unidade:

... assim eu acho que o individuo é um só, agente vê que a parte de odontologia, a forma de atendimento em relação ao acesso fica um pouco diferente do resto do PSF devido exatamente a quantidade absurda de pacientes, a boca não ta separada do resto... (Entrev. Méd. C).

A idéia de inclusão de outras categorias profissionais na equipe de saúde da família também estava presente (sobretudo psicólogos e nutricionistas) sendo justificada por ter que “fazer as vezes do psicólogo”.

...a boca não ta separada do resto do mesmo jeito que a mente não está, no PSF tem muita consulta que na verdade deveria ser uma consulta psicológica, a gente aqui faz as vezes do psicólogo, do conselheiro, do amigo... (Entrev. Méd. C).

A gente faz o que pode né? Como falei, em relação à questão de ter psicólogo, eu acho que se tivesse uma nutricionista que realmente frequentasse a unidade, porque existe o serviço de nutrição que a gente encaminha para consulta, mas é uma pessoa que não faz parte da equipe, então se tivesse uma pessoa que participasse dos grupos entendeu, seria interessante... (Entrev. Méd. C).

Apesar de identificar a relação entre os determinantes sociais e os problemas de saúde encontrados no território não relatou nenhum tipo de ação desenvolvida que pudesse se reverter em promoção da saúde:

...o cuidado começa do básico, lá do saneamento básico, na rua que ele mora, da questão de não ter o esgotamento, de não ter estudo, isso tudo gera problema de saúde, quando vem pra unidade tem o atendimento médico, mas não consegue o atendimento odontológico. A saúde pra poder ser realmente o melhor você deveria ver todos os aspectos mais ou menos por aí. (Entrev. Méd. C).

A concepção de Integralidade da atenção da enfermeira da equipe C centra-se na **atenção curativa e preventiva com base na investigação de problemas de saúde e na oferta de serviços**. Estão presentes no seu relato a idéia de investigar os problemas de saúde para além da queixa principal, buscando conhecer a história familiar e a história do paciente na comunidade:

A gente não vai ver só a queixa do paciente naquele momento, a gente vai procurar saber a história dele, a história familiar, a história dele na comunidade... (Entrev. Enf. C).

Observou-se também a idéia de atender a todas as “necessidades” dos pacientes, onde necessidades são entendidas como problemas de saúde e traduzidas em oferta de serviços (consulta com oftalmologista, preventivo, pré-natal, etc.), tal como exposto a seguir:

...é estar atento as queixas dele não só daquele problema que ele ta sentindo, procurar investigar assim, um exemplo, as vezes vem a gestante a gente vai faz o pré natal, mas as vezes ela tem alguma queixa, ah eu tenho uma dor de cabeça constante e tudo mais, aí você vai investigar se ela já fez alguma vez, uma consulta com oftalmo né? se já fez alguma vez um preventivo, é atender ela em todas as suas necessidades não é só naquele momento no que ela ta sentindo (Entrev. Enf. C).

A realização de ações curativas e de prevenção de doenças foi considerada por todos os agentes das práticas como componentes da Integralidade da atenção. No entanto, nenhum entrevistado referiu ações de promoção da saúde como parte de uma atenção integral. Tanto a médica quanto a enfermeira da equipe A consideraram a continuidade da atenção (assistência em todos os níveis de atenção sistema de saúde) como importante componente para assegurar a Integralidade.

Alguns componentes identificados expressaram diferenças entre as concepções dos agentes: a médica da equipe A ressaltou a importância do vínculo e da responsabilização pelo paciente e da resolutividade dos serviços oferecidos, enquanto que a enfermeira da

mesma equipe considerou como parte da atenção integral o suporte às questões de ordem subjetiva dos pacientes, a ser oferecido pelos profissionais da equipe de saúde da família.

Para a médica da equipe C são componentes da integralidade da atenção o desenvolvimento articulado entre as ações da clínica médica e da odontologia e o atendimento prestado por psicólogos e nutricionistas que, segundo ela, deveriam ser incluídos nas equipes de saúde da família. As idéias dessa agente refletem a necessidade de inclusão de outras categorias profissionais na equipe, como aspecto importante de uma abordagem integral, dada a própria complexidade do processo saúde-doença, a diversidade de problemas existentes no âmbito do território (problemas sócio-econômicos, políticos, psíquicos/psicológicos) e a necessidade de intervenções qualificadas sobre os mesmos.

Tal como nos achados de Uchimura (2010), o reconhecimento da multidimensionalidade dos sujeitos por parte dos profissionais de saúde esteve presente no relato da enfermeira da equipe A e da médica da equipe C, ainda que sob perspectivas diferentes. Ambos os profissionais relataram situações em que além da demanda explícita (necessidades de serviços de saúde como a consulta médica) foram reconhecidas necessidades de saúde, a exemplo da necessidade de conversar, de receber conselhos, de um vínculo afetivo.

Enquanto para a enfermeira A caberia aos profissionais das equipes a tarefa de atuar sobre problemas dessa ordem, para a médica C esse reconhecimento implicaria na inclusão de outras categorias profissionais na equipe de saúde da família por considerar estes aspectos fora da possibilidade de sua atuação.

No estudo de Loch-Neckel et al (2009), que examinaram, dentre outras coisas, a relação entre a integralidade na atenção básica e a composição das equipes de saúde da família, foi observado que, diante de demandas que ultrapassavam o seu núcleo de competência, os profissionais demonstraram ambivalência em se julgar competentes e se autorizar (ou não) a atender tal demanda. Os sujeitos dessa pesquisa¹⁵, num total de 15 profissionais, mencionaram a necessidade de apoio de diversas categorias profissionais, com destaque para as seguintes: psicólogo (citado por 12 entrevistados), assistente social (09), nutricionista (06), fisioterapeuta (05), educador físico e farmacêutico (04 para cada), dentre outras. De acordo com os autores desse estudo, os relatos apontaram para a necessidade destes profissionais não como exclusivos de uma equipe, mas vinculados a

¹⁵ 07 médicos, 05 enfermeiras e 03 odontólogos.

algumas unidades de saúde. Alguns deles relataram a necessidade de assessoria de profissionais de outras categorias para capacitá-los a lidar com seus pacientes de maneira mais ampla, com os conhecimentos de outras áreas (LOCH-NECKEL et al, 2009, p.1468).

Questiona-se, nesse sentido, se caberia aos profissionais das equipes de saúde da família a tarefa de atuar sobre problemas dessa ordem, ou se não seria mais adequado a preparação para uma escuta qualificada que fosse suficiente para referenciar o paciente para outros tipos de serviços especializados e/ou a equipes matriciais (CAMPOS, 1999; ARONA, 2009), mediante a especificidade de cada situação.

No contexto da sociedade moderna, permeado por desigualdades sociais é comum se observar a busca por serviços de saúde com queixas relacionadas à aspectos subjetivos, conforme evidenciado por diversos autores (MACHADO et al, 2005; LUZ, 2005), no entanto parece ser consenso o fato de que os profissionais e os serviços de saúde não estão preparados para atender a esse tipo de demanda, o que nos remete a questão da formação profissional em saúde.

Reconhece-se que indivíduos isolados ou categorias profissionais são limitadas para dar conta de todas as demandas/necessidades apresentadas nos serviços de saúde (CAMARGO Jr., 2003). Acrescente-se a isso que, a formação profissional em saúde com ênfase no modelo biomédico, não tem contribuído para o desenvolvimento de práticas compatíveis com as transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro e conseqüentemente, para uma atenção integral à saúde de seus usuários.

Considerando as diferenças entre as concepções por equipe observou-se que a equipe A apresentou concepções de Integralidade mais convergentes entre si, que contemplaram, além da realização de ações curativas e preventivas a partir da oferta articulada de serviços e programas, o acompanhamento do paciente favorecendo o estabelecimento de vínculo com o mesmo e a necessidade de assegurar a assistência em todos os níveis do Sistema de Saúde (continuidade da atenção) de modo resolutivo.

Na equipe C as concepções revelaram idéias mais difusas, pois, enquanto a médica considerou a Integralidade como articulação entre as ações da clínica médica e da odontologia e a necessidade de inclusão de outras categorias profissionais na equipe, a enfermeira expressou a idéia de atender a todas as “necessidades”, onde necessidades são entendidas como problemas de saúde e traduzidos em oferta de ações (consultas, exames, etc). Por outro lado, nesta equipe esteve presente a idéia de que uma abordagem integral

envolve a investigação de outros problemas de saúde além da queixa principal, buscando conhecer aspectos da história familiar e a história do paciente na comunidade.

Nas duas equipes parece que a Integralidade significa uma atenção voltada para problemas de saúde, onde os determinantes sociais ainda que identificados não são traduzidos em ações de promoção da saúde. Em síntese, pode-se dizer que a abordagem integral é entendida como identificação e atuação sobre problemas de saúde, oferta de serviços articulados, predominantemente de caráter individual e expectativa de continuidade e resolutividade no sistema de saúde. Para assegurar uma atenção integral foram considerados importantes: o acompanhamento do paciente favorecendo a responsabilização e o estabelecimento de vínculo, a inclusão de outras categorias profissionais e o suporte a questões que extrapolam o aspecto biológico do ser humano.

A análise da relação entre a formação, trajetória e concepções de integralidade da atenção dos agentes das práticas revelou alguns aspectos que merecem destaque.

Na equipe A, a enfermeira tinha formação especializada em Saúde Pública e experiência de atuação em coordenação municipal de saúde. Se referiu à Reforma Sanitária enquanto um movimento em prol da saúde pública, entendendo a saúde como direito de todos e dever do estado assegurado constitucionalmente. Tinha conhecimento sobre a implantação do Sistema Único de Saúde e seus princípios dentre os quais o da integralidade da atenção, demonstrando compreender o PSF inserido na lógica de implantação do SUS. Revelou crença no modelo deste Programa e que o mesmo favorece a ampliação do conhecimento sobre as condições de vida dos pacientes que habitam o território adscrito. Já a médica desta equipe que havia feito residência em ginecologia e obstetria e encontrava-se em fase adiantada de carreira, tendo sua inserção no PSF ocorrido após muitos anos de exercício profissional, relatou não ter nenhum conhecimento sobre a Reforma Sanitária, SUS e a relação destes com o Programa de Saúde da Família e a Integralidade da atenção. Apesar disso, mencionou muita satisfação em trabalhar com Saúde da Família, demonstrava bastante dedicação e era muito querida pelos pacientes que assistia. Nenhuma das duas teve participação em movimentos sociais ou militância estudantil.

As posições ocupadas pelas integrantes da equipe A, decorrentes das trajetórias profissionais e do ajuste entre expectativas e possibilidades, caracterizadas pela adesão da médica ao Programa e pelo comprometimento da enfermeira que tinha especialização em saúde pública e experiência de atuação na gestão dos serviços em contexto de mudanças

orientado pelas diretrizes da Reforma Sanitária, podem ter contribuído para que as concepções sobre a Integralidade da atenção (tomadas de posição) tenham expressado maior convergência entre si, o que pode estar relacionado ao grau avançado de implantação da integralidade encontrado nesta equipe.

Na equipe C a médica, também havia feito sua residência em ginecologia e obstetrícia, no entanto era mais jovem que a médica da equipe A e tinha como objetivo profissional montar um consultório particular para atendimento em sua especialidade. Com esse propósito ingressou no PSF e esperava ficar no programa por pouco tempo até se estabilizar financeiramente, no entanto revelava cansaço em função da sobrecarga de trabalho e certa frustração por ver o seu sonho distante da possibilidade de realização. Nunca ouvira falar da Reforma Sanitária e da relação do Programa Saúde da Família com a integralidade da atenção. A enfermeira desta equipe tinha formação especializada em Comunicação em Saúde e teve sua escolha e trajetória profissional marcadas por influência de fatores alheios à sua vontade propriamente dita. Demonstrou pouca clareza sobre assuntos relacionados a Reforma Sanitária, SUS, e a relação entre o Programa onde atuava e a integralidade da atenção:

Bom, a reforma sanitária que a gente é.. que teve toda essa mudança da assistência mesmo né? e... dessa última é.. o SUS né?

O relato acima revelou o desconhecimento por parte desta enfermeira quanto aos pressupostos filosóficos e organizativos do SUS e do PSF, o que foi encontrado em outros estudos como no de Uchimura (2010). Também nesta equipe nenhum dos agentes teve participação em movimento social ou militância estudantil.

As características da equipe C revelaram que a posição profissional dos agentes das práticas não estava ajustada às suas aspirações, o que revelou a frustração dos mesmos e o desenvolvimento de práticas, de certo modo, desconectadas do propósito mais amplo no qual se insere o Programa de Saúde da Família, evidenciado, dentre outros aspectos, pelo desconhecimento do contexto histórico e organizativo do SUS e dos princípios que o sustentam. Estes achados podem estar relacionados à predominância, nessa equipe, de concepções sobre a Integralidade da atenção mais díspares entre si, bem como de práticas de atenção integral em estágio intermediário.

Com exceção da enfermeira da equipe A, os demais profissionais das equipes revelaram conhecimento incipiente ou inexistente quanto aos pressupostos doutrinários e organizativos do SUS no contexto da Reforma Sanitária.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, o grau de implantação da integralidade da atenção variou entre equipes do PSF cujos agentes das práticas de saúde possuíam características diferentes, dadas as mesmas condições de possibilidade de operacionalização dessa diretriz asseguradas pelas características da gestão municipal. Dessa forma, o grau de implantação foi classificado como avançado na equipe cujas trajetórias profissionais dos agentes resultaram na ocupação de posições no espaço da Saúde da Família¹⁶ correspondentes às suas expectativas ou ajustadas às mesmas. Esse ajuste parece ter favorecido a expressão de tomadas de posição indicativas de sua adesão ao projeto político-ideológico da reforma sanitária, o que se traduziu em concepções de integralidade mais convergentes entre si e possivelmente relacionadas ao desenvolvimento de práticas mais próximas da integralidade.

Na equipe em que foi observado grau de implantação intermediário, as trajetórias profissionais dos agentes das práticas revelaram que a posição ocupada pelos profissionais de saúde não estava ajustada às suas aspirações, apresentando também concepções de integralidade menos convergentes entre si, o que pode estar relacionado ao desenvolvimento intermediário de práticas de atenção integral.

Tal como encontrado na literatura, as concepções dos agentes sobre a integralidade da atenção variaram de definições mais abrangentes a conceitos mais específicos, relacionadas a necessidades de serviços de saúde e a necessidades de saúde (PAIM, 1980), ao reconhecimento da multidimensionalidade dos sujeitos e à necessidade de intervenção sobre estes aspectos, ao envolvimento de diferentes níveis de assistência do Sistema de Saúde (continuidade da atenção) e a valorização e reconhecimento da necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais.

Essa variedade pode estar relacionada à polissemia do conceito também encontrada nos estudos teóricos e investigações sobre o tema. Os diferentes pontos de vista sobre o conceito, aqui analisados, possuem intersecções que permitem algumas sínteses, porém, ainda contêm generalidades, redundâncias e lacunas o que revela a necessidade de desenvolvimentos teóricos subsequentes. A melhor delimitação e elaboração do conceito bem como o desenvolvimento de iniciativas voltadas para a construção de um maior

¹⁶ O espaço da Saúde da Família está sendo considerado aqui como o espaço de relações entre os diversos agentes envolvidos com a operacionalização dessa proposta: gestores, profissionais e usuários.

consenso a seu respeito poderão facilitar a sua expressão em práticas que consolidem a implementação de serviços/sistemas de saúde mais próximos de uma atenção integral.

Quanto aos obstáculos ao cumprimento desse princípio foram apontados problemas relacionados à gestão do Programa (em particular o número excessivo de famílias por equipes e a ineficiência da contra-referência ambulatorial e hospitalar, apesar dos esforços da gestão municipal de saúde), bem como problemas relacionados aos agentes das práticas no que se refere à sua formação profissional, com predominância do enfoque biológico e que não propicia o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho integrado, e relacionados a sua trajetória profissional.

Nesse sentido pode-se considerar como contribuição deste estudo o esforço de síntese das principais definições de integralidade e dos atributos utilizados para sua operacionalização encontradas na literatura, bem como uma análise de forma sistemática da implantação da integralidade no âmbito das práticas de equipes de Saúde da Família, o que possibilitou a formulação de hipóteses sobre alguns dos obstáculos e possibilidades para o desenvolvimento de práticas integrais de saúde, relacionados à posição ocupada pelos agentes das práticas no espaço da estratégia da Saúde da Família.

Como limites registra-se o fato do trabalho ter sido realizado com número pequeno de equipes de saúde da família, sendo necessárias futuras investigações que ampliem o número de equipes, incluindo a participação de outros membros, a exemplo dos odontólogos e técnicos de enfermagem, visando obter maior consistência quanto à validade externa dos resultados. Considera-se também necessária a submissão da matriz de dimensões e critérios utilizados para a estimativa do grau de implantação da integralidade da atenção a um consenso de especialistas que possa auxiliar no aprimoramento e validação da mesma.

O conceito abrangente de integralidade envolve múltiplas dimensões dos serviços e das práticas de saúde. Diversas delas requerem ações governamentais nos seus diversos níveis: da Unidade Básica ao Ministério da Saúde. Alguns estudos têm mostrado as possibilidades de melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento por meio de estratégias voltadas para a implantação e acompanhamento de programas de saúde (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2010a, 2010b; SILVA, 2006). Outros trabalhos têm evidenciado êxitos na tentativa de implementar algumas ações voltadas para a promoção da saúde e coordenação de cuidados (MORETTI et al, 2010; ALMEIDA et al, 2010). Mais escassas são as iniciativas voltadas a reversão das práticas fragmentadas. A complexidade da determinação das práticas sociais e do cuidado a saúde em particular, indica que nesse

caso, as soluções podem implicar em mudanças culturais e estruturais em diversos âmbitos. Esse desafio, posto pela amplitude do conceito de integralidade, cujo ideal do atendimento responda as necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais, se superpõe aos objetivos estratégicos da Reforma Sanitária Brasileira. Dessa forma, muitos dos problemas aqui colocados não são problemas de investigação e sim problemas de gestão e da ação política cuja resolução requer a participação de todos os atores envolvidos.

5 REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.
- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001
- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, p.150-153, 2001.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.2, p.286-298, 2010.
- AQUINO, R. **Programa de Saúde da Família: determinantes e efeitos de sua implantação nos municípios brasileiros**. Salvador, 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- ARONA, E. C. Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1. 2009.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 268p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995
- BARRETO, M.L.; AQUINO, R. Recent Positive Developments in the Brazilian Health System. **American Journal of Public Health**, v.99, n.1, p.8, 2009.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.401-412, 2002.
- BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1994.
- BOURDIEU, P. **A Distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS:Zouk, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. **Programa nacional de educação e controle de hipertensão arterial**. Brasília: Centro de Documentação, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080/1990**, 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. 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142/1990**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 545**, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica NOB SUS 01/1993. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 1742**, de 30 de agosto de 1996. Norma Operacional Básica – NOB 01/1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. “**1997 - O ano da saúde no Brasil. Ações e Metas Prioritárias**”. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas e Diretrizes do PACS e do PSF**. GM/MS nº 1886. Brasília: Ministério da Saúde, 1997c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa de Saúde da Família – Treinamento Introdutório. Caderno 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS**: gestão dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Documento Técnico. Brasília:Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série Pactos pela saúde, v.7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação da estratégia de Saúde da Família, janeiro de 2011**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php . Acesso em: 28 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da cobertura do PSF**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_nro_municipio.jpg. Acesso em: mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de situação. Ações de saúde. **Cobertura populacional e número de equipes de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista - Bahia**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> Acesso em: mar.2011.

CAMARGO JR, K.R. Um ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. Rio de Janeiro: HUCITEC; Buenos Aires: LUGAR EDITORIAL, 1997.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CARVALHO, M.R. **Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e integralidade**. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

CARVALHO, M.R. Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R.C. de A. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p.117-30.

CASTRO, A.G. de, **Contribuição ao estudo da integralidade da ação de saúde**. Salvador, 1991. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia.

CECÍLIO, L.C.O. (org) **Inventando a mudança na Saúde**. HUCITEC, São Paulo, 1997.

CECÍLIO, 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. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Revista da Escola Anna Nery**, v.13 n.1, jan./mar. 2009.

CONNIL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.191-202, 2002.

CONNIL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1417-1423, 2004.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, Supl. 1, p.S7-S27, 2008.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde (Dossiê). **Sociologias**, n.7, p.18-49, jan/jun. 2002.

CHAVES, S.C.L.; BARROS, S.G.; CRUZ, D.N. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.6, p. 1005-1013, 2010.

DALMASO, A.S.W.; Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? **Saúde em Debate**, v.44, set/1994.

DELFIN, P.S.S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P.P. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, Supl. 1, p.1483-1492, 2009.

DONABEDIAN A. Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. **Quality Review Bulletin**, v.12, p.99-108, 1986. Quality review bulletin

FERREIRA, A.B.H. et al. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.2, p.345-353, abr-jun. 1999.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, 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**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FURTADO, L.A.C.; TANAKA, O.Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.6, p.587-595, 1998.

GAIOSO, V. P. ; MISHIMA, S.M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the Family Health Scenario. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, p.617-625, 2007.

GAIOSO, V.P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto – SP**. Ribeirão Preto, 2007. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. de V. C.; CONILL, E.M. et al. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v.26, n.60, p.37-61, jan/abr. 2002.

GUEDES, A.E.L. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

HARRIS, M; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme. Editorial. **British Medical Journal**, v.341, p.c4945, 2010.

HEIMANN, F.S.; MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C. et al. (Orgs). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 504p.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, Supl.1, p.1359-1365, 2009.

HORTA et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.4, p.524-9, 2010.

HOUAIS, A. et al. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2.925p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. **Vitória da Conquista**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: mar. 2011.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; COIMBRA, V.C.C. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.3, p.434-41, jul-set. 2006.

KESSNER, D.M.; KALK, C.E.; SINGER, J.A. Assessing health quality the case for tracers. **New England Journal Medicine**, v.288, p.189-194, 1973.

LEAVELL, H.; CLARK, L.E.G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill do Brasil, 1976.

LOCH-NECKEL et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, Supl.1, p.1463-1472, 2009.

LUZ, M.T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.320p.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.320p.

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

MATOS, M.S. **Assistência à saúde da mulher em uma unidade da rede básica de saúde no município de Fortaleza-CE**. Ribeirão Preto, 1994. Dissertação(Mestrado) - Universidade de São Paulo.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C. M. et al. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8. Ribeirão Preto, 2002a. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a054.pdf>. Acesso em: mar. 2011.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C. M. Acolhimento: uma reflexão acerca da alteridade na relação entre trabalhador e usuários no trabalho da rede básica de saúde. In: : SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8. Ribeirão Preto, 2002b. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100044&script=sci_arttext. Acesso em: mar. 2011.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C. M. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para acolhimento em unidades de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n.6, 2009.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2003.

MATTOS, R.A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-1416, set-out. 2004.

MEDINA, M.G.; HARZ, Z.M.A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.5, p.1153-1167, 2009.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.117-160.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. Rio de Janeiro: HUCITEC; Buenos Aires: LUGAR EDITORIAL, 1997.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. IN: CECÍLIO, L.C.de O. (Org) . **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MOREIRA, K.F.A. **O dito e o feito – a integralidade das ações na prática dos trabalhadores em saúde**: um estudo de caso. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Rio de Janeiro.

MORETTI et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, Supl.1, p.1827-1834, 2010.

OLIVEIRA. **O princípio da integralidade e o SAMU**. Rio de Janeiro, 2009. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PAIM, J. S. As Ambigüidades da Noção de Necessidades de Saúde. **Revista Planejamento**, v.8, n.1/2, p.39-46, 1980.

PAIM, J.S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 250p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Informe Epidemiológico do SUS**, v.5, p.27-57, 1992.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (Org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.p.187-220.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org). **A luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUARYOL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.567-586.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J.S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, p.109-114, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PINHEIRO, R. **Da defesa do aço à defesa da vida: o cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde – o caso de Volta Redonda**. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2003. 228p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.320p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Cuidar do Cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.320p.

PRADO, S.R.L.A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T.I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.16, n.3, p.399-407, 2007.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde de Pública**, v.19, n.1, p.27-34, jan-fev. 2003.

READER, G.G. Algunos problemas inherentes a la enseñanza de la Medicina Integral. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.59, n.2, p.145-52, ago. 1965.

SAMPAIO, L. F. R. **Integralidade da atenção à saúde**: análise crítica da programação da atenção básica – PPI-AB. Salvador, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

SAMPAIO, L. F. R.; SALES, P. R. P.; SILVEIRA, A.D. et al. **Prograb**: programação para gestão por resultados na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SENNA, M.de C.M.; COHEN, M.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.523-535, 2002.

SENNA, M. de C.M. et al. **Implementação da integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde**: um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro. Relatório final de pesquisa apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo nº.403472/2004-0. Edital 37/2004. Niterói, 2007.

SERRA, C.G. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS**: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003. 223p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, Supl.3, p.3579-3586, 2010.

SILVA, G.R. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**, v.28, p.91-96, 1973.

SILVA, J.P.V. **Gestão compartilhada e a construção da integralidade da atenção**: experiência da 4ª região de saúde do Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro, 2003. 112p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SILVA, J.P.V. et al. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.234-242, 2003.

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 – Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

SILVA, T.C.S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família.** Belo Horizonte, 2006 149p. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

SILVA, A.C.M.A.; VILLAR, M.A.M. et al. Perspectivas de médicos do Programa de Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.2, p.349-358, 2009.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.762-9, 2010.

SILVA JÚNIOR, 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: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Campos do Jordão. Fevereiro de 2002.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.5, n.4, p.493-503, out/dez. 2005.

SOLLA, J.J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “pacto de gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.30, n.2, p.332-348, 2006.

SOLLA, J.J.S.P.; ATAÍDE, R.C.N. Descentralização de consultas e procedimentos especializados para as unidades básicas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS: gestão dos serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: programa e ações na unidade básica.** São Paulo: HUCITEC, 1996. 286p.

SCHRAIBER, LB. Desafios atuais da Integralidade em Saúde. **Jornal da Rede Saúde** n.17, p17-19, maio 1999.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.953-972, 2010.

STARFIELD, B. Measuring the attainment of primary care. **Journal of Medical Education**, v.54, n.5, p.361-9, 1979.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002.

- TANAKA, O.Y.; FURTADO, L.A. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.6, p.587-95, 1998.
- TEIXEIRA, C.; PAIM, J.S.; VILLASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, n.2, p.7-28, 1998.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.
- TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.195-206, 2008.
- UCHIMURA, K.Y. **Integralidade e Humanização na Estratégia Saúde da Família: percepções de atores implicados na atenção básica de Fortaleza-CE**. Fortaleza, 2010, 209p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará.
- UGÁ, M.A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.417-437, 2003.
- URBANO, G.B. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Parnaíba-Paraná**. Rio de Janeiro, 2009. 74p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- VIANA, A.L D'AVILA; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.11-48, 1998.
- VIANA, A. L. D'AVILA et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.S139-S151, 2002.
- VIANA, A. L. D'AVILA et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.577-606, 2006.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.; CHAVES, S.C.L. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia. Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.355-370, 2007.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p.s217-s226, 2009.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; LIMA CHAVES, S.; ESPERIDIAO, M.A. et al. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 64, p. 1100-1105, 2010a.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ESPERIDIÃO, M.A.; VIANA, S.V. et al. Avaliação da Implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, p.S131-S143, 2010b.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2005.

QUADROS E DIAGRAMAS

QUADRO 1

SISTEMATIZAÇÃO DE TEXTOS NORMATIVOS E ESTUDOS SOBRE A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, CONSIDERANDO AS DEFINIÇÕES DA INTEGRALIDADE, O ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO TERMO E AS DIMENSÕES E/OU ATRIBUTOS UTILIZADOS PARA SUA OPERACIONALIZAÇÃO

QUADRO 1 – Sistematização de textos normativos e estudos sobre a integralidade da atenção, considerando definições da integralidade, âmbito de aplicação do termo, dimensões utilizadas para sua operacionalização e classificação

Autor	Definição do termo Integralidade	Abrangência/âmbito de aplicação do termo	Dimensões e critérios/atributos ou categorias utilizados para avaliar a integralidade	Classificação
Constituição Federal (1988)	Apresenta o “ <i>atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais</i> ” – como uma das diretrizes que orientaria a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, concretizada posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990	Diretriz que orienta uma Política de saúde	---	Articulação de ações preventivas e assistenciais.
Lei Orgânica do SUS – Lei 8.080/90	Destaca como um dos princípios organizativos do SUS a <u>integralidade da assistência</u> , entendida como um “ <i>conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema</i> ” (Brasil, 1990, Art. 7).	Princípio organizativo de um Sistema de Saúde	---	Articulação de ações preventivas e assistenciais (âmbito coletivo e individual).
Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira Paim (1997, 2006)	contemplaram a integralidade em quatro perspectivas: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas, vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.	Organização dos serviços Práticas dos profissionais de saúde Sistema de Saúde Políticas públicas	---	Articulação de ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais. Articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social (âmbito individual) Continuidade da atenção Ações intersetoriais

Carvalho (1991;1993)	<p>O autor buscou operacionalizar o conceito a partir de categorias em nível local e distrital.</p> <p>Para este autor o conceito de integralidade deve contemplar a concepção de homem/ de mundo/ de sociedade; a concepção de medicina/ saúde-doença; e a concepção de atenção à saúde.</p>	<p>Práticas dos profissionais de saúde</p> <p>Sistema de saúde</p>	<p>Em nível local:</p> <p>a) atenção integral à pessoa e à coletividade (promoção, prevenção, saúde coletiva, terapêutica e reabilitação);</p> <p>b) atividades integradas de ensino e pesquisa;</p> <p>c) grau de interação entre as diversas categorias profissionais;</p> <p>d) vinculação profissional de saúde/usuário.</p> <p>Em nível distrital:</p> <p>- Acesso a todos os níveis hierárquicos do sistema, segundo as necessidades de cada pessoa.</p>	<p>Articulação de ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais</p> <p>Integração ensino-pesquisa</p> <p>Relações interpessoais</p> <p>Relações interpessoais (vínculo)</p> <p>Acesso e Equidade</p>
Furtado & Tanaka, 1998	<p>Definiu Assistência integral a partir do estabelecimento de cinco dimensões que orientaram a elaboração do instrumento de coleta de dados (entrevista semi-aberta)</p>	<p>Práticas dos profissionais de saúde</p> <p>Sistema de saúde</p>	<p>1) o ser humano como centro da atenção e não a doença;</p> <p>2) o ser humano ou grupo visto na sua totalidade;</p> <p>3) a assistência propiciada nos diversos níveis;</p> <p>4) o tratamento diferente para quem está numa situação desigual;</p> <p>5) a interferência nas condições gerais de vida da coletividade.</p>	<p>Articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social</p> <p>Continuidade da atenção</p> <p>Equidade</p>
Schraiber (1999)	<p>Entendida como uma “noção” a ser examinada a partir de duas esferas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a esfera da política pública, que refere-se às ações norteadoras de "projetos tecno-sociais"; e - a esfera da ação pública, ou seja, da ação que realiza os serviços produzindo diretamente os cuidados. - 	<p>Política pública (política de saúde)</p> <p>Ação pública (práticas dos profissionais de saúde)</p>	---	<p>Ações intersetoriais e macro-problemas em saúde.</p> <p>Ações multiprofissionais</p>

Mattos (2001)	<p>Apresenta três conjuntos de sentidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integralidade como um princípio orientador das práticas: entendida como uma “<i>apreensão ampliada das necessidades do sujeito [indivíduo e famílias], que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros, e a habilidade de reconhecer a adequação das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas</i>” (Mattos, 2004;1414) - Integralidade como um princípio orientador da organização do trabalho; - Integralidade como um princípio orientador da organização das políticas. 	<p>Práticas dos profissionais de saúde</p> <p>Organização dos serviços</p> <p>Políticas de saúde (respostas governamentais aos problemas de saúde da população)</p>	---	<p>Articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social, respeitando o limite de sua especificidade profissional e referenciando quando necessário.</p> <p>Articulação de ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais</p> <p>Políticas de saúde que articulam ações preventivas e assistenciais</p> <p>Articulação entra a lógica da prevenção e a lógica da assistência em qualquer nível de atenção do Sistema de Saúde.</p>
Pinheiro (2000;2001)	<p>“<i>uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados</i>”</p>	<p>Rede Básica de Serviços/Atenção Básica: Unidades do Programa de Saúde da Família e Unidades Básicas tradicionais</p>	<p>Relação Oferta/Demanda, onde:</p> <p>A Oferta de serviços de saúde foi analisada a partir da/do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Organização do atendimento: agendamento e tempo de espera; b) Uso dos serviços: atendimento hospitalar x rede básica); c) Referência e contra-referência; d) Níveis de atenção <p>A Demanda foi analisada a partir da percepção dos atores entrevistados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Doença, saúde e cura. b) Relação médico/paciente c) Participação do Conselho Municipal de Saúde como canal de vocalização de demandas 	<p>Relação Oferta/Demanda</p>

Cecílio, 2001	<p>Considerando uma taxonomia¹⁷ de necessidades, buscou definir a integralidade da atenção a partir de duas dimensões.</p> <p>1) a integralidade como produto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços, denominada “integralidade focalizada”;</p> <p>2) a integralidade como fruto da articulação de cada serviço de saúde (centro de saúde, equipe de PSF, ambulatório, hospital) a uma rede complexa composta de outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor saúde, o que chamou de “integralidade ampliada”, ou seja, articulação em rede das múltiplas “integralidades focalizadas”.</p>	<p>Práticas dos profissionais de saúde</p> <p>Sistema de saúde</p>	---	<p>Ações multiprofissionais e interdisciplinaridade</p> <p>Articulação da rede de serviços intra setorial</p> <p>Ações intersetoriais</p>
Giovanela, (2002)	<p>O termo é assumido enquanto princípio do SUS e desdobrado em 4 dimensões para avaliar o seu cumprimento na gestão e organização de sistemas municipais de saúde.</p>	<p>Políticas públicas</p> <p>Sistema de Saúde (organização)</p> <p>Sistema de Saúde (gestão)</p>	<p>1. Primazia das ações de promoção e prevenção (dimensão política);</p> <p>2. Garantia de atenção nos três níveis de assistência médica (dimensão relativa à organização do sistema e ao caráter contínuo do cuidado);</p> <p>4 Articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação;</p> <p>4) Abordagem integral do indivíduo e famílias (cuidado individual)</p>	<p>Ações intersetoriais</p> <p>Continuidade da atenção</p> <p>Integração organizacional entre setores de assistência individual e setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo</p> <p>Articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social (âmbito individual)</p>

¹⁷ Taxonomia de necessidades :a)necessidade de ter boas condições de vida (ambiente e posição no processo produtivo da sociedade capitalista) ; b) necessidade de acesso e consumo de todas as tecnologias de saúde capazes de prolongar a vida; c) necessidade de criação de vínculos e afetos usuário/equipe/profissional; d) necessidade de ter graus crescentes de autonomia (CECÍLIO, 2001).

Conill, 2002	Para Conill a Integralidade é uma diretriz operacional da Política de Saúde que deve expressar-se na estrutura e nos processos dos subsistemas de atenção (at. primária, etc.). Foi operacionalizada a partir de duas dimensões.	Práticas dos profissionais de saúde Sistema de saúde como um todo e Atenção Primária	- o caráter completo do cuidado, tendo como indicador o leque de atividades curativas e preventivas ofertadas; - a continuidade, tendo como indicadores a referência, o atendimento domiciliar e o acompanhamento de grupos de risco.	Articulação de ações preventivas e assistenciais Continuidade da atenção (entre os diversos níveis de atenção e na atenção primária)
Starfield, (2002)	“A <i>disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população, exceto as incomuns</i> ”. Necessidades são entendidas como sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades, intervenções preventivas e de promoção da saúde. Com base na frequência e distribuição das necessidades oferta-se um conjunto de serviços. A variedade de serviços deve consistir de um núcleo que seja relevante para toda a população, além de serviços adicionais para pop. com necessidades especiais, desde que estas sejam comuns.	Atenção primária	- Oferta (variedade e disponibilidade de serviços oferecidos de modo a suprir as necessidades mais frequentes da população) Utiliza também outros atributos para avaliar a atenção primária: o atributo do primeiro contato, o caráter coordenado ou integrador das ações, e a longitudinalidade da atenção.	Atendimento às necessidades de saúde
Xavier e Guimarães, 2005	Buscaram explicitar a relação entre os conceitos de Integralidade e Comunicação estabelecendo quatro categorias que ajudariam a definir a Integralidade e que também expressam ações de comunicação. - escuta/tradução, - negociação, - polifonia/polissemia - diálogo/troca.	Práticas dos profissionais de saúde	Sistematizaram um conjunto de palavras-signo, definições, ou idéias de Integralidade tais como: - reconhecer, ouvir o outro; - responder ao sofrimento humano; - ir além do sofrimento manifestado; - conversa/diálogo que promove o acolhimento, escuta, vínculo, negociação.	Relações interpessoais (vínculo, escuta, acolhimento, negociação)

<p>Silva Júnior e Mascarenhas (2005)</p>	<p>Integralidade como atributo das práticas dos profissionais de saúde e da organização dos serviços (sentidos adotados por Mattos, 2001)</p>	<p>Práticas dos profissionais de saúde (processo de cuidado individual, familiar e coletivo)</p> <p>Organização dos serviços</p> <p>Práticas dos profissionais de saúde (processo de cuidado individual, familiar e coletivo)</p> <p>Práticas dos profissionais de saúde (processo de cuidado individual, familiar e coletivo)</p>	<p>Apresenta 3 conceitos articulados que, para os autores, traduzem a integralidade:</p> <p>1. Acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - como postura: atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas; - como técnica: trabalho em equipe, a aquisição de tecnologias, saberes e práticas visando ações organizadas que facilitem o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta de soluções/alternativas aos problemas demandados; - como princípio de reorientação dos serviços: projeto institucional que deve nortear o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. - Acessibilidade organizacional: dificuldades ou facilidades em obter o tratamento desejado ligadas às características da oferta e disponibilidade de recursos <p>2. Vínculo/responsabilização: como afetividade, relação terapêutica e continuidade. Implica em assumir a responsabilidade pela vida e morte do paciente dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal.</p> <p>3. Qualidade da atenção: conduta do profissional na relação profissional-paciente (adequação dos cuidados técnicos, sócio-ambientais e psicológicos)</p>	<p>Relações interpessoais (vínculo/responsabilização, escuta, acolhimento)</p> <p>Ações multiprofissionais/trabalho em equipe</p> <p>Acessibilidade</p> <p>Qualidade da atenção</p>
--	---	--	---	---

Sampaio (2002, 2006)	<p>Trabalhou com duas dimensões.</p> <p>- integralidade horizontal como a possibilidade de integração de ações de diversas origens, seja do controle de causas, de riscos ou de danos, como proposto por Paim (1994) no diagrama da vigilância da saúde;</p> <p>- integralidade vertical possibilidade de integração de ações de diferentes níveis de complexidade de assistência médica no sistema de saúde (básico ou primário, secundário e terciário)</p>	<p>Organização dos serviços</p> <p>Sistema de Saúde</p>	<p>Analisou o instrumento da PPI da Atenção Básica tendo como eixo norteador a integralidade da atenção. Utilizou uma matriz que relacionou as atividades programáticas da PPI com o controle de causas, riscos e danos, identificando o percentual de cada tipo de ação presente neste instrumento.</p>	<p>Articulação de ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais.</p> <p>Continuidade da atenção</p>
Paim e Vieira da Silva (2010)	<p>Entendida como um enunciado de certas características do sistema, instituições e práticas Apresentam cinco condições de adoção da integralidade.</p>	<p>Práticas dos profissionais de saúde</p> <p>Organização dos Serviços (Programas e práticas)</p> <p>Política pública (política de saúde)</p> <p>Sistema de Saúde</p>	<p>-Cuidado integral: abrangeria a compreensão dos aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais na dimensão individual e a assistência, nesse âmbito, valoriza as interações e construção de vínculos entre usuários do cuidado e cuidadores.</p> <p>-Prática integral: caracterizada pela organização e articulação de processos de trabalho distintos possibilitando uma intervenção mais abrangente e completa.</p> <p>-Programa integral: contempla necessidades de diversas ordens, inclusive os determinantes sócio ambientais de uma dada situação.</p> <p>-Políticas públicas integradas ou integrais: articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ações intersetoriais e gestão compartilhada e pactuada.</p> <p>-Sistema integral: permitiria o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados onde o conjunto das intervenções contribuiria para maior efetividade das ações de saúde.</p>	<p>Articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social</p> <p>Relações interpessoais ((vínculo)</p> <p>Ações multiprofissionais</p> <p>Articulação de ações preventivas, assistenciais e de promoção da saúde</p> <p>Ações Intersetoriais</p>

QUADRO 2

**CLASSIFICAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SUAS
DIVERSAS POSSIBILIDADES DE EXPRESSÃO, NOS DIFERENTES NÍVEIS
DO SISTEMA DE SAÚDE**

CLASSIFICAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SUAS DIVERSAS POSSIBILIDADES DE EXPRESSÃO, NOS DIFERENTES NÍVEIS DO SISTEMA DE SAÚDE

QUADRO 2 – Classificação da integralidade da atenção em suas diversas possibilidades de expressão, nos diferentes níveis do sistema de saúde.

	SISTEMA DE SAÚDE				
SENTIDOS DA INTEGRALIDADE Mattos (2001)	Princípio orientador das Práticas	Princípio orientador da organização do trabalho		Princípio orientador da organização das Políticas	
NÍVEIS DO SISTEMA DE SAÚDE Adaptado de Paim & Vieira da Silva (2010)	Cuidado	Outras Práticas	Programas	Políticas de saúde	Outras Políticas Públicas
CARACTERÍSTICAS DE PRÁTICAS INTEGRAIS					
1. Articulação de ações voltadas para as dimensões biológica, psicológica e social	X	X			
2. Articulação de ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais	X	X	X	X	
5 Continuidade da atenção		X	X	X	
6 Ações intersetoriais				X	X
7 Ações multiprofissionais	X	X	X		



6. Relações Interpessoais

7. Atendimento às necessidades de saúde

QUADRO 3

DIMENSÕES, CRITÉRIOS E FONTES DE EVIDÊNCIAS PARA ANÁLISE DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE EM EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA.

QUADRO 3 - Dimensões, critérios e fontes de evidências para análise da Integralidade da atenção à saúde em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

Dimensões	Crítérios	Fontes de Evidências
Acolhimento	<p>Modo de atendimento do médico segundo percepção de usuários dos serviços e familiares</p> <p>Modo de atendimento na recepção/triagem segundo percepção de usuários dos serviços e familiares</p> <p>Tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes</p> <p>Marcação de consulta</p>	<p>Entrevista com usuários dos serviços de saúde</p> <p>Observação sistemática</p> <p>Entrevista com informantes-chave do nível central</p>
Longitudinalidade	<p>Tempo do profissional médico na mesma USF</p> <p>Conhecimento do médico sobre o paciente.</p> <p>Confiança do paciente no médico.</p>	<p>Entrevista com profissionais de saúde</p> <p>Entrevista com usuários dos serviços de saúde</p>
Coordenação da atenção	<p>Utilização de mecanismos para troca de informações entre profissionais da Unidade de Saúde da Família</p> <p>Divisão do trabalho em equipe</p> <p>Utilização pelo médico de informações registradas no prontuário por outros profissionais</p> <p>Utilização pelo enfermeiro de inform. registradas no pront. por outros profissionais</p>	<p>Entrevista com profissionais de saúde</p> <p>Observação sistemática</p> <p>Consulta a prontuários</p>
Oferta de ações	<p>Ações Curativas</p> <p>Ações de prevenção de doenças</p> <p>Ações de promoção da saúde</p>	<p>Entrevista com profissionais de saúde</p> <p>Observação sistemática</p>
Continuidade da atenção	<p>Utilização de mecanismos de referência para transferência de informações</p> <p>Contra-referência ambulatorial</p> <p>Contra-referência hospitalar</p>	<p>Consulta a prontuários</p> <p>Entrevista com profissionais e usuários dos serviços de saúde</p>

QUADRO 4

CATEGORIAS DE ANÁLISE, CRITÉRIOS E FONTES DE EVIDÊNCIAS PARA A CARACTERIZAÇÃO DA POSIÇÃO DOS AGENTES DAS PRÁTICAS NO ESPAÇO SOCIAL.

QUADRO 4 - Categorias de análise, critérios e fontes de evidências para a caracterização da posição dos agentes das práticas no espaço social.

CATEGORIAS DE ANÁLISE (segundo referencial de Bourdieu (2006))	CRITÉRIOS	FONTES DE EVIDÊNCIAS
Trajetória Social	Origem social (ocupação dos pais, procedência, local de moradia, idade e sexo)	Entrevistas com profissionais de saúde, observação e diário de campo
Trajetória Profissional	Titulação (formação graduada e pós-graduada) Ocupação anterior e vínculos trabalhistas anteriores ao PSF, outros vínculos empregatícios.	
Trajetória Política	Participação em movimento social Participação em militância estudantil.	
Concepções de integralidade da atenção	Sem critérios pré-definidos	Entrevistas com profissionais de saúde

QUADRO 5

DIMENSÕES, CRITÉRIOS, CLASSIFICAÇÃO E PONTUAÇÃO UTILIZADOS PARA A ESTIMATIVA DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE EM EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA.

QUADRO 5 – Dimensões, critérios, classificação e pontuação utilizados para a estimativa do grau de implantação da integralidade da atenção à saúde em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

Dimensão: Acolhimento		
Critérios	Classificação	Pontuação máxima
Modo de atendimento do médico segundo percepção de usuários dos serviços e familiares.	0 – Atendimento com indelicadeza (o atendimento do profissional é indelicado, podendo ser até grosseiro) 2– Atendimento polido porém impessoal e indiferente (o profissional atende o paciente com indiferença não parecendo se importar com o seu sofrimento/queixa) 4– Atendimento atencioso (o profissional esforça-se para ouvir o paciente com atenção, demonstrando interesse em auxiliá-lo)	4
Modo de atendimento na recepção/triagem segundo percepção de usuários dos serviços e familiares.	0 – Atendimento com indelicadeza (o atendimento do profissional é indelicado, podendo ser até grosseiro) 2– Atendimento polido porém impessoal e indiferente (o profissional atende o paciente com indiferença não parecendo se importar com o seu sofrimento/queixa) 4– Atendimento atencioso (o profissional esforça-se para ouvir o paciente com atenção, demonstrando interesse em auxiliá-lo)	4
Tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes	0- Não oferece resposta à demanda do paciente. 4– A resposta se limita à oferta de serviços/ações que estão disponíveis no momento na Unidade não mobilizando recursos adicionais para a resolução do problema. 8 - Mobiliza recursos adicionais para a resolução do problema.	8
Marcação de consultas	0- Marcação de consultas realizada apenas em determinado dia da semana e horário. 2- Marcação de consultas realizada diariamente em determinado horário. 4- Marcação permanente de consultas, realizada em qualquer horário/dia de funcionamento da unidade.	4
Subtotal		20

Dimensão: Longitudinalidade		
Crítérios	Classificação	Pontuação máxima
Tempo do profissional médico na mesma Unidade de Saúde da Família	0 – < 1 ano 3 – ≥1ano e <3 anos 6 – ≥ 3 anos	6
Conhecimento do médico sobre o paciente	0 – Não lembra do nome de nenhum paciente nem do diagnóstico e terapêutica atual. 4 – Exemplifica caso de paciente citando apenas diagnóstico e terapêutica atual. 8 – Conhece aspectos da vida pessoal e familiar que interferem positiva ou negativamente no reestabelecimento do mesmo.	8
Confiança do paciente no médico	0 – O paciente não acredita no diagnóstico e/ou tratamento prescrito pelo médico. 3 – O paciente acredita em parte no diagnóstico e/ou tratamento prescrito pelo médico. 6 – O paciente acredita totalmente no diagnóstico e/ou tratamento prescrito pelo médico.	6
Subtotal		20

Dimensão: Oferta de Ações		
Crítérios	Classificação	Pontuação máxima
Ações Curativas	<p>0- A equipe realiza somente consultas de enfermagem</p> <p>3-A equipe atende a demanda espontânea de consultas médicas e de enfermagem</p> <p>6 –A equipe realiza consultas médica e de enfermagem a partir de uma programação (oferta organizada)</p>	6
Ações de prevenção de doenças	<p>0 – Não são realizadas ações de prevenção de doenças</p> <p>3- As ações de prevenção limitam-se ao âmbito individual, a exemplo de orientação alimentar em consultório para pacientes hipertensos</p> <p>6 As ações de prevenção são realizadas no âmbito individual, e também no coletivo, a exemplo de atividades de educação em saúde voltadas para grupos de risco (pacientes hipertensos)</p>	6
Ações de promoção da saúde	<p>0- Não são realizadas ações de promoção da saúde</p> <p>4- As ações de promoção da saúde limitam-se a palestras nos grupos sobre temas relacionados a incorporação de hábitos saudáveis</p> <p>8- As ações de promoção da saúde incluem atividades que envolvem articulação inter-setorial e o estímulo ao exercício da cidadania</p>	8
	Sub total	20

Dimensão: Coordenação da atenção		
Crítérios	Classificação	Pontuação máxima
Utilização de mecanismos para troca de informações entre profissionais da Unidade de Saúde da Família	0 – Não há mecanismos para troca de informações. 3 – A equipe se limita a utilizar mecanismos prescritos nas normas do Programa. 6 – A troca de informações se dá de modo sistemático e regular, permitindo a discussão de casos clínicos.	6
Divisão do trabalho em equipe	0 – A divisão do trabalho é rígida, a partir da definição das competências profissionais específicas. 3- A divisão do trabalho é flexível no que se refere a condução e execução de ações educativas (grupos educativos, palestras, atividades extra-muros) 6 – A divisão do trabalho é flexível no que se refere a condução e execução de ações educativas e também às atividades de planejamento, programação e gerenciamento da Unidade.	6
Utilização pelo médico de informações registradas no prontuário por outros profissionais	0 – não 2 – sim, eventualmente 4 – sim, regularmente	4
Utilização pelo enfermeiro de informações registradas no prontuário por outros profissionais.	0 – não 2 – sim, eventualmente 4 – sim, regularmente	4
Subtotal		20

Dimensão: Continuidade da atenção		
Crítérios	Classificação	Pontuação máxima
Utilização de mecanismos de referência para transferência de informações	<p>0 – Os mecanismos de referência não são utilizados.</p> <p>4- Os mecanismos de referência são utilizados eventualmente.</p> <p>8 – Os mecanismos de referência são utilizados regularmente.</p>	8
Contra-referência ambulatorial	<p>0- Não ocorre retorno de informações</p> <p>3- O retorno de informações ocorre eventualmente variando de acordo com a conduta de cada médico</p> <p>6- O retorno de informações ocorre regularmente sendo adotado por todos os médicos</p>	6
Contra-referência hospitalar	<p>0-Não houve retorno de informações</p> <p>3- O retorno de informações ocorre eventualmente</p> <p>6 O retorno de informações ocorre regularmente</p>	6
Subtotal		20

QUADRO 6

ESTIMATIVA DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE SEGUNDO DIMENSÕES E CRITÉRIOS, EM EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

QUADRO 6 - Estimativa do grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões e critérios, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

Dimensões e critérios	Equipe A		Equipe C		Pontuação Máxima
	N	%	N	%	
Acolhimento	13,1	65,5	8,5	42,5	20,0
Modo de atendimento do médico segundo percepção de usuários dos serviços e familiares.	3,6	90,00	3,8	95,00	4,0
Modo de atendimento na recepção/triagem segundo percepção de usuários dos serviços e familiares	2,7	67,50	1,6	40,00	4,0
Tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes	4,0	50,00	1,1	13,75	8,0
Marcação de consultas	2,8	70,00	2,0	50,00	4,0
Longitudinalidade da atenção	20,0	100,0	14,8	74,0	20,0
Tempo do profissional médico na mesma Unidade de Saúde da Família	6,0	100,00	6,0	100,00	6,0
Conhecimento do médico sobre o paciente	8,0	100,00	4,8	60,00	8,0
Confiança do paciente no médico	6,0	100,00	4,0	66,67	6,0

Coordenação da Atenção	17,0	85,0	13,2	66,0	20,0
Utilização de mecanismos para troca de informações entre profissionais da Unidade de Saúde da Família	4,2	70,00	4,2	70,00	6,0
Divisão do trabalho em equipe	4,8	80,00	3,0	50,00	6,0
Utilização de informações registradas no prontuário por outros profissionais de saúde (para o médico)	4,0	100,00	4,0	100,00	4,0
Utilização de informações registradas no prontuário por outros profissionais de saúde (para o enfermeiro)	4,0	100,00	2,0	50,00	4,0
Oferta de ações	18,4	92,0	15,0	75,0	20,0
Ações curativas	6,0	100,00	6,0	100,00	6,0
Ações de prevenção de doenças	6,0	100,00	6,0	100,00	6,0
Ações de promoção da saúde	6,4	80,00	3,0	37,5	8,0
Continuidade da atenção	11,0	55,0	11,0	55,0	20,0
Utilização de mecanismos de referência para transferência de informações	8,0	100,00	8,0	100,00	8,0
Contra-referência ambulatorial	3,0	50,00	3,0	50,00	6,0
Contra-referência hospitalar	0,0	00,00	0,0	00,00	6,0
Total	79,5		62,5		100,0

Verde = Avançado / Amarelo = Intermediário / Vermelho = Incipiente

DIAGRAMA 1

**GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
SEGUNDO DIMENSÕES, EM EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA.**

DIAGRAMA 1 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

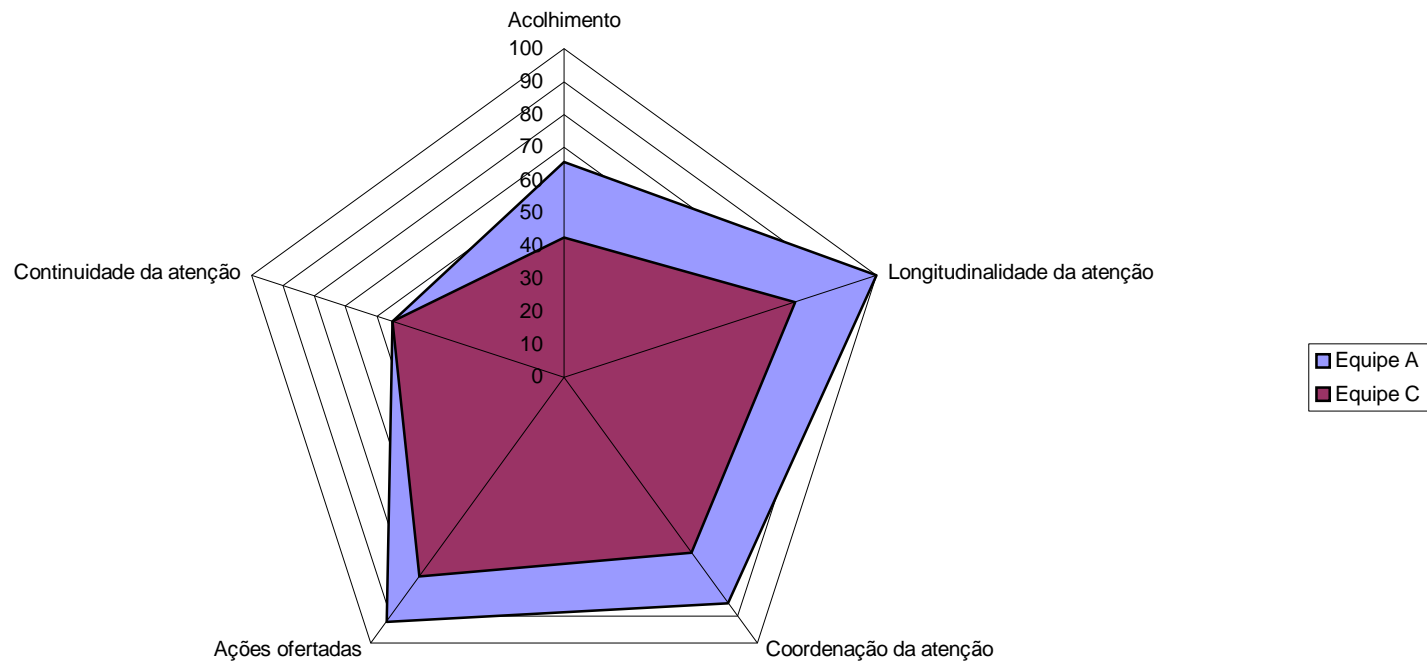


DIAGRAMA 2

**GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
SEGUNDO DIMENSÕES E CRITÉRIOS, EM EQUIPES DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA.**

DIAGRAMA 2 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo dimensões e critérios, em equipes do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

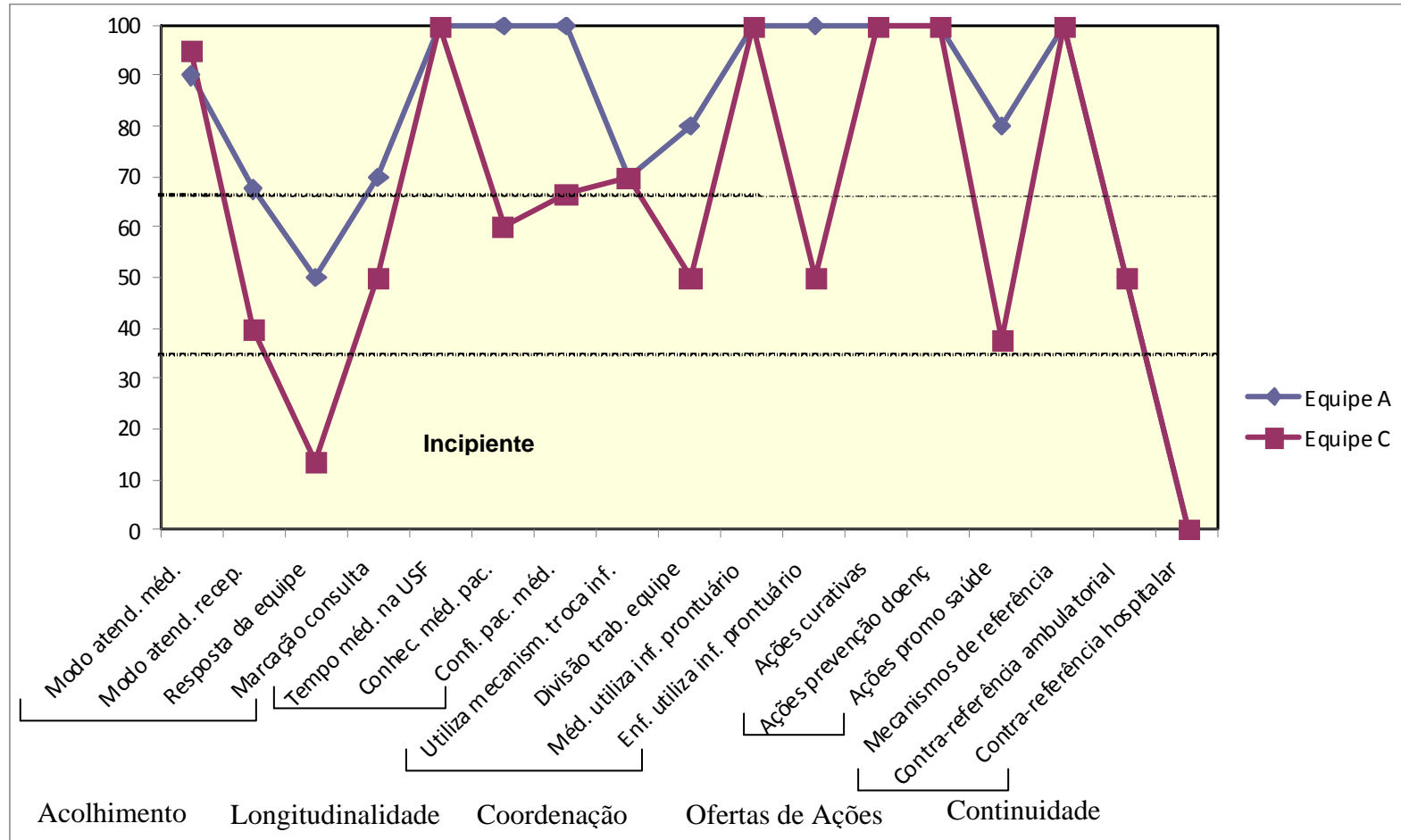


DIAGRAMA 3

**GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
SEGUNDO CRITÉRIOS, NA EQUIPE A, DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**

DIAGRAMA 3 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo critérios, na equipe A do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.

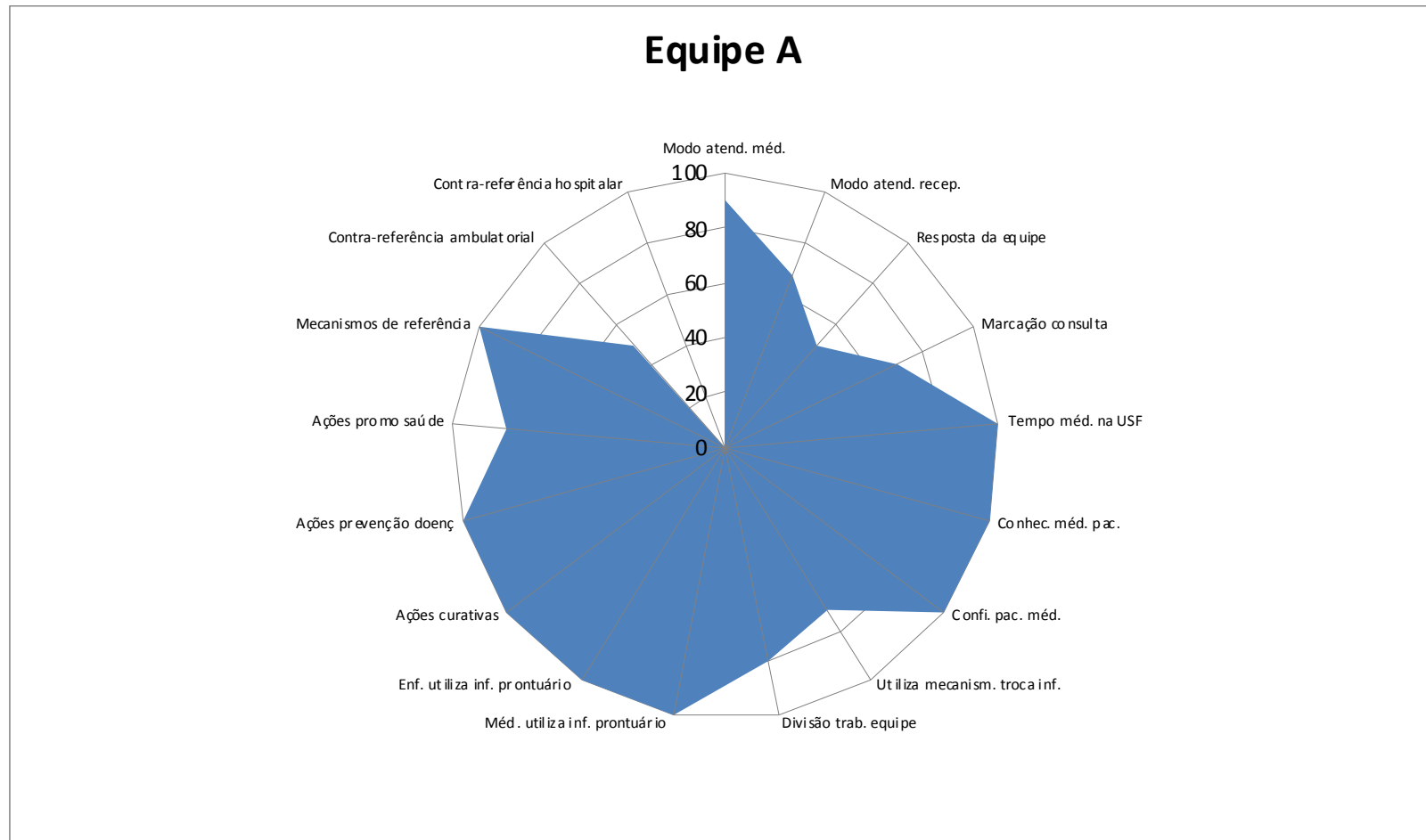
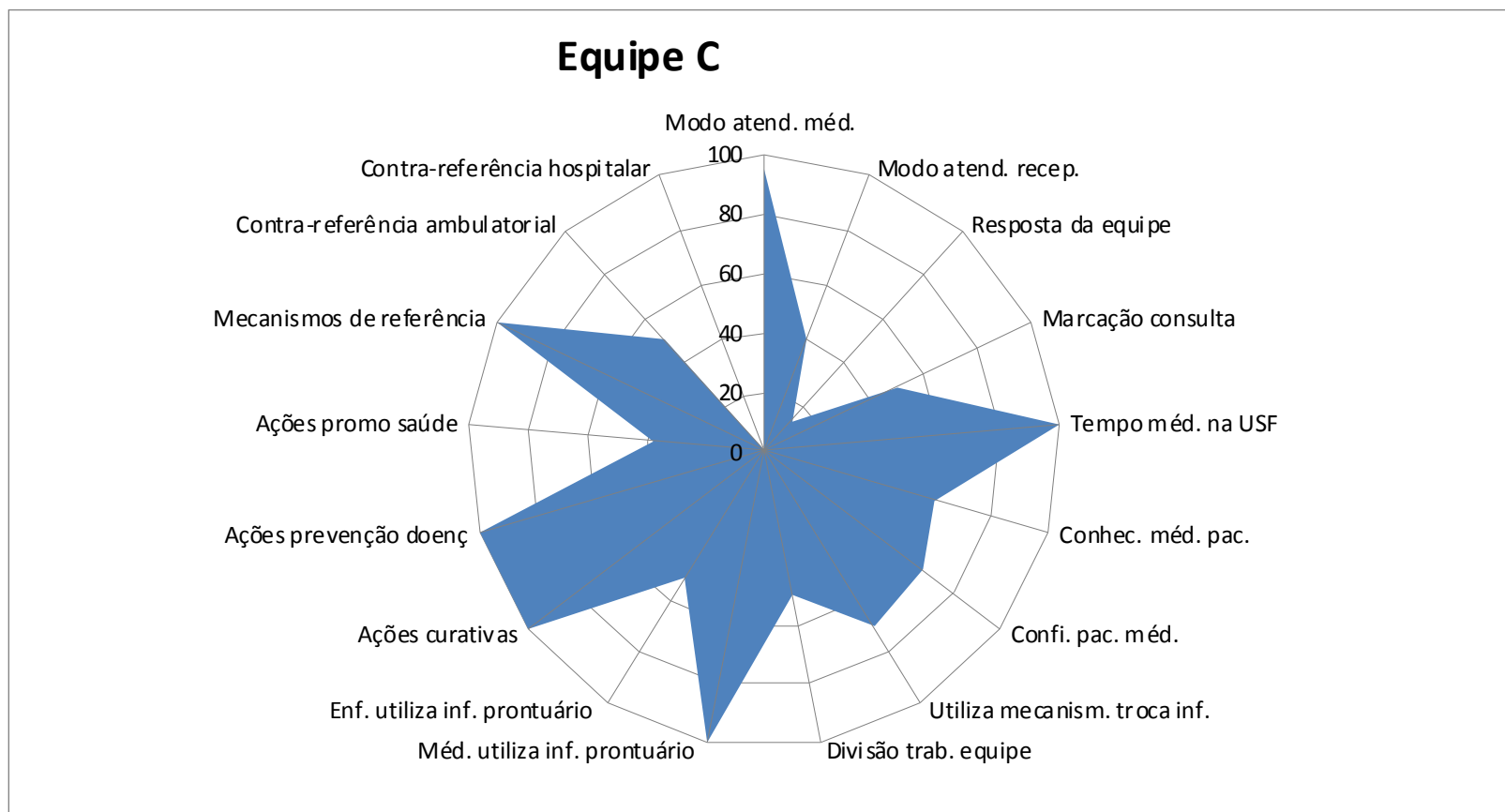


DIAGRAMA 4

**GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
SEGUNDO CRITÉRIOS, NA EQUIPE C DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**

DIAGRAMA 4 - Grau de implantação da integralidade da atenção à saúde segundo critérios, na equipe C do Programa de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia.



APÊNDICES

APÊNDICE A

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA
COM PROFISSIONAIS
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista com profissionais das Equipes de Saúde da Família

TRAJETÓRIA/ORIGEM SOCIAL:

- Você é daqui mesmo de V. Conquista ou de outro município? Qual? E seus pais?
- Onde vc mora/ em que bairro?
- Há mais alguém na família que trabalha na área de saúde?

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

- Você poderia nos falar um pouco sobre a sua trajetória profissional?
- Você participa ou já participou de algum movimento social, assim tipo movimento popular, ou militância estudantil.

TITULAÇÃO

- Qual a Instituição onde graduou-se e em que ano concluiu a graduação?
- Você fez algum curso de pós-graduação? Qual/quais? Onde?
- Por quê decidiu realizar este(s) curso(s)?
- Na sua opinião esse(s) curso(s) contribuíram para as ações que você desenvolve atualmente no PSF? Como e por quê?

CONCEPÇÃO SOBRE O PSF, A REFORMA SANITÁRIA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

- O que foi o movimento da Reforma Sanitária para você?
- No seu entendimento o que é o Programa de Saúde da Família?
- O que você entende por Integralidade da atenção à saúde?
- Você vê alguma relação entre a reforma sanitária brasileira, o PSF e o princípio da Integralidade da atenção à saúde? Qual?
- Descreva uma situação vivenciada nesta Unidade em que um problema ou necessidade de saúde de um paciente que tenha sido abordado de acordo com o princípio da Integralidade

LONGITUDINALIDADE, COORDENAÇÃO e CONTINUIDADE DA ATENÇÃO, OFERTA DE AÇÕES

- Você poderia relatar como é um dia de trabalho aqui na Unidade?
- Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade de Saúde da Família?
- Quando você faz um atendimento ao paciente que tipo de informações você solicita?
- Como você descreveria a sua relação com os pacientes/usuários dos serviços desta Unidade?
- Existe troca de informações entre os profissionais da Unidade sobre os pacientes hipertensos acompanhados? Em que momento essas trocas acontecem? Com que regularidade?
- Com são distribuídas as ações de controle da HA aqui na Unidade? (quem faz o quê?)
- Onde são registradas as informações sobre os pacientes acompanhados?
- Que tipos de ações para o controle da hipertensão arterial são desenvolvidas na Unidade e quem as realiza?
- Como se dá a referência e contra-referência dos pacientes que vocês acompanham nesta Unidade?
- Vocês recebem retorno de informações sobre o que foi feito com os pacientes encaminhados para outros serviços?

APÊNDICE B

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA
COM USUÁRIOS DOS SERVIÇOS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista com usuários dos serviços das Unidades de Saúde da Família

- Como você descreveria a sua relação com o médico que lhe atende nesta Unidade?
- Como você descreveria a sua relação com a enfermeira que lhe atende nesta Unidade?
- Há quanto tempo você conhece o médico e a enfermeira que lhe atendem nesta Unidade?
- Quando você está diante do médico você fala todas as suas queixas e dúvidas? Sim, Não Porquê?
- Quando você está diante da enfermeira você fala todas as suas queixas e dúvidas? Sim, Não Porquê?
- Você aceita e cumpre todas as orientações que o médico lhe dá? Sim, Não Porquê?
- Você aceita e cumpre todas as orientações que a enfermeira lhe dá? Sim, Não Porquê?
- Você confia no médico que lhe atende nesta Unidade? Sim, Não Porquê?
- Você confia na enfermeira que lhe atende nesta Unidade? Sim, Não Porquê?

APÊNDICE C

EXEMPLO DE RELATÓRIO NUD.IST

Project: INTEGRALIDADE PRÁTICAS PSF **User:** Administrator **Date:**
21/6/2006 -10:17:13

NODE CODING REPORT

Node: CONCEPÇÕES/INTEGRALIDADE

Treenode address: (7 3)

Created: 30/5/2006 - 12:07:12

Modified: 19/6/2006 - 16:35:26

Description:

Documents in Set: CSU

Document 2 of 8 ENTREVISTAS CSU En

Passage 1 of 5 Section 1, Para 61, 705 chars.

61: Integralidade da atenção: “É você oferecer ao paciente né o atendimento do que ele precisa ne em toda sua integralidade se ele precisa uma atenção básica você vai atender ele porque é básico se ele precisar de uma média complexidade você oferece essa média complexidade se ele precisar de uma alta complexidade você oferece a ele então você vai dar um atendimento integral porque tudo que aquele paciente ta precisando que agente ainda coloca aquela questão pra ver o paciente de forma holística né de ver o todo do paciente que acho que isso ainda agente não conseguiu fazer no PSF eu acho que até aquela própria da cultura das pessoas” pág12

Passage 2 of 5 Section 1, Para 62, 1271 chars.

62: “Eu acho importante e o PSF também lhe dá essa oportunidade porque é o que eu tava falando hoje pros meus alunos eu tenho um ano só que trabalho aqui a maioria das outras já tem três anos a grande maioria dos pacientes que entram aqui eu já conheço por isso que as vezes você vê chegar essa intimidade as vezes que agente tem de brincar com o paciente falar alguma coisa você sabe quem é, você sabe aonde ele mora, provavelmente eu já fui na casa desse paciente alguma vez por algum motivo e você sabe com quem ele convive quais as condições de vida dessa pessoa né, eu acho que isso interfere muito hoje a consulta eu acho que agente faz baseado nisso até o medicamento as vezes agente prescreve uma coisa que agente sabe que ela pode comprar aquele medicamento é melhor mais não faz parte da farmácia básica mais essa paciente ela tem condições né? de comprar então agente já atende uma forma diferente outras não agente sabe que não tem vai ter que ser assim com o que agente tem aqui entendeu então isso é muito é dar é um diferencial muito grande assim na hora que você atende um paciente que você sabe o meio em que ele né as pessoas com quem ele convive as situações que ele convive isso dar condições de fazer” pág.12-13

Passage 3 of 5 Section 1, Para 66, 1125 chars.

66: “Agora eu acho assim agente ta trabalhando com um numero excedente de família , não sei se você viu, É percebeu o horário que agente saiu é diferente também pra você ver duas equipes na mesma unidade e tem perfis diferente, aqui na unidade a equipe da enfermeira F. tem 1600 e poucas famílias tá excedente também porque o Ministério preconiza mil, mas é um nível sócio-econômico muito diferente, é uma abordagem muito diferente deles em relação a nossa equipe, o nosso agente tem mais família do nível sócio econômico menor né e lá não a maioria muita gente já tem plano de saúde então eles já são mais exigentes também em relação a equipes e ele conseguem, assim como é a maioria tem uma classe social melhor eles procuram menos a unidade então eles tem 1600 famílias mais eles tem como gerenciar muito bem essas 1600 famílias, já agente não o povo procura o povo vem pra unidade o povo quer o atendimento né e

agente realmente tá sufocado assim então eu acho que agente pôr isso que agente não tem tempo ainda pra poder ver o paciente assim, agente faz né, mas não como agente gostaria né” pág13

Passage 4 of 5 Section 1, Para 68, 1377 chars.

68: “...o Ministério preconiza de 600 a 1000 né e agente ta trabalhando justamente com o dobro de famílias e famílias quem vem pra unidade saúde que procura agente então acho que agente trabalha realmente de forma sufocada independente disso até pela experiência que eu já tive em outros PSFs somente com o numero limite digamos no máximo de 1000 é complicado isso também justamente pela própria cultura dos pacientes eu acho que essa questão mesmo de demanda espontânea isso não acaba nunca sabe ...porque assim quando você implanta o programa de saúde da família no primeiro momento você aumento muita sua demanda pôr que você ne todo aquele processo de implantação faz com que de aquele *boom* na unidade as pessoas vem pra unidade você ta dando um respaldo então elas comparecem a parte daí quando você começa a organizar a demanda que começa ne a diminuir o fluxo mas no PSF ainda a procura é muito grande assim o médico eles querem a consulta querem a consulta tem gente assim que agente faz visita domiciliar ne quando é no outro dia eles tão aqui querendo consulta médica ne então existe isso ainda tem gente que toda semana quer marcar consulta toda semana isso já entra a questão de você olhar o paciente de formas holística as vezes ele vem pra consulta não ta sentindo nada ele quer conversar com a médica ele quer contar um problema que ele tem

Document 3 of 8 ENTREVISTAS CSU Me
Passage 1 of 2 Section 2, Paras 31 to 32, 302 chars.

32: “Integral é que você vá olhar as condições sociais, de saúde, bem, tudo da família, não é só ver a doença na família, orientação de idoso orientação de gestante a orientação de adolescente, vacina, tudo, pra mim é tudo é a família como um todo” pág. 6

Passage 2 of 2 Section 2, Paras 33 to 34, 580 chars.

34: “É que você tem de acompanhar fazer o diagnostico encaminhar pra uma pessoa e pra um serviço especializado e resolver o problema de saúde da pessoa, como é que eu tenho assim paciente que chega com dores, paciente que vão pro pronto socorro toda semana e eu faço o diagnostico já faço o diagnostico já encaminho pra cirurgia faz a cirurgia e ta resolvido o problema..” pág.6

This Node codes no other documents in this set.

APÊNDICE D**QUADROS DE EVIDÊNCIAS DA IMPLANTAÇÃO DA INTEGRALIDADE
NAS EQUIPES A E C**

APÊNDICE D - Quadros evidências equipe A

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão ACOLHIMENTO

Dimensão: Acolhimento
Critério: Modo de atendimento do médico segundo percepção de usuários dos serviços e familiares
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 3,6
Entrevista com usuários e/ou familiares: <p>“Só o que eu tenho a dizer assim que pra mim o atendimento [médico e de enfermagem] no Posto do SUS [Unidade A] é muito bom, não tenho o que dizer...” (Entrevista com Paciente MM) <i>Passage 1 of 1</i> Section 2.1, Para 57, 223 chars. <i>Document 4 of 8</i>.</p> <p>“Paciente L -Atende bem. Não tenho o que falar. H – Maravilhosamente bem, ótima mesmo. L - ...nós brincava muito, eu mais ela, ela chamava eu de paixão” (Entrevista com Paciente L. e sua filha H. Pág. 14 e 15)</p> <p>“Foi passando mal, o velho... – o que é que você tem paixão? Que eu chamo ele de paixão, e ele – não tou bem não.. – quando peguei ele ele tava infartando, o resgate chegou rápido e já saiu daqui medicado” (Entrevista com Méd. A) <i>Passage 1 of 1</i> Section 1.2, Paras 94 to 101, 507 chars. <i>Document 2 of 8</i>. [interessante manter pois confirma o relato acima do paciente]</p> <p>Impressões sobre entrevista com filha da paciente VI: nas vezes em que se referiu à Médica A o fez de modo a parecer haver intimidade e boa relação da sua mãe (a paciente) com a mesma.</p>
Entrevista com ACS: Sobre a paciente VI a ACS L. informa que a paciente é diabética e hipertensa. Após ter quebrado a bacia em decorrência de uma queda foi ficando debilitada e acamada. A médica da Unidade SF fazia visita domiciliar mensal: “A gente fazia visita domiciliar, todo mês Dra. A. ia lá pra poder visitar, orientar a medicação...” (Entrevista com ACS L.p.01)
“Dra. A era uma pessoa assim muito popular” (Entrevista com ACS L.p.04)
Observação direta: A impressão geral e confirmada pela observação em campo é de que a médica é querida e parece ter boa relação com seus pacientes, demonstrando atenção e afetividade no atendimento aos mesmos.
Comentários/Argumento: A impressão geral e confirmada pela observação em campo é de que a médica é querida e parece ter boa relação com seus pacientes, demonstrando atenção e afetividade com os mesmos.

Dimensão: Acolhimento
Critério: Modo de atendimento na recepção/triagem segundo percepção de usuários dos serviços e familiares
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 2,7
<p>Entrevista com usuários e/ou familiares:</p> <p>“Ah.. atender bem às vezes atende, tem horas que as meninas, não sei porque, as meninas fazem a triagem estão nervosas, se tá nervosa não atende bem, não sabe dar uma informação legal, não são os médicos que põem ordem, quem põe ordem são elas, elas fazem do jeito que querem, e põem a culpa em cima de outro, se a gente vai falar que tá errado que prioridade no PSF tinha que ser idosos,crianças, febres altas né?e diarreia, não são, porque se você chega aí com a criança passando mal, com febre vomitando - ‘Ah, vá procurar um Pronto Socorro...” (Paciente L.) <i>Passage 1 of 1</i>Section 2, Para 146, 1208 chars._Document 3 of 8).</p> <p>“Só o que eu tenho a dizer que pra mim o atendimento do Posto do SUS é muito bom, não tenho o que dizer ...” (Paciente M.M) (<i>Trajectoria 11, E.p.06</i>)</p> <p>“Gosto ué, aí de mim se não fosse ele [o Posto do PSF] porque eu não tenho dinheiro, não sou aposentada, se eu não tivesse como é que eu fazia?” (Paciente M.M.) <i>Passage 1 of 1</i>Section 2, Para 49, 186 chars. Document 4 of 8</p> <p>Paciente VI: a entrevista não evidenciou resposta a essa pergunta. Não foi possível pontuar.</p>
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: observei uma variabilidade no atendimento no entanto pendendo mais para os aspectos positivos, atendimento atencioso
Comentários/Argumento: O relato do paciente L revela instabilidade no modo de atendimento na recepção/triagem, que pode variar de pessoa a pessoa, do estado em que se encontram, da sua vontade, etc. Observa-se também expressão de impessoalidade, indiferença e crítica ao serviço. Observa-se uma variabilidade nas respostas o que evidencia o aspecto relacional desses critérios.

Dimensão: Acolhimento
Critério: Tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação):4,0
<p>Entrevista com usuários e/ou familiares:</p> <p>“Ah.. atender bem às vezes atende, tem horas que as meninas, não sei porque, as meninas estão nervosas, as meninas que fazem a triagem, se tá nervosa não atende bem, <u>não sabe dar uma informação legal</u>, não são os médicos que põem ordem, quem põe ordem são elas, <u>elas fazem do jeito que querem</u>, e põem a culpa em cima de outro, se a gente vai falar que tá errado que prioridade no PSF tinha que ser idosos,crianças, febres altas né?e diarréia, não são <u>porque se você chega aí com a criança passando mal, com febre vomitando – ‘Ah, vá procurar um Pronto Socorro’, você chega no Pronto Socorro ‘Vá procurar o Posto de Saúde’..”</u> (Paciente L.) <i>Passage 1 of 1 Section 2, Para 146, 1208 chars._Document 3 of 8</i></p> <p>“Aí minha filha nós tiramos o eletro, eu trouxe pra Dra. A, deu o enfarte. Dra. A passou pra outro médico lá no Centro Especializado, Dr. I., cardiologista, e até hoje ele me acompanha...” (Paciente MM, pág.03) Relata que foi encaminhada da Unidade PSF para Centro Ambulatorial especializado sendo atendida e acompanhada regularmente por Cardiologista.</p> <p>“No dia em que mãe passou mal eu fui buscar Dra.A, cheguei lá Dra. A não estava, acho que tava em visita domiciliar, aí quem foi lá foi a enfermeira da outra equipe, <u>aí a enfermeira veio em casa e quando chegou mediu a pressão dela, a pressão não tava muito alta né, mas ela disse que eu procurasse logo pra levar ela pro hospital</u> (...) liguei a tarde inteira, quando foram chegar já era cinco e meia da tarde, demorou muito pra vim,eu ligava, dizia que não tinha carro, aí eu me desesperei e não tinha condição de botar ela no carro particular de jeito nenhum porque ela não sentava, aí foi que eu liguei pro Hosp.S.V. e chamei o rapaz da prefeitura que faz internamento pela prefeitura e ele chamou o resgate pra mim, aí foi que veio, isso já era o quê, umas cinco da tarde, aí levou ela pro hospital” (Filha da Paciente VI, pág. 04 e 05)</p>
Entrevista com ACS: NSA
Observação Direta: NSA
<p>Comentários/Argumento: O relato do paciente L. evidencia que o encaminhamento dado às demandas dos usuários expressa variações relacionadas ao humor em que o profissional se encontra. Na situação relatada pelo paciente parece não ter havido esforço de mobilização para a resolução do problema trazido pelo paciente que terminou sofrendo o jogo do “empurra empurra” de um serviço para outro, sem resolutividade no que se refere as questões demandas. Uma constatação interessante em relação à pontuação desse critério foi a grande variabilidade dos resultados em função dos diferentes pacientes entrevistados. Pode-se perceber que o tipo de problema define, em certa medida, a resposta dada pela equipe. Assim, pacientes que apresentam demandas mais simples, que requerem mobilização de recursos disponíveis no momento do atendimento tendem a obter respostas mais satisfatórias que aqueles que ou apresentam demandas mais complexas, ou comparecem à unidade no momento em que os recursos não estão disponíveis, ou mesmo da disposição subjetiva daquele agente naquele momento específico em oferecer aquele tipo de serviço adequado à resolução do problema do paciente. Nesse sentido pode-se afirmar que o paciente terá seu problema “resolvido” na medida em que este problema se adeque às circunstâncias de oferta de serviço da unidade, e não o inverso. O tipo de problema apresentado define o grau de mobilização necessária. A partir desses elementos, pode-se inferir que não há uma proposta de acolhimento institucionalizada. Os problemas e pessoas são diferentes. A média é q vai dizer se a equipe responde bem ou não às demandas colocadas.</p>

Dimensão: Acolhimento
Critério: Marcação de consultas
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 2,8
<p>Entrevista com profissionais de saúde:</p> <p>Para a demanda espontânea a marcação de consultas é realizada diariamente através da triagem, pela manhã e pela tarde, em horário determinado:</p> <p>“Os pacientes que são demanda espontânea digamos assim o paciente que teve uma febre, sentiu alguma coisa, ele vem pra triagem né, a porta de entrada da unidade, é de 7 as 8 de manhã e de tarde das 13hs as 14hs, então todos esses pacientes que tão sentindo eles já são informados disso, a comunidade já sabe, então eles quando querem o atendimento eles vem nesse horário” (Enf. A)</p> <p><i>Passage 4 of 7 Section 1.1, Para 141, 1372 chars. Document 01 of 08.</i></p> <p>Há também o agendamento de consultas através dos grupos de hipertensos, diabéticos, etc (oferta organizada):</p> <p>“Todos os grupos que a gente faz na unidade é uma porta de entrada também, uma pessoa que precisa de um atendimento, uma consulta, se ela participa de um grupo e precisa de uma consulta a gente prioriza essa consulta...” (Enf. A)</p> <p><i>Passage 6 of 7 Section 1.1, Para 205, 1608 chars. Document 01 of 08.</i></p> <p>Para o preventivo a marcação ocorre <u>em apenas um dia do mês</u> até o preenchimento do número de vagas.</p> <p>A marcação para as gestantes é realizada em qualquer horário: “...as gestantes agendam sem dificuldade nenhuma, a gestante chegou aqui agenda, porque a médica tem o dia de atendimento de gestante então chegou aqui, está gestante, ela agenda a primeira consulta e também já é garantido o retorno” (Enf. A)</p> <p><i>Passage 3 of 7 Section 1.1, Para 137, 644 chars. Document 01 of 08.</i></p>
Entrevista com ACS: NSA
<p>Observação Direta: A Equipe apresenta 04 modalidades diferentes para a marcação de consultas indo da considerada mais restritiva (marcação em apenas um dia do mês) a considerada mais avançada (marcação permanente, realizada em qualquer dia/horário). Essa variabilidade revela a inexistência de uma concepção definida sobre acolhimento que pressupõe que os serviços de saúde estejam organizados para atender a demanda, viabilizando a entrada de cada usuário na rede e facilitando o atendimento. Na concepção de acolhimento adotada, não existe a possibilidade de demanda reprimida dado que a equipe deve mobilizar recursos para resolução do problema mesmo que isto signifique um encaminhamento para outro serviço.</p>
<p>Comentários/Argumento:</p> <p>Apesar dos aspectos restritivos foi atribuída nota acima do valor intermediário devido a existência da modalidade considerada mais avançada.</p>

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão LONGITUDINALIDADE

Dimensão: Longitudinalidade		
Critério: Tempo do profissional MÉDICO na mesma Unidade de Saúde da Família		
Classificação: 0 para < 1 ano / 5 para ≥1ano e <3 anos / 10 para ≥ 3 anos		
Equipe	Pontuação Obtida	Entrevista com profissional de saúde
A	6,0	<p>“Eu acho que depois que eu estou aqui há três anos e meio agente já conseguiu muita coisa” <i>Passage 1 of 3</i> Section 1.2, Para 69, 86 chars. Document 2 of 8.</p> <p>“Nós estamos aqui há 3 anos e 6 meses no PSF. Eu digo que é um vício e que eu já estou viciada aqui” <i>Passage 2 of 3</i> Section 1.2, Para 202, 40 chars. <i>Passage 3 of 3</i> Section 1.2, Para 204, 53 chars. Document 2 of 8.</p>

Dimensão: Longitudinalidade		
Critério: Conhecimento do profissional médico sobre o paciente		
Pontuação obtida: 8,0		
Entrevista com profissionais de saúde:		
<p>“E - Nos últimos seis meses você tem recordação de ter chamado o resgate para algum paciente hipertenso? Dra. A - Duas vezes, para o mesmo paciente. E – Você lembra o nome dele? Dra. A. – Sim, o Sr. V.” (Méd. A. Pág.04) <i>Passage 1 of 3</i> Section 1.1, Paras 42 to 47, 212 chars. <i>Document 2 of 8</i></p> <p>“L.J. é um paciente que tem 62 anos, hipertenso e diabético, ele já ta no quarto infarto, ele fumava ele bebia, ele tá bem acabadinho, esse ano ele já ta na quarta internação, e vai pra mas ele é assim: agente chama a ambulância ele vai pro hospital fica geralmente na UTI e volta, agente pensa que ele tá bonzinho, tá com repouso, ele trabalha aqui na horta e começa a pegar peso, não faz dieta, e não tem conselho, ele participa de todos os grupos, não falta medicação pra ele, quando agente pensa que não, ele come uma feijoada no fim de semana e chega aqui com pressão ate de 26/12” (Méd. A Pág.07)</p> <p>“Eu tenho uma criança ela é desnutrida, eu já fiz várias solicitações de exames e a mãe não faz, a mãe continua dando lixo a criança, salgadinho, bolacha recheada e refrigerante, a menina não quer outra coisa a não ser aquilo, hoje a tia trouxe e ficou horrorizada quando eu mostrei o prontuário, a menina fez parte do programa de leite e continua magricela, pequenininha, e a tia me disse que agora vai tomar conta da criança, tem que ser diferente porque só come porcaria mesmo” (Méd. A) <i>Passage 1 of 3</i> Section 2.1.2, Para 75, 556 chars. <i>Document 4 of 8</i>. [Não disse o nome da criança mas demonstrava saber perfeitamente de quem estava falando]</p> <p>“As pessoas que mais vem aqui eu já conheço o que come, o que veste, a renda familiar, sei tudo direitinho, sei o nome, eu não sei como eu consigo decorar, saber nome de toda comunidade porque elas adoram ser chamadas pelo nome, encontro na porta do Posto com elas, na rua, e falar, às vezes eu vou fazer visita domiciliar encontro a pessoa na rua - como vai? as vezes eu saio cumprimentando todo mundo.”(Méd. A) <i>Passage 3 of 3</i> Section 4, Para 84, 533 chars. <i>Document 3 of 8</i>.</p> <p>“Os pacientes daqui são muito complicados, o paciente que agente faz acompanhamento participa de grupo, quando agente menos espera <u>falta a medicação na unidade e não pode comprar, e às vezes a comida que tem é só carne salgada, é lingüiça, é calabresa que é a carne mais barata, e agente vai ver tá lá com a pressão alta, tomou o remédio? tomou mas quando você vai ver é a dieta</u>” (Méd. A. Pág.03)</p>		
Entrevista com ACS: NSA		
Observação direta: NSA		
Comentários/Argumento: O informante nomeou pacientes relatando em detalhes a situação dos mesmos quanto ao diagnóstico, terapêutica e possíveis aspectos da vida sócio-econômica e familiar que podem estar interferindo no restabelecimento dos mesmos. Foi atribuída a nota máxima.		

Dimensão: Longitudinalidade
Critério: Confiança do paciente no médico
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 6,0
Entrevista com usuários e/u familiares:
<p>“Paciente. L. - Eu confio muito nela; Filha do Paciente L. - Dr. A falava bem assim: é pra tomar mijo Sr.L., Sr.L. tomava mijo; Paciente L. - Só uma coisa que eu não concordei com ela a primeira vez, foi que ela mandou eu comer sem sal de tudo, tudo sem gordura, tudo, eu falei - Dr. A. então é uma lavagem (risos) porque nós brincava muito, eu mais ela, ela chamava eu de paixão”. (Paciente L e sua filha H) <i>Passage 4 of 5 Section 2, Para 144, 429 chars. Document 1 of 8.</i></p> <p>“Eu fui onde tá Dra. A. ela me fez o exame e disse que eu tava com infecção nas urinas, me deu remédio e passou o comprimido da pressão pra mim tomar. Era problema da pressão que tava atacando as urinas, aí me deu os comprimidos da pressão pra eu tá usando o remédio todo mês, eu tomo tudo direitinho..” (Paciente M.M.)</p> <p>Paciente VI: a paciente foi a óbito e a entrevista foi realizada com a sua filha não sendo possível obter resposta a essa pergunta. Sendo assim, não foi possível pontuar.</p>
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
<p>Comentários/Argumento: Os relatos de 02 pacientes evidenciam que os mesmos confiam nas orientações recebidas e revelam adesão ao tratamento indicado. O relato da médica revela a existência de vínculo com os pacientes que a procuram para dar retorno, para agradecer, etc. A médica comenta também que consegue obter a adesão dos pacientes através de estratégias de socialização, como por exemplo fazer a festinha dos aniversariantes do mês no grupo de idosos. Relatos da médica A:</p> <p>“Pra mim é muito gratificante, eu fico muito feliz, porque as pessoas me procuram pra agradecer, pra me contar o que foi que houve, como foi o parto, se ela gostou de parir, se fez pré-natal aqui e que foi tudo certinho, foi tudo como foi ensinado, como foi orientado, as pessoas que fazem cirurgia depois voltam pra dizer como foi o resultado” (Méd. A) <i>Passage 1 of 1 Section 2.1.2, Paras 73 to 74, 532 chars. Document 2 of 8.</i></p> <p>“...eu acho que é muito assim essa questão da socialização mesmo né? porque quando agente canta o parabéns pra aquelas pessoas que agente bota lá na frente, teve idosos que disseram que nunca ninguém na vida deles inteira cantou parabéns pra eles, então eles se emocionam com aquilo entendeu? e as vezes agente consegue muito a adesão de um paciente por coisas bobas como isso” (Méd. A) <i>Passage 2 of 2 Section 2.2, Para 124, 1309 chars. Document 1 of 8.</i></p>

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Mecanismos para troca de informações entre profissionais da Unidade de Saúde da Família
Pontuação obtida: 4,2
<p>Entrevista com profissionais:</p> <p>“Ah, com Dra. A é fácil, sempre que agente precisa até na própria consulta mesmo ela quer me mostrar alguma coisa às vezes ela vê uma coisa diferente, ela bate aqui na minha porta eu vou e olho [o consultório médico e de enfermagem são interligados por uma porta] ou as vezes eu tô atendendo um paciente e preciso de uma orientação dela, eu chamo ela, ela vem aqui...” (Enf. A) <i>Passage 1 of 3</i> Section 1.1, Paras 257 to 259, 650 chars. Document 2 of 8</p> <p>“ Eu acho que não tanto como deveria né? mas agente sempre troca alguma coisa, na reunião acho que é o momento que agente tem é a reunião, na reunião também agente tem a rodada da semana, agente pede pra cada um da equipe colocar como foi a sua semana tanto dentro da unidade o que foi que aconteceu, quanto na sua vida pessoal, e aí é o momento também que cada um se abre” (Enf.A) <i>Passage 2 of 3</i>, Section 1.1, Paras 328 to 331, 772 chars. Document 2 of 8</p> <p>“É o momento também que agente escuta vários problemas assim agente até troca a questão dos pacientes, cada um coloca sobre sua vida pessoal, o que foi que aconteceu naquela semana, é muito interessante, e aí cada um coloca também - oh gente aquele paciente que chegou aqui assim assado.. Dra A fala dos grupos dela, aconteceu isso e isso, teve um paciente assim e tal.. quando acontece alguma coisa ela vem aqui na minha sala, mostra né? e coisas assim que são interessantes pra equipe inteira saber, <u>ela sai de sala em sala às vezes mostrando</u>, e na reunião é o momento mesmo, a dentista coloca - gente eu recebi um paciente essa semana assim assado, sempre alguém coloca alguma coisa de algum paciente, eu falo como foi meu grupo de gestante se tá vindo muita gente se não tá..” (Enf.A) <i>Passage 3 of 3</i> Section 1.1, Paras 333 to 339, 1206 chars. Document 2 of 8</p> <p>“Nós temos uma reunião dia de quinta-feira que é hoje a tarde, nessa reunião é tratado todos os assuntos, o que é que tá acontecendo, quem tá com dificuldade, o que foi facilitado, resolveu o problema passado, o que vai acontecer e tudo é resolvido nessa reunião de equipe (...) na reunião de quinta-feira no início do mês agente já planeja quais são os grupos, onde vai ser, quem vai participar daquele grupo” (Méd.A) <i>Passage 1 of 2</i> Section 1.2, Paras 151 to 172, 1909 chars. Document 3 of 8 (Flex.Inf.)</p>
<p>Comentários/Argumento: Foram identificados relatos de troca de informações de modo sistemático e eventual a partir de contatos estabelecidos entre os profissionais caracterizado pelo passar “de sala em sala” e pela existência de uma porta de ligação entre os consultórios médico e de enfermagem que, apesar de não ser um modelo de estrutura adotado em todas as Unidades de Saúde da Família, facilitou a comunicação eventual entre os profissionais da equipe A. A reunião de equipe aparece como único mecanismo regular para troca de informações. Este momento funciona também para a resolução de questões administrativas, de planejamento de atividades e também para compartilhamento de questões pessoais, não estando voltado especificamente para a discussão sobre assuntos relativos aos pacientes. Não foram relatados mecanismos mais avançados para troca de informações a exemplo sessões científicas regulares para discussão de casos clínicos.</p>

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Divisão do trabalho em equipe
Pontuação obtida: 4,8
<p>Entrevista com profissionais:</p> <p>Devido à ausência da médica os ACS a substituíram na condução do grupo de hipertensos, a enfermeira comenta que apesar de terem programado em cima da hora a reunião foi considerada um sucesso: “Foi ótimo, foi ótimo[o grupo de hipertensão], agente tava até comentando isso aqui, como foi bom e como os hipertensos adoraram né? e foi a primeira vez assim que ela [a médica] não foi né? não participou do grupo, então eles [os Agentes] assumiram, agente encaminhou um auxiliar de enfermagem que ele sempre vai mas só pra aferir a pressão né? mas eles[os ACS] programaram também em cima da hora, eu falei: gente, se preparem porque vocês é que vão assumir o grupo” (Enf A, pág.26) <i>Passage 1 of 8</i> Section 1.1.1.1, Paras 74 to 75, 659 chars. Document 4 of 8</p> <p>“...eu fui, porque Dra. A não pode ir, aí eu fui pra um grupo de hipertensos, tinha trinta e cinco hipertensos né, aí verifico a pressão de todo mundo nesse grupo, ainda fizemos palestras demos um pouco de sorriso pra eles né? que já melhora muito o paciente” <i>Passage 3 of 8</i> Section 2, Para 66, 271 chars. (Aux. Enf.)</p> <p>“Agente teve uma reunião né, todo mundo participa auxiliar de enfermagem, ACS, então eles são responsáveis de fazer uma dinâmica de grupo, de integração do grupo antes de começar a reunião, eles mesmo é que montam a pauta do que é que vai ser discutido naquela semana, eles saem perguntando: você quer que coloque alguma coisa na pauta? são responsáveis por isso, e aí sempre tem um lanche também no final eles também organizam né? então é muito interessante a nossa reunião..” (Enf A.pág.27-28) <i>Passage 4 of 8</i> Section 1.1.1.1, Para 78, 750 chars. Document 4 of 8.</p> <p>“ ... depois que eu entrei aqui que eu botei isso de cada um fazer, porque todo mundo ia pra reunião e ficava esperando a enfermeira chegar com a pauta, e agente que tinha que bolar e todo mundo se queixava - ah porque não tem uma dinâmica e tudo mais.. é difícil pra gente toda semana ir com a pauta pronta com dinâmica de grupo pronta e diferente, que agrada todo mundo né? ai eu falei isso aqui vai ter que mudar, todo mundo vai ter que ser responsável por alguma coisa então e ai é muito interessante ” (Enf A. pág.32) <i>Passage 5 of 8</i> Section 1.1.1.1, Para 80, 677 chars. Document 4 of 8.</p>
<p>Comentários/Argumento: Foi mencionada a flexibilidade na divisão do trabalho relacionado às <u>atividades de educação em saúde</u>: a condução do grupo de hipertensão fica sob responsabilidade da médica, mas na sua ausência é assumido pelos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem. Os ACS e Auxiliares participam do planejamento das reuniões semanais da equipe(organização da pauta e condução de dinâmicas de grupo).</p> <p>Os grupos educativos são divididos entre a médica e a enfermeira que alegam falta de tempo para estar presente em todos os grupos. A enfermeira coordena o grupo de gestantes e a médica o grupo de hipertensão.</p> <p>Ainda que flexível a divisão do trabalho está mais voltada para as atividades de educação em saúde. No que se refere a condução e execução de atividades de planejamento, programação e gerenciamento da Unidade destaca-se, ainda que de modo incipiente, a flexibilidade no planejamento da reunião de equipe.</p>

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Utilização de informações registradas no prontuário por outros profissionais de saúde (para o médico)
Entrevista com profissionais: “Assim que recebo o prontuário do paciente leio os atendimentos médicos anteriores, os resultados de exames, e os atendimentos de enfermagem, buscando antecedentes familiares e pessoais, e em caso de sexo feminino os resultados de preventivo ginecológico.” (fax 774248940, 10/07/2006) (Méd. A)
Comentários/Argumento: nota 4,0

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Utilização de informações registradas no prontuário por outros profissionais de saúde (para o enfermeiro)
Entrevista com profissionais: “Leio regularmente as consultas anteriores escritas por outros profissionais da equipe antes de atender um paciente. Dá mais subsídio ao profissional que está atendendo o paciente naquele momento. Gosto de atender o paciente de forma holística. Observo o todo. Às vezes, lógico, não dá tempo de atender assim, mas considero super importante avaliar o paciente como um todo e não só com o programa que o levou a Unidade de Saúde naquele momento. Utilizo muito isso nas consultas de pré-natal, é inevitável; resultado de preventivo, onde observo a questão da periodicidade do mesmo, exames realizados, outros motivos que a levaram a Unidade de Saúde, acompanhamento a criança (CD) e busca ativa de preventivos alterados, para acompanhar o seguimento da paciente.” (email 08/07/2006, 10:42) (Enf A.)
Comentários/Argumento: nota 4,0

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão OFERTA DE AÇÕES

Dimensão: Oferta de Ações
Critério: Ações Curativas
Pontuação obtida: 6,0
Entrevista com profissionais: “ <u>A grande maioria dos nossos pacientes já estão na oferta organizada, então assim a semana atípica, o médico e o enfermeiro cada dia atendes a um programa, aí no caso, os meus pacientes CD [Crescimento e Desenvolvimento] todos já são agendados, eles entraram a primeira vez no programa que é agendado pelo agente de saúde, até os dois anos de idade os retornos desse paciente estão garantidos; as gestantes também, agenda sem dificuldade nenhuma, a gestante chegou aqui, agenda a consulta, porque a médica tem o dia de atendimento de gestante também já é garantido o retorno</u> ” (Enf. A, p.18) “Os hipertensos do grupo também são agendados então isso tudo é oferta organizada, o paciente marca dentro dos grupos ou vem aqui e agente já garante esse retorno; os pacientes que são demanda espontânea , paciente que teve uma febre, sentiu alguma coisa, ele vem pra triagem, a porta de entrada da unidade” (Enf. A, p.18) “ <u>.grupo de hipertensos, tenho 4 grupos na área da minha unidade, eles vêm todo mês verificar a pressão, sempre que alguém tá com a pressão alta, é encaminhado pra consulta médica, para o atendimento individual e aí esse acompanhamento dessa pessoa que veio com a pressão alta é de tanto em tanto tempo que ele retorna pra você.</u> ” (Méd. A) <i>Passage 2 of 3 Section 1.2, Para 139, 345 chars. Document 2 of 8.</i>
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
Comentários/Argumento: A realização de consultas médica e de enfermagem a partir de uma

programação (oferta organizada) foi evidenciada no Programa de hipertensão e CD. A grande dificuldade relatada quanto ao atendimento em consultas médica e de enfermagem é o número de famílias e sobrecarga de demanda.

Dimensão: Oferta de Ações

Critério: Ações de prevenção de doenças

Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 6,0

Entrevista com profissionais:

“..grupo de hipertensos, tenho 4 grupos na área da minha unidade, eles vêm todo mês verificar a pressão, sempre que alguém tá com a pressão alta, é encaminhado pra consulta médica, para o atendimento individual e aí esse acompanhamento dessa pessoa que veio com a pressão alta é de tanto em tanto tempo que ele retorna pra você.” (Méd. A) *Passage 2 of 3 Section 1.2, Para 139, 345 chars. Document 2 of 8.*

“Primeiro verifica a pressão de todos [os participantes do grupo de hipertensos], depois agente faz sempre uma palestra sobre qualquer tema, como tuberculose, parasitose, acidente vascular cerebral, exercícios, caminhadas, e agente tá sempre *alertando sobre dieta, reeducação alimentar*, assim bem variável pra não ficar todo dia falando sobre hipertensão todo mundo já sabe tudo sobre hipertensão” (Méd.A)

Passage 3 of 3 Section 1.2, Para 146, 391 chars. Document 2 of 8.

“..às vezes assim a dentista vai e fala sobre saúde bucal né? às vezes eu vou e falo sobre algum outro assunto, mas a grande maioria quem faz é ela [a médica] justamente por causa desse cronograma que agente tem, agente não consegue conciliar (...) agente aborda de tudo tanto de hipertensão, diabetes, prevenção do câncer do colo do útero e mama, tuberculose, hanseníase, o stress, alimentação ... eu acho que não é só a hipertensão que tem que ser trabalhada” (Enf A)

Passage 2 of 2 Section 2.2, Para 124, 548 chars. Document 3 of 8.

Entrevista com usuários e/ou familiares:

“Ah.. era pra eu não comer sal, não comer gordura, era pra ter cautela na boca né?, não pegar peso, não bater, não cavar nada, só viver tranqüilo que qualquer coisa eu dava enfarte, eu já dei enfarte 3 vezes” (Paciente L) *Passage 1 of 5 Section 2, Para 140, 317 chars. Document 4 of 8.*

“Pra mim não tomar leite de gordura, não comer toucinho no feijão, não comer comida salgada, essas coisas assim né, muito gordurosa” (Paciente MM)

Passage 2 of 5 Section 2, Para 51, 191 chars. Document 5 of 8.

“Tirar o sal, gordura, eu sei que ela [Dra.A] passou uma lista de dieta enorme pra ela tanto pra hipertensão e a diabetes” (Filha da Paciente VI)

“...eu até participei do Miss Saúde, eu participei lá até de incentivo, fui entrevistado na televisão por causa disso, quem organizava era Dra.A, era ela e as Agentes e alguns convidados que ela convidava, era uma vez no mês.” (Paciente L). [O Miss Saúde consistia num evento promovido no grupo de hipertensos que premiava mensalmente o paciente que seguiu regularmente as orientações recebidas] *Passage 2 of 5 Section 2, Para 145, 484 chars. Document 4 of 8.*

Entrevista com ACS:

“A gente fazia visita domiciliar, todo mês Dra.A. ia lá pra poder visitar, orientar a medicação, agora como eu te falei, ela apresentava pra gente as medicações, agente perguntava: como é que você tá tomando? ela falava tudo direitinho..” (ACS 11)

Passage 2 of 2 Section 2, Para 104, 660 chars. Document 6 of 8.

Observação direta: NSA

Comentários/Argumento: As ações de prevenção são realizadas no âmbito individual, e também no coletivo, a exemplo de atividades de educação em saúde voltadas para grupos de risco (pacientes hipertensos). Apesar de ser um grupo de hipertensos são abordados diversos assuntos, sendo que, a maioria dos temas desenvolvidos enfocam doenças (tuberculose, avc, parasitose, diabetes, hanseníase, etc) e não a saúde. As orientações preventivas no âmbito dos grupos enfoca além das ações relativas ao controle da HÁ, a prevenção do câncer, a saúde bucal, a orientação

alimentar (dieta), o estímulo ao desenvolvimento de atividades físicas, etc. A médica e a enfermeira dividem os grupos para condução, alegam falta de tempo.

Dimensão: Oferta de Ações

Critério: Ações de promoção da saúde

Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 6,4

Entrevista com profissionais:

“Primeiro verifica a pressão de todos [os participantes do grupo de hipertensos], depois agente faz sempre uma palestra sobre qualquer tema, como tuberculose, parasitose, acidente vascular cerebral, *exercícios, caminhadas*, e agente tá sempre *alertando sobre dieta, reeducação alimentar*, assim bem variável pra não ficar todo dia falando sobre hipertensão todo mundo já sabe tudo sobre hipertensão” (Méd.A)

Passage 3 of 3 Section 1.2, Para 146, 391 chars. Document 2 of 8.

Entrevista com usuários e/ou familiares:

“...eu até participei do Miss Saúde, eu participei lá até de incentivo, fui entrevistado na televisão por causa disso, quem organizava era Dra.A, era ela e as Agentes e alguns convidados que ela convidava, era uma vez no mês.” (Paciente L). [O Miss Saúde consistia num evento promovido no grupo de hipertensos que premiava mensalmente o paciente que seguiu regularmente as orientações recebidas]

Passage 2 of 5 Section 2, Para 145, 484 chars. Document 4 of 8.

“..o que pai vai fazer lá? é pra cantar, pra se divertir, isso..” (Entrev. com H filha do paciente L, p.09)

Entrevista com ACS:

“... nos grupos agente começou a diversificar os temas né? *falamos sobre o direito dos idosos, câncer de mama, sempre orientamos pra repassarem essas informações, porque de repente tem um filho, uma neta, um sobrinho, que tenha aquele problema, e ele vai ter noção de alguma coisa pra tá orientando o familiar.*” (ACS 11)

Passage 5 of 5 Section 2.1, Para 63, 1345 chars. Document 5 of 8.

Observação direta: NSA

Comentários/Argumento: As ações de promoção centram-se em palestras nos grupos sobre temas relacionados a incorporação de hábitos saudáveis (*exercícios, caminhadas, reeducação alimentar*) no entanto houve relato de ação relacionada ao estímulo ao exercício da cidadania (*direito dos idosos*) demonstrando consciência da importância desse tipo de temática não só para o paciente que estava no grupo, mas como um multiplicador; houve relato de atividade promotora da saúde nos grupos (MISS SAÚDE)

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão CONTINUIDADE DA ATENÇÃO

Dimensão: Continuidade da atenção
Critério: Utilização de mecanismos de referência para transferência de informações
Entrevista com profissionais: Os mecanismos de referência são utilizados regularmente.
Observação direta: NSA
Consulta a prontuários: evidenciou a utilização regular do formulário de referência
Comentários/Argumento: 8,0

Dimensão: Continuidade da atenção
Critério: Contra-referência ambulatorial
Entrevista com profissionais de saúde: “Mas é como eu falei, ainda é grande a resistência, agente tem que fazer um trabalho de conscientização, as equipes até mandam mas o retorno, principalmente de profissionais médicos, é meio complicado (...) alguns que a gente manda a gente recebe um retorno, principalmente o pré natal de alto risco agente ainda recebe, os profissionais são mais sensibilizados, mas no geral agente não recebe, os profissionais não são acostumados a trabalhar com a contra-referência.” (Enf. A). <i>Passage 3 of 3 Section 2, Paras 409 to 415, 477 chars. Document 1 of 8</i>
Observação direta: NSA
Consulta a prontuários: NSA
Comentários/Argumento: 3,0

Dimensão: Continuidade da atenção
Critério: Contra-referência hospitalar.
Entrevista com profissionais: sobre um paciente que teve um infarto e foi para o Hospital X: “Você sabe o que foi feito com ele no hospital de BASE ? R-Não, sei que no mês de janeiro ele ficou lá na UTI, ficou 8, 5 dias na UTI; Quem lhe deu essa informação? O hospital não mandou um relatório? R- Soube pela família. Não, não, nada, nada, raríssimo acontece isso de contra-referência. Por que você acha que eles não mandam, você tem alguma idéia? R- (risos) eu acho que é a preguiça, porque eles fazem rápido já passam pro outro no hospital, passa pro plantão, e às vezes quem internou não dá alta” (Dra. A) <i>Passage 2 of 2 Section 1.2, Paras 116 to 117, 178 chars. Document 2 of 8</i>
Consulta a prontuários: Prontuário Hospitalar Paciente D.A: A análise do prontuário hospitalar evidenciou que junto à ficha para atendimento ambulatorial de urgência encontra-se anexada a ficha de referência da Unidade PSF (relatório de origem) na qual a Dra.A. informa como motivo do encaminhamento ao Hospital: “falta de medicação na Unidade para atendimento imediato” O outro lado desta ficha correspondente á contra-referência encontra-se em branco. O hospital anexou esta ficha ao prontuário e não deu retorno á Unidade de referência do PSF.
Prontuário Hospitalar Paciente L.J.: A análise do prontuário hospitalar evidenciou que além dos dados de identificação, laudo para emissão de AIH e Ficha de evolução médica e de enfermagem, foi encontrado o relatório da Unidade de origem (referência - PSF) com informações sobre suspeita diagnóstica, conduta adotada, e motivo do encaminhamento para o hospital no entanto, a ficha de contra-referência (que deveria ter sido encaminhada à unidade do PSF) encontra-se em branco e anexada ao prontuário hospitalar.
COMENTÁRIOS/ARGUMENTO: 0,0

QUADROS EVIDÊNCIAS EQUIPE C

Evidências para a pontuação dos critérios relativos à dimensão ACOLHIMENTO

Dimensão: Acolhimento
Critério: Modo de atendimento do médico segundo percepção de usuários dos serviços e familiares
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 3,8
Entrevista com profissionais de saúde: NSA
<p>Entrevista com usuários e/ou familiares:</p> <p>Entrevistador – “Dona MR., a senhora já foi atendida pela Dra. C? Como é que foi o atendimento?” Paciente MR – Muito bom, senti muito dela sair daí, gostava muito dela, muito atenciosa” (Entrevista com Paciente MR) <i>Passage 2 of 3, Section 2, Para 61, 130 chars. Document 4 of 13.</i></p> <p>“... a doutora C. eu não tenho o que falar dela ela é uma ótima médica. Agente passava mais era com doutora C., aí com ela era tudo bem” (Entrevista com a Sra.E. esposa do Paciente DM. Pág. 19)</p> <p>“...quando eu cheguei ele [Paciente S.] já tava com Dr.C, eu vi na hora que ela chegou, acho que ela descobriu que era paciente dela ela já deixou todo mundo lá na sala e saiu desesperada que Dr. C ela é uma ótima médica...” (Entrevista com A.V. esposa do Paciente SN.) Traj 1, p.04)</p> <p>A filha da paciente SM mostra o cartão do Programa de Controle da HA com os medicamentos que a paciente está em uso e conta que são muito bem atendidos pela Dra. C. (Entrevista com M.G. filha da Paciente SM. Traj 2)</p> <p>“...na Unidade C, atende tudo bem graças a Deus, pra mim eu não tenho o que dizer todos me atendem bem” (Entrevista com Paciente EM, p.06)</p>
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: 3,6
Comentários/Argumento: A impressão geral e confirmada pela observação em campo é de que a médica é querida por todos e parece ter boa relação com seus pacientes, demonstrando atenção com os mesmos.

Dimensão: Acolhimento
Critério: Modo de atendimento na recepção/triagem segundo percepção de usuários dos serviços e familiares
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 1,6
Entrevista com profissionais de saúde: NSA
<p>Entrevista com usuários e/ou familiares:</p> <p>“Fala que não tem vaga, que tem que ir cedo, que não tem como atender, que não tem médico atendendo, <u>o atendimento péssimo</u>. Pra fazer essa triagem também é difícil, pega fila, às vezes diz que o aparelho está quebrado, então sempre tem uma desculpa, inclusive eu mesmo já cheguei com problema lá e já tive que levar pra Secretária de Saúde, porque quando a gente procura uma pessoa, um chefe, pra levar o caso, falam que não está, que está em reunião, e às vezes não está em reunião, às vezes estão lá e eles não chamam pra o chefe não dar bronca neles.” (p.07) (Filha da Paciente M.R.) <i>Passage 2 of 5</i> Section 2, Para 56, 600 chars. <i>Document 3 of 13</i></p> <p>“Essa semana mesmo ela saiu daqui cedo, ontem, chegou lá disseram que não iam atender, que era pra sexta feira, disse que o médico só ia atender aquela quantidade, <u>então sai uma pessoa de idade, 6 horas da manhã, chovendo, pra pegar um ônibus ou então vai até a pé, porque tem que ir cedo, então sai daqui vai pra um Posto, fica lá a manhã toda, pra já perto de meio dia dizer que não vai mais atender, só no outro dia</u>. Tudo isso dificulta se for outra pessoa [no lugar da paciente] fala que não atende, que não faz a ficha, que tem que ir a pessoa, às vezes a pessoa está em cima de uma cama, às vezes não tem como ir, só pode ir naquela hora daquele exame que alguém vai arrumar um carro pra poder levar, e eles não aceitam...” (Filha da Paciente M.R) <i>Passage 3 of 5</i> Section 2, Para 58, 1164 chars. <i>Document 3 of 13</i></p> <p>“Olhe pra mim eu não acho nada bom porque eu já fui lá 3 vezes, fui lá para medir a pressão, <u>a moça invocada</u> lá chegou e falou comigo que eu tinha que esperar, que naquela hora era só pra quem ia consultar, eu falei dona que queria viajar, vou fazer assim eu vou procurar outro lugar, isso que eu falei pra ela e não fui lá mais não, já ta com mais uns 5 meses (...) meu caso é como eu estou falando pra você, que eu notei que <i>eles me atendem com má vontade</i>” (Paciente G.B.) <i>Passage 2 of 3</i> Section 1, Para 51, 420 chars</p> <p>“Não, não esperava não [para ser atendido] às vezes passava duas ou três pessoas na frente da gente, mas agente, ele, era bem atendido” (Esposa do Paciente SN.) <i>Passage 1 of 1</i> Section 1, Para 77, 246 chars. <i>Document 3 of 13</i></p> <p>“...sempre é bem atendida é ela tem prioridade oh minha filha pra você vê como ela é tão assim que eu nunca achei o que dizer, às vezes tem duas, três pessoas na frente dela e as vezes ela é a primeira a ser atendida, na mesma hora que a gente vai agente volta, então você não tem como reclamar né? eu não tenho o que reclamar desse posto muito bom..” (Filha da Paciente SM.)</p>
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: 2,0
<p>Comentários/Argumento: Os três primeiros relatos expressam a insatisfação de familiares dos pacientes com atendimentos indelicados e indiferentes.</p> <p>O quarto relato mostra que o informante percebe como algo normal, natural, o fato de outros pacientes passarem na sua frente na hora do atendimento. O atendimento é ruim, mas como não tem outra opção considera-o bom, caracterizando-se em mecanismos de ajuste às necessidades. No último relato o informante ocupa posição contrária do relato anterior, onde o fato de ser atendido na frente de outra pessoa é percebido como algo bom, sinônimo de um bom atendimento, prioritário. É importante ressaltar que ambos os relatos retratam o atendimento recebido por pessoas acima de 70 anos.</p>

Dimensão: Acolhimento
Critério: Tipo de resposta da equipe às demandas dos pacientes
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 1,1
Entrevista com profissionais de saúde: NSA
<p>Entrevista com usuários e/ou familiares:</p> <p>“Ah esse posto aí? Tem hora que tem um atendimento bom, tem hora que não tem, Às vezes as meninas que trabalham lá dentro agente perguntava uma coisa, não falava, aí ficava assim, tem umas que não gostam mesmo de dar informação” (Filha do paciente DM. Pág.20) [às vezes oferece resposta, outras não]</p> <p><u>“É, não informa a gente nada, e não pode, encerra, fim de papo, e a gente pode cair fora mesmo que não tem mais bobo porque certa posição que eles trabalham eles acham que são donos do mundo, olhe, teve uma vez que Dra. C. passou uns exames de sangue pra mim, eu fui lá fazer o exame de sangue, eu fui no dia que marcaram pra mim, eu fiquei na fila, quando foi na base de 8 horas deu minha vez e a moça falou que já tinha acabado o horário que não ia fazer mais não, eu falei ‘mais eu to aqui desde 6 horas’. Marcou pro outro dia, cheguei lá no outro dia ela falou a máquina quebrou eu fui embora de novo, e quando na na terceira vez, eu cheguei lá, aí ela falou que não podia atender não (...) aí tinha outra moça lá baixinha aí falou pra mim: - ‘espera um pouco’, eu esperei, aí fui fazer meu exame de sangue”</u> (Paciente GB. Pág.12)</p> <p><i>Passage 1 of 1 Section 1, Para 51, 1117 chars. Document 5 of 13</i></p> <p>“Essa semana mesmo ela saiu daqui cedo, ontem, chegou lá disseram que não iam atender, que era pra sexta feira, disse que o médico só ia atender aquela quantidade, <u>então sai uma pessoa de idade, 6 horas da manhã, chovendo, pra pegar um ônibus ou então vai até a pé, porque tem que ir cedo, então sai daqui vai pra um Posto, fica lá a manhã toda, pra já perto de meio dia dizer que não vai mais atender, só no outro dia.</u> Tudo isso dificulta se for outra pessoa [no lugar da paciente] fala que não atende, que não faz a ficha, que tem que ir a pessoa, às vezes a pessoa está em cima de uma cama, às vezes não tem como ir, só pode ir naquela hora daquele exame que alguém vai arrumar um carro pra poder levar, e eles não aceitam...” (Filha da Paciente M.R)</p> <p><i>Passage 3 of 5 Section 2, Para 58, 1164 chars. Document 3 of 13 nota 0</i></p> <p>“Fala que não tem vaga, que tem que ir cedo, que não tem como atender, que não tem médico atendendo, o atendimento péssimo. Pra fazer essa triagem também é difícil, pega fila, às vezes diz que o aparelho está quebrado, então sempre tem uma desculpa, inclusive eu mesmo já cheguei com problema lá e já tive que levar pra Secretária de Saúde, porque quando a gente procura uma pessoa, um chefe, pra levar o caso, falam que não está, que está em reunião, e às vezes não está em reunião, às vezes estão lá e eles não chamam pra o chefe não dar bronca neles.” (p.07) (Filha da Paciente M.R) <i>Passage 2 of 5 Section 2, Para 56, 600 chars. Document 3 of 13</i></p>
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
<p>Comentários/Argumento: O primeiro relato evidencia que o tipo de resposta às demandas do usuário varia de acordo com o profissional que o atende. Os três relatos seguintes revelam indisponibilidade dos profissionais para o fornecimento de informações demandadas e resolução dos problemas/necessidades dos pacientes, o que traz como consequência encaminhamentos não resolutivos e maior insatisfação dos usuários.</p>

Dimensão: Acolhimento
Critério: Marcação de consultas
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 2,0
<p>Entrevista com profissionais de saúde: A marcação de consultas para a demanda espontânea é feita através de triagem, pela manhã e a tarde nos turnos de atendimento, em horário determinado: “A rotina como é.. chega no posto o paciente, ele tem de 7 até 8 horas da manhã e de meio dia e meia até as 2 pra poder pegar o nome das pessoas que vieram para a demanda espontânea, certo..” (Méd. C) <i>Passage 1 of 2 Section 0, Para 226, 1407 chars. Document 1 of 13.</i></p> <p>Pode ocorrer o agendamento através dos ACS em reunião de equipe que acontece uma vez por semana (oferta organizada): “...logo quando eu cheguei aqui na reunião semanal de equipe os agentes traziam o nome de pessoas que necessitando de um atendimento, já que eles é que estão fazendo a visita né? e aí tinha uma cota, eu separei metade, eram 7 agendamentos de crianças, 7 agendamentos de adulto, idoso e por aí vai, só que eu comecei a perceber que apesar de toda orientação o agente ele favorecia as pessoas que eles tinham o interesse de favorecer, então eu achei que não tava funcionando desse jeito, então é assim é uma exceção quando acontece isso hoje em dia..” (Méd. C) <i>Passage 2 of 2 Section 0, Para 244, 952 chars. Document 1 of 13.</i></p>
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: 2,0
<p>Comentários/Argumento: A Equipe apresenta a modalidade de marcação de consultas considerada intermediária (marcação de consultas realizada diariamente em determinado horário). A possibilidade de agendamento realizado pelo ACS, apesar de ter sido colocada como exceção, nos parece uma situação das mais restritivas dado que impede a realização da triagem por equipe técnica qualificada além de favorecer as relações de clientelismo entre a comunidade e os ACS.</p> <p>Foi atribuída a nota 2,0 porque a equipe dispõe da modalidade de marcação de consultas considerada intermediária (marcação de consultas realizada diariamente em determinado horário).</p>

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão LONGITUDINALIDADE

Dimensão: Longitudinalidade		
Critério: Tempo do profissional MÉDICO na mesma Unidade de Saúde da Família		
Classificação: 0 para < 1 ano / 5 para ≥1ano e <3 anos / 10 para ≥ 3 anos		
Equipe	Pontuação Obtida	Entrevista com profissional de saúde
C	6,0	“3 anos.. eu comecei aqui Janeiro de 2002” <i>Passage 1 of 1 Section 0, Para 76, 39 chars. Document 1 of 13</i>

Dimensão: Longitudinalidade		
Critério: Conhecimento do profissional médico sobre o paciente		
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 4,8		
Entrevista com profissional de saúde:		
<p>“... paciente hipertensa., acamada, mora com uma irmã que tem distúrbio psiquiátrico, somente as duas, dependiam única e exclusivamente da boa vontade dos vizinhos né? (...) fui avisada pelo agente comunitário de saúde que a paciente tava precisando de atendimento, fizemos a visita domiciliar, lá eu vi que a paciente ela realmente não tava tomando as medicações, a paciente estava debilitada, com escaras de decúbito, foi chamado o SAMU 192 e essa paciente foi internada, depois que teve uma acompanhamento no hospital, hoje ela tem uma pessoa que toma conta dela e da irmã, que orienta quando a gente solicita os exames, essa pessoa é responsável por providenciar os exames, ela traz o resultado dos exames aqui e sempre que possível a gente vai lá pra ver como é que ela está” (Méd.C. Pág.15)</p> <p>“Primeiro investigo a queixa principal né? o quê que o paciente está sentindo naquele momento, que muitas vezes até a queixa do paciente não é em relação ao problema de saúde que realmente ele tem, pergunto a respeito dos antecedentes patológicos dele, se é hipertenso, diabético e outro tipo de patologia de base, doenças antigas que ele tinha tido, <u>agente tem muitos paciente também que moram aqui mas que antes eram da zona rural, sem saneamento básico, muitos pacientes que tomavam banho de rio, também tem muitos casos de esquistossomose por aqui, (...) quando é mulher quero saber a questão da parte ginecológica da paciente, se ela faz o exame o preventivo de rotina, se ela já fez alguma mamografia, é feito o exame físico completo da paciente, <u>as informações em relação a basicamente as doenças mais comuns hipertensão, diabetes alergias, a queixa do paciente, e aí baseado nessa informação, no exame, agente vai vendo o quê que aquele paciente tem</u>” (Méd. C) <i>Passage 2 of 2 Section 3, Paras 65 to 66, 1145 chars. Document 2 of 13.</i></u></p>		
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA		
Entrevista com ACS: NSA		
Observação direta: NSA		
<p>Comentários/Argumento: O informante demonstra conhecer alguns aspectos gerais das condições de vida da comunidade que assiste, tais como procedência de zona rural, ausência de saneamento básico, etc, no entanto, a abordagem que refere realizar centra-se na investigação de antecedentes patológicos, doenças associadas, para fins de diagnóstico e terapêutica atual. Não soube dizer o nome da paciente exemplificada, mas mencionou aspectos específicos da vida familiar (residir com irmã que tem problemas psiquiátricos). Demonstra ter conhecimento sobre alguns aspectos das condições de vida <u>da comunidade</u> e pouco conhecimento sobre aspectos particulares das condições de vida <u>das pessoas</u> que assiste. A nota 4,8 foi atribuída por ter exemplificado caso de paciente citando um aspecto específico da vida familiar da mesma (residir com irmã que tem problemas psiquiátricos).</p>		

Dimensão: Longitudinalidade
Critério: Confiança do paciente no médico
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 4,0
Entrevista com profissional de saúde: NSA
<p>Entrevista com usuários e/ou familiares:</p> <p>“Esses dias eu tava com uma dor nas pernas que não agüentava andar, eu vinha da barraca pra cá, sentava 3 vezes na estrada pra chegar aqui em casa, tinha hora que as meninas [as filhas] iam até me encontrar de dor no estômago e nas pernas, e eu não sei o que era, <u>Dr.C falou que era varize, eu não tenho varize, varize eu sei que não era não, porque ela disse que era varizes mas não era não..</u>” (Paciente A.A) <i>Passage 1 of 1</i> Section 1, Para 65, 805 chars. Document 6 of 13.</p> <p>“Ela orientou não comer sal salgado, não comer gordo, comer frango e carne branca e ter repouso, eu fazia tudo isso que ela orientava, eu comia sempre variado, eu comia feijão comia o arroz, não comia comida pesada, o feijão era com pouco sal” (Paciente E.M. Pág.2)</p> <p>“...orientava com relação a hipertensão sobre alimentação, evitar tudo que era alimento forte, fazer caminhada, muito maravilhosa essa médica gostava muito dela” (Entrevista com Paciente MR, p.07)</p> <p>“... a doutora C. eu não tenho o que falar dela, ela é uma ótima médica” (Entrevista com Dona E. Esposa do Paciente DM, p.05)</p> <p>“...ele já tava com Drª C., eu vi na hora que chegou acho que ela descobriu que era paciente dela ela já deixou todo mundo lá na sala e saiu desesperada que Dra C é uma ótima médica” (Entrevista com Dona Av. esposa do Paciente SN, Traj.1)</p> <p>“Doutora C. ela falava assim que eu não podia para de tomar o remédio, se eu parasse que era até capaz de eu morrer, disse que meu coração tá inchado (...) como feijoada, como carne de porco, Dra. C. me proibiu de comer carne de porco, e qualquer carne vermelha, só era pra mim comer galinha e peixe, como tudo que passa em minha frente que eu tenho vontade eu como, como mocotó como hoje mesmo tem um ..eu tenho muita saúde, olha eu acho que meu coração tá inchado porque eu brinco de bola mais meus netos, eu tenho uma bicicleta velha eu ando esse mundo todinho de bicicleta aqui e não sinto nada” (Entrevista com Paciente GB, p.2 a 5)</p>
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
Comentários/Argumento: No primeiro relato a paciente revela a não adesão às orientações da médica expressando não acreditar no diagnóstico dado pela mesma. O segundo informante refere acatar as recomendações recebidas.

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Utilização de mecanismos para troca de informações entre profissionais da Unidade de Saúde da Família
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 4,2
<p>Entrevista com profissional de saúde:</p> <p>“...a dentista ela comigo as vezes eu tô atendendo uma criança e aquela criança está cheia de cárie, eu vou lá conversar com ela, ela já agenda aquela criança, e eu sei que em muitos lugares a gente não tem esse tipo de. cumplicidade”(Méd. C) <i>Passage 2 of 5</i> Section 0, Para 221, 509 chars. Document 1 of 13. (Flex. Inf)</p> <p>“...e com a enfermagem principalmente né? com a enfermagem eu digo mais em relação a enfermeira porque eu trabalho com ela já há bem mais tempo né? então assim, se ela estava com uma dúvida com a criança ela trazia a criança pra cá, não tinha aquela história de necessitar que agendasse, muitas vezes durante o atendimento dela ela dizia - olha tô com a criança que eu estou em dúvida que eu acho que merece uma olhadinha, eu dizia – tá, espera lá que quando eu acabar aqui eu vou ver, e do mesmo jeito ela, eu to com um problema aqui dessa questão o que é que você acha? é uma coisa que é realmente discutida em grupo”(Méd. C) <i>Passage 3 of 5</i> Section 0, Para 222, 1674 chars. Document 1 of 13. (Flex. Inf)</p> <p>“...agente decidiu colocar o prontuário da odontóloga, a ficha de odontologia junto [a ficha da odontóloga passou a ser incluída no prontuário família] porque acontecia às vezes da Odontóloga chegar aqui, bater no consultório - eu tô com um paciente assim... o quê que aconteceu eu via que às vezes o paciente tem dificuldade de fornecer informação, e acabou com isso porque com o paciente que lhe é passado agora ela consegue ver que o paciente esta sendo acompanhado, que o paciente está com P.A controlada, que o paciente está em uso da medicação, a medicação que ele esta usando, então ela sabe (...)e muitas vezes antes o que é que fazia eu não sabia se o paciente já tinha passado por mim ou não e dizia passa pras meninas lá na frente e pede pra agendar que aí vem pra consulta, e os pacientes perdiam o atendimento odontológico daquele dia né.” (Méd C) <i>Passage 2 of 2</i>. Section 0, Para 217, 967 chars. Document 1 of 13</p> <p>“...toda sexta-feira de manhã agente tem reunião de equipe que é só com a minha equipe, e a ultima sexta do mês a gente tem com as 3 equipes da Unidade, então toda sexta de manhã eu to reunida com a médica”. (Enf C) <i>Passage 2 of 4</i> Section 0, Para 168, 220 chars. Document 2 of 13.</p> <p>“...nas reuniões a gente passa alguns informes que vem da Secretaria de Saúde né? os Agentes também se tiver algum problema eles trazem algum problema com relação a comunidade, agente tá sempre programando nessas reuniões os grupos, agente não programa só eu e a médica sentada junto não, agente traz pra eles, pros Agentes de Saúde, para as auxiliares de enfermagem, a odontóloga também participa, dizem o que eles acham, como agente deve começar... é isso, se tiver alguma informação a mais de alguma capacitação agente passa pra eles também..” (Enf C) <i>Passage 3 of 4</i> Section 0, Para 170, 550 chars. Document 2 of 13.</p>
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
<p>Comentários/Argumento: Alguns relatos desta equipe evidenciaram a troca de informações de modo assistemático e eventual a partir de contatos estabelecidos entre os profissionais durante o atendimento. Observou-se também que, além da reunião semanal, foi instituído um mecanismo regular que facilitou a troca de informações: a inclusão do prontuário de saúde bucal no prontuário família. Vale ressaltar que, também nesta equipe as reuniões regulares não funcionam especificamente para a discussão sobre assuntos relativos aos pacientes mas para a resolução de questões administrativas, de planejamento de atividades e compartilhamento de questões pessoais. Nesta equipe também não foram relatados mecanismos mais avançados para troca de informações a exemplo sessões científicas regulares para discussão de casos clínicos.</p>

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Divisão do trabalho em equipe
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação):3,0
<p>Entrevista com profissional de saúde: “Se eu não puder fazer o grupo? Olha nunca aconteceu isso não, mas eu acho que se for um caso de acontecer as auxiliares de enfermagem juntamente com os agentes tem condições tranqüila de levar o grupo entendeu? Porque eu vejo assim, que talvez a presença do médico tem aquela história do vamos fazer uma consultinha no grupo, vamos aproveitar né? realmente quem tem a necessidade de uma consulta agente já agenda os pacientes ali naquele momento[no grupo].” (Méd.C) <i>Passage 1 of 5</i> Section 0, Paras 164 to 166, 693 chars. Document 1 of 13</p> <p>“Você também participa da palestra? Participo. – E se o médico faltar ou a enfermeira faltar ficar doente alguma coisa? Aux enf.- nunca aconteceu isso, mas se acontecer agente é preparada pra fazer, agente vai buscar o material com eles né? mas agente é preparado.” (Aux. Enf C) <i>Passage 5 of 6</i> Section 0, Paras 131 to 138, 357 chars. Document 3 of 13</p> <p>Sobre a condução dos grupos: “Agente divide, o grupo de hipertenso sou eu que conduzo e eu tinha participação dos agentes de saúde e também dos auxiliares, agente tem outros grupos também e eu divido com a enfermeira agente tem grupos de mulheres que aborda a questão de DST, planejamento familiar, câncer de mama, de colo do útero, cuidado com alimentação, com relação a parasitose cuidados mínimos de higiene.” (Méd C) <i>Passage 1 of 1</i> Section 1, Paras 50 to 51, 1938 chars. Document 4 of 13</p> <p>“É feito sala de espera, o agente comunitário faz, o auxiliar faz, o enfermeiro faz, eu faço eu começo a falar, começo a consulta lá na porta mesmo entendeu?.” (Méd.C) <i>Passage 1 of 1</i> Section 0, Para 250, 488 chars. <i>Document</i></p>
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
Comentários/Argumento: A flexibilidade na divisão de tarefas foi referida como uma possibilidade mas não como algo que ocorre de fato. Os grupos educativos são divididos entre a médica e a enfermeira que alegam falta de tempo para estar presente em todos os grupos. Apenas a sala de espera foi referida como atividade a ser desenvolvida por mais de um profissional da equipe.

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Utilização de informações registradas no prontuário por outros profissionais de saúde (para o médico)
Pontuação obtida: 4,0
<p>Entrevista com profissional de saúde: “Regularmente lia informações da enfermagem sobre o pré-natal, planejamento familiar (queixas, intercorrências, assiduidade), avaliações de crianças com menos de 5 anos (baixo peso, diarreia ou IVAS de repetição). Certa vez, o comentário da odontóloga acerca de uma paciente com monilíase oral, foi determinante para que eu solicitasse o Anti-HIV, fechando o diagnóstico. (email 09/072006, 18:34) (Méd. C)</p>
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
Comentários/Argumento: nota 4,0

Dimensão: Coordenação da atenção
Critério: Utilização de informações registradas no prontuário por outros profissionais de saúde (para o enfermeiro)
Pontuação obtida: 2,0
Entrevista com profissional de saúde: “Sim, eventualmente. Quando atendo gestante leio sobre gestação anterior no prontuário” (fax 7721016000, 10/07/2006) (Enf C)
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
COMENTÁRIOS/ARGUMENTO: nota 2,0

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão OFERTA DE AÇÕES

Dimensão: Oferta de Ações
Critério: Ações Curativas
Pontuação obtida: 6,0
Entrevista com profissionais: “Assim , é cada dia da semana, dia de segunda-feira é planejamento familiar, então de manhã eu atendo as gestantes, as pacientes que já são subseqüentes, e a tarde eu faço palestra de planejamento familiar com as pessoas novas e faço entrega de métodos; na terça-feira de manhã eu faço o pré-natal e a tarde criança; quarta de manhã preventivo e a tarde criança, aí quinta-feira de manhã pré-natal e a tarde vai ser capacitação grupos; sexta de manhã reunião de equipe e sexta a tarde visitas ou capacitação com os agentes (Enf. C. p.12) “...quando é um paciente que tem realmente uma necessidade de atendimento é sinalizado até mesmo pela auxiliar de enfermagem, o atendimento já começou [consultas médicas] aí ela chega dizendo olha tem um paciente que veio verificara P. A e tá desse jeito, com dispnéia, que não tá com a cara boa, aí independente dos meus pacientes do dia já agendados, esse paciente é atendido” (Méd. C, p.17)
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
Comentários/Argumento: A grande dificuldade relatada quanto ao atendimento em consultas médica e de enfermagem é o número de famílias e sobrecarga de demanda. A enfermeira assume programas de Planejamento familiar, pré-natal e CD, a médica fica com programa de hipertensão e diabetes. Também os grupos são divididos dessa forma.

Dimensão: Oferta de Ações
Critério: Ações de prevenção de doenças
Pontuação obtida (média das diversas fontes de informação): 6,0
Entrevista com profissionais: “É feito <u>sala de espera</u> , o agente comunitário faz, o auxiliar faz, o enfermeiro faz, eu faço eu começo a falar, começo a consulta lá na porta mesmo entendeu? mas que talvez assim até as coisas que agente fala se fosse colocado com as fitas, tem tantas coisas interessantes que passam nas fitas né? historinhas como se fosse uma dinâmica e aquilo prende a atenção se a gente tivesse talvez melhoraria mais.” (Méd.C) <i>Passage 1 of 1</i> Section 0, Para 250, 488 chars. <i>Document 1 of 13</i> “Agente divide, o <u>grupo de hipertensos</u> sou eu que conduzo, eu tinha participação dos agentes de saúde e também dos auxiliares. Tem outros grupos também e eu divido com a enfermeira, agente tem grupo de mulheres em que a gente aborda a questão de DST, planejamento familiar, câncer de mama, de colo do útero e agente está tentando colocar também nesse grupo de mulheres o cuidado com

<p>alimentação, a parasitose, cuidados mínimos de higiene (...) tem o grupo de hipertensos diabéticos que realmente há a maior adesão, os pacientes idosos, agente vê resultado dos pacientes que participam” (Méd.C) <i>Passage 1 of 2</i> Section 1, Para 51, 879 chars. <i>Document 2 of 13</i></p>
<p>Entrevista com usuários e/ou familiares: “Ela orientava assim não comer comida de sal, não comer gordura, não perder sono era isso, tomava o comprimido que ela passava..”(Esposa do Paciente SN.) <i>Passage 1 of 4</i> Section 1, Para 75, 275 chars. <i>Document 3 of 13.</i></p> <p>“...alimentos leves, muita fruta, devido a diabetes foi tirado algumas frutas dele né? então ele tinha uma alimentação assim leve, não comia comidas gordurosas, nem salgada, e alimentação normal comia carne vermelha, carne branca, só que ele não era de comer muito por ser um paciente idoso ele comia bem pouquinho.” (Filha do Paciente SA) <i>Passage 4 of 6</i> Section 0, Para 90, 451 chars. <i>Document 6 of 13.</i></p> <p>“Não comer sal salgado não comer gordo comer frango e carne branca e ter repouso” - “E alguma vez ela lhe convidou pra participar de algum trabalho lá na Unidade? Já fui 2 vezes, <u>Falava sobre diabetes, sobre o andar, sobre feridas nas pernas</u> (...) sobre várias coisas que eu não to lembrando nesse momento” (Paciente EM) <i>Passage 1 of 3</i> Section 1, Para 39, 553 chars. <i>Document 7 of 13.</i></p>
<p>Entrevista com ACS: “Eu deixo lá pra família [a orientação quanto aos remédios], eu também, além de mim tem os filhos dela que também orientam, porque eu oriento a tomar os medicamentos (...) a hipertensão deve fazer exercícios, uma caminhada, mas isso ela já faz regularmente que ela vai pro trabalho [vai caminhando até a feira onde trabalha] ... a alimentação que ela não pode ter é, por exemplo, se for uma alimentação muito salgada, uma comida muito gordurosa, aí eu sempre tô orientando esse fator” (ACS 7) <i>Passage 2 of 3</i> Section 1, Paras 75 to 76, 569 chars. <i>Document 9 of 13.</i></p>
<p>Observação direta: NSA</p>
<p>Comentários/Argumento: As ações de prevenção são realizadas no âmbito individual, e também no coletivo, a exemplo de atividades de educação em saúde voltadas para grupos de risco (pacientes hipertensos) e sala de espera. No grupo de mulheres são abordados temas como DST, planejamento familiar, câncer de mama, de colo do útero, cuidado com alimentação, parasitose e cuidados mínimos de higiene. O ACS relata orientação medicamentosa, alimentar e incentivo a realização de exercícios e caminhadas. A médica e a enfermeira se dividem na condução dos grupos (médica, grupo de hipertensos e enfa. grupo de mulheres). Predominam orientações preventivas e medicamentosa.</p>

Dimensão: Oferta de Ações
Critério: Ações de promoção da saúde
Pontuação obtida: 3,0
<p>Entrevista com profissionais: “...agente tem <u>grupo</u> de mulheres em que a gente aborda a questão de DST, planejamento familiar, câncer de mama, de colo do útero e agente está tentando colocar também nesse grupo de mulheres o <u>cuidado com alimentação</u>, a parasitose, cuidados mínimos de higiene (...) tem o grupo de hipertensos diabéticos que realmente há a maior adesão, os pacientes idosos, agente vê resultado dos pacientes que participam” (Méd.C) <i>Passage 1 of 2</i> Section 1, Para 51, 879 chars. <i>Document 2 of 13</i></p>
Entrevista com usuários e/ou familiares: -
Entrevista com ACS: -
Observação direta: NSA
<p>Comentários/Argumento: As orientações promocionais estão restritas a palestras nos grupos sobre temas relacionados a incorporação de hábitos saudáveis (cuidado com alimentação)</p>

Evidências para a pontuação dos critérios relativos a dimensão CONTINUIDADE DA ATENÇÃO

Dimensão: Continuidade da atenção
Critério: Utilização de mecanismos de referência para transferência de informações
Pontuação obtida: 8,0
Entrevista com profissionais: Os mecanismos de referência são utilizados regularmente.
Consulta a prontuários: evidenciou a utilização regular do formulário de referência.
Entrevista com usuários e/ou familiares: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
Comentários/Argumento: Em consulta a prontuários hospitalares foram encontrados formulários de referências desta Unidade de Saúde da Família, confirmando os relatos dos profissionais de saúde

Dimensão: Continuidade da atenção
Critério: Contra-referência ambulatorial
Pontuação obtida: 3,0
Entrevista com profissionais: “...agente encaminha pro cardiologista.. e eu nunca recebi uma resposta né? quando agente encaminha o paciente não vem.” (Dra. C) <i>Passage 3 of 3</i> Section 0, Para 176, 321 chars. <i>Document 1 of 13</i>
“...assim um exemplo, contra referência às vezes agente encaminha gestante de alto risco pro Esaú Matos [Maternidade] que é referência pra gente, <u>então a depender do profissional ele vai mandar essa ficha de contra referência preenchida e outro não, manda em branco, a gente pergunta a paciente: ‘ele falou o quê? Ah.. não falou nada não e também não escreve nada na ficha...’</u> (Enf. C) <i>Passage 1 of 1</i> Section 0, Paras 183 to 186, 1154 chars. <i>Document 2 of 13</i>
Consulta a prontuários: NSA
Entrevista com ACS: NSA
Observação direta: NSA
Comentários/Argumento: nota 3,0

Dimensão: Continuidade da atenção
Critério: Contra-referência hospitalar
Pontuação obtida: 0,0
Entrevista com profissionais:
Consulta a prontuários: Paciente SN. A análise do prontuário hospitalar evidenciou que a guia de referência da Unidade PSF foi anexada ao prontuário hospitalar. A Unidade do PSF não recebeu nenhuma informação por vias formais acerca do óbito do paciente, e sim por familiares
Entrevista com ACS: o ACS referiu alguns episódios de mal estar e encaminhamentos ao pronto atendimento do Hospital de Base. A Unidade do PSF não recebeu nenhuma informação por vias formais acerca do óbito do paciente, e sim por familiares
Observação direta: NSA
COMENTÁRIOS/ARGUMENTO: nota 0

APÊNDICE E**QUADROS DE EVIDÊNCIAS SOBRE OS AGENTES DAS PRÁTICAS****Trajetória social****Trajetória profissional e política****Concepções de integralidade**

EVIDÊNCIAS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DAS PRÁTICAS DAS EQUIPES A e C

TRAJETÓRIA SOCIAL

CATEGORIAS	SEXO	IDADE	ORIGEM SOCIAL (Ocupação dos pais)	PROCEDÊNCIA E LOCAL DE MORADIA
EQUIPES				
EQUIPE A				
Médico A	Fem	50	Pai - "Dono de terras" Mãe - do Lar	Procedente do município C.A. Reside no município do estudo há 25 anos. Bairro R
Enfermeiro A	Fem	28	Pai - comerciante, dono de restaurante. Mãe é aposentada como funcionária pública da Embasa.	Procedente do município I. onde toda a sua família reside. Mora no Bairro "R", do município estudado.
EQUIPE C				
Médico C	Fem	31	Pai – bancário aposentado Mãe - professora primária, depois de ter filhos parou de trabalhar tornando-se dona de casa (Do Lar)	Nasceu no município T. mas mudou-se várias vezes em função do emprego do pai (bancário). Morou em vários municípios do interior do estado e também na capital, onde seus pais moram atualmente. Reside no bairro "C", do município do estudo há 3 anos
Enfermeiro C	Fem	28	Pai - aposentado. Era comerciante (loja de maquinas e motores). Mãe - professora primária aposentada. Funcionária pública estadual.	Procedente do município J. bem como toda a sua família. Atualmente mora com marido e filhos no bairro "C" do município do estudo. O marido trabalha em empresa de cobrança/empréstimo, tem nível médio (2º grau completo).

EVIDÊNCIAS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DAS PRÁTICAS - EQUIPE A

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E POLÍTICA

CATEGORIAS EQUIPES	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	TRAJ. POLÍTICA	COMENTÁRIOS ARGUMENTO
EQUIPE A			
<u>Médico A</u>	<p>Na família apenas um tio avô era médico, mas não considera isso uma influência. Fez medicina por vontade própria, tinha vontade desde criança.</p> <p>Formada pela Universidade Federal da Bahia, optou pela residência em ginecologia e obstetrícia (Maternidade Climério de Oliveira) como formação especializada. Nenhuma especialização em Saúde Pública.</p> <p>Iniciou sua carreira na área hospitalar trabalhando em 02 municípios do interior do Estado. Trabalhava numa cidade próxima quando foi convidada por uma pessoa da Secretaria de Saúde para atuar no Programa de Saúde da Família. Está no PSF há 03 anos e 6 meses e refere fazer atendimento domiciliar particular à noite e nos finais de semana. Mencionou muita satisfação em trabalhar com Saúde da Família, particularmente com idosos e adolescentes: Eu digo que é um vício e que eu já estou viciada aqui. O que eu mais gosto no trabalho do PSF é tratar dos meus idosos. Trabalhar com os idosos e adolescentes... (Entrevista Méd.A, p.16)</p>	<p>Nenhuma participação em movimento social ou militância estudantil: “Na época da revolução minha filha, agente só fazia ficar calada e correr da polícia” (Entrev. Méd. A, p.05)</p> <p>Disposições polític. conservadoras</p>	<p>Formação especializada em cirurgia e clínica</p> <p>Hipótese da geração, da trajetória e do ajuste: a inserção no PSF ocorreu em fase adiantada da carreira onde ela não expressa mais o desejo de ter uma inserção no setor privado ou vir trabalhar na capital. Ela revela o que Bourdieu chama de ajuste. Eu gosto do que tenho e do que posso ter.</p>
<u>Enfermeiro A</u>	<p>É a única da família na área de saúde. Formada pela Universidade Estadual de Santa Cruz há 7 anos. Depois de formada trabalhou durante 1 ano em hospital no interior do Estado onde enfrentou situações difíceis como a precariedade da infra-estrutura hospitalar no atendimento aos pacientes. Buscou curso de especialização na UESC escolheu especialização em saúde pública (convênio da UESC com a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP) por se identificar com a área de saúde pública quando ainda era estudante de enfermagem, por ocasião de estágio em unidade de saúde. A segurança do vínculo trabalhista foi referida como o principal motivo para vir trabalhar no município atual e onde atua no PSF há 1 ano. Trabalha também como professora em curso técnico de enfermagem noturno. Com relação a formação profissional, afirmou a contribuição da especialização em saúde pública e a experiência de atuar na gestão de saúde em município do sul do Estado: “Contribuí sim. Eu acho que você tem outra visão né? eu me acho profissional diferenciada em relação a uma pessoa que não teve esse curso, que não passou também por um nível de coordenação como eu já tive essa experiência, trabalhei muito tempo como Dr. W. que é uma referência em saúde pública, foi presidente do CONESEMES, tem uma luta, engajamento na área de saúde pública, então agente começa a pegar essa coisa de ser sanitaria né? aquele sonho que agente tem da consolidação do SUS, que o SUS é viável, que tem como acontecer de fato, que não é uma coisa que tá só escrita no papel, que só falta realmente vontade política de que aconteça...” (Entrev. Enf. A, p.07;08)</p>	<p>Nenhuma participação em movimento social ou militância estudantil</p>	<p>A formação especializada em saúde pública e a experiência de atuação em gestão municipal de saúde trouxe o engajamento ao campo da saúde coletiva</p>

EVIDÊNCIAS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DAS PRÁTICAS - EQUIPE C

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E POLÍTICA

CATEGORIAS EQUIPE	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	TRAJ. POLÍTICA	COMENTÁRIOS ARGUMENTO
EQUIPE C			
<u>Médico C</u>	<p>É a única da família na área de saúde e relata que não teve nenhum tipo de pressão por parte da família na escolha da sua profissão. Desde o vestibular centrou-na na opção por medicina. Formada pela Escola Baiana de Medicina há 8 anos. Fez residência em ginecologia e obstetrícia no Hospital. Geral Roberto Santos concluindo-a em março de 2000. Nenhuma especialização em Saúde Pública. No final do R2 começou a trabalhar em cidades do interior: trabalhou numa clínica particular de ginecologia; deu plantão em Hospital (REDA) e chegou a colocar um consultório de ginecologia que não conseguiu manter em função das despesas. Após a residência trabalhou em clínica na capital; trabalhou 1 ano nas Voluntárias Sociais da Bahia (REDA) em serviço de atendimento médico odontológico móvel; deu plantão em quase todas as maternidades de Salvador substituindo colegas concursados. Trabalhava de domingo a domingo, sem folga, aí resolveu vir para o município atual porque outras colegas que já tinham vindo antes estavam com “a vida mais arrumada”, também por ter familiares (tios) residindo na cidade e por questões pessoais (namorado). Ouvia falar que o PSF do município era muito organizado. Veio pensando em ficar 6 meses no PSF até o tempo de se estabilizar (financeiramente) e colocar o consultório particular, mas com as 40 horas de PSF e o 3º turno de atendimento no Ambulatório de ginecologia de hospital Municipal não teve tempo mais para nada.</p>	<p>Nenhuma participação em movimento social ou militância estudantil.</p>	<p>Examinar a hipótese da geração, da trajetória e do ajuste.</p> <p>Formação especializada em cirurgia e clínica</p> <p>O ingresso no PSF foi para “arrumar melhor a vida”. O PSF como estratégia passageira para ingressar no mercado privado</p> <p>Duplo vínculo com o público mas o desejo de abrir o consultorio</p>
<u>Enfermeiro C</u>	<p>um primo médico, uma prima dentista e outra fisioterapeuta. Pensava em fazer medicina mas não chegou a fazer para não ter que se afastar dos pais. Por ter faculdade de enfermagem no município onde residia optou por este curso. Fez o vestibular mas não esperava passar, uma vez que passou ficou em Jequié. Fez Especialização em Comunicação em Saúde e o tema do trabalho de conclusão de curso foi “a relação de gestantes adolescentes com as DST”. Logo após formada trabalhou 2 ou 3 meses em município do interior, no PACS e no hospital. Em seguida foi para Aracaju em função de mudança de trabalho do esposo. Trabalhou 11 meses no PSF no interior de Sergipe mas não considerou boa esta experiência por não haver condições de trabalho. Mudou-se para o município atual também em função do trabalho do marido e logo quando chegou trabalhou 1 ano no PACS de Itambé, município próximo. Depois disso veio para o PACS do município atual onde trabalhou durante 3 anos. Há 1 ano começou a trabalhar no PSF e está na equipe atual a menos de 6 meses. Não tem outro vínculo trabalhista além do PSF.</p>	<p>Nenhuma participação em movimento social ou militância estudantil.</p>	<p>Parece estar desconectada da sua prática profissional. A escolha da profissão se deu por conveniência, A mudança de trabalho esteve sempre ligada às necessidades de transferência de emprego do marido. Ajuste (queria mesmo era medicina)</p>

**EVIDÊNCIAS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DAS PRÁTICAS
CONCEPÇÕES DE INTEGRALIDADE, REFORMA SANITÁRIA E PSF DA EQUIPE A**

CATEGORIAS EQUIPES	CONCEPÇÃO INTEGRALIDADE	REFORMA SANITARIA, PSF e INTEGRALIDADE	COMENTARIOS ARGUMENTO
EQUIPE A			
<u>Médico A</u>	<p>“Integral é você olhar as condições sociais, de saúde, tudo da família, não é só ver a doença na família, orientação de idoso, de gestante, de adolescente, vacina, tudo, pra mim é tudo, é a família como um todo” pág. 6</p> <p><i>Document 3 of 8 Passage 1 of 2</i> Section 2, Paras 31 to 32, 302 chars.</p> <p>“É você acompanhar, fazer o diagnostico, encaminhar pra um serviço especializado, é resolver o problema de saúde da pessoa, tenho assim pacientes que chegam com dores, que vão pro pronto socorro toda semana e eu já faço o diagnostico já encaminho pra cirurgia faz a cirurgia e ta resolvido o problema..” pág.6 <i>Passage 2 of 2</i> Section 2, Paras 33 to 34</p> <p>Resposta à solicitação de exemplo de um paciente teve uma abordagem integral da equipe: “J.L., 62 anos, é um paciente hipertenso, diabético, já ta no quarto infarto, não fumava, bebia e agora depois que ele ta bem acabadinho esse ano ele já ta na quarta internação, e vai pra UTI e faz acompanhamento, eles estão querendo mandar pra Salvador pra fazer angioplastia, ponte de safena, mas ele é assim, agente chama a ambulância ele vai pro hospital fica geralmente na UTI e volta, agente pensa que ta com repouso, ele trabalha aqui na horta e começa a pegar peso e não faz dieta, e não tem conselho, participa de todos os grupos, não falta medicação pra ele, quando agente pensa que não, ele come uma feijoada no fim de semana e chega aqui com pressão ate de 26/12.” pág.7</p> <p><i>Document 2 of 8 Passage 1 of 1</i>Section 2, Para 35, 995 chars.</p>	<p>Relata não ter nenhum conhecimento sobre a Reforma Sanitária. Desconhece a relação entre Ref. Sanitária, PSF e Integralidade da atenção.</p>	<p>A: idéia confusa família como algo evidente. Redundante.. A integralidade como algo que pode viabilizar principalmente no que diz respeito ao encaminhamento do paciente para outros níveis e na resolução dos problemas. Revela sentimento de responsabilização, vínculo. “é acompanhar...”</p> <p>A: integralidade como continuidade do cuidado</p> <p>A ausência da formação especializada em saúde pública e a experiência profissional anterior centrada na atuação hospitalar pode explicar o fato da médica desconhecer o movimento e processo da Ref. Sanitária e todos os desdobramentos daí decorrentes desde as mudanças na constituição de 1988 até a implementação do SUS e sua relação com o Programa se Saúde da Família</p>

<p><u>Enfermeiro A</u></p>	<p><u>É você oferecer ao paciente o atendimento que ele precisa em toda sua integralidade, se precisa de atenção básica você vai atender se precisar de uma média complexidade você oferece, se precisar de alta complexidade você oferece, então você vai dar um atendimento integral;</u> ainda tem aquela questão <u>pra ver o paciente de forma holística né? de ver o todo</u> do paciente, acho que isso ainda agente não conseguiu fazer no PSF...” pág12 <i>Document 2 of 8 Passage 1 of 5</i> Section 1, Para 61</p> <p>“Eu acho importante é o PSF <u>lhe dá essa oportunidade</u>, eu tenho um ano só que trabalho aqui, <u>a grande maioria dos pacientes eu já conheço</u>, por isso que as vezes você vê chegar nessa intimidade, às vezes agente tem de brincar com o paciente, você sabe quem é, aonde mora, provavelmente eu já fui na casa dele por algum motivo e você sabe com quem ele convive, quais as condições de vida dessa pessoa né? eu acho que isso interfere muito, hoje a consulta eu acho que agente faz baseado nisso, até o medicamento as vezes agente prescreve um medicamento que não tem faz parte da farmácia básica mas que agente sabe que ele tem condições de comprar, então agente já atende de uma forma diferente, então isso é dar um diferencial muito grande assim na hora que você atende um paciente que você sabe o meio em que ele vive, as pessoas com quem ele convive” pág.12-13 <i>Passage 2 of 5</i> Section 1, Para 62</p> <p>“...a questão de <u>você olhar o paciente de formas holística</u> as vezes ele vem pra consulta não ta sentindo nada ele quer conversar com a médica ele quer contar um problema que ele tem”</p> <p>“...quando eu cheguei aqui no município eu me senti meio decepcionada a princípio, porque aqui é referência, agente tem como exemplo Assim, eu falei eu vou pra lá eu sei que vou encontrar problemas, mas problemas de uma complexidade maior, então quando eu cheguei aqui encontrei muitos problemas ainda assim, básicos questões assim agente não ter balança, coisas básicas que eu achava que a gente não teria esse problema aqui, <u>Mas quando você vai parar a analisar o contexto geral, que é justamente a atenção que você coloca para o paciente na integralidade da atenção, o município realmente se destaca em relação a muitos outros municípios. Às vezes a maioria dos municípios fazem o básico muito mal, e não tem nem média nem alta complexidade você está ali e não tem mais o que oferecer a aquele paciente, para o que ele precisa entendeu?</u> <i>Passage 4 of 5</i> Section 1, Para 68, 1377 chars.</p> <p>Exemplo situação integralidade: “...quando agente atende o paciente de planejamento familiar agente vai oferecer o método a ele mas você vai ter que olhar ele como um todo, então você vai olhar se já fez preventivo, ‘ah nunca fiz preventivo’ então você já tem que direcionar essas coisa” pág14</p>	<p>Reforma Sanitária foi um grande movimento que houve em prol da saúde pública, pra que mudasse, quando agente vai avaliar a história como era a saúde pública antes da reforma sanitária aquela questão de só ter direito à saúde quem tinha carteira assinada. Ter acesso a isso eu acho que foi uma reforma mesmo, as pessoas engajadas nessa questão de saúde tentando realmente a implantação de um Sistema Único de Saúde que é o que fica montado pra que tivesse todos esses princípios de integralidade da atenção, de universalização, que todas as pessoas tivessem acesso, eu acho que foi um grande avanço desde a constituição de 88 onde coloca que a saúde é direito de todos e dever do estado. Pra nós profissionais de saúde muitas pessoas não colocam isso mas foi um marco mesmo, agente ter isso assegurado na Constituição né? eu achei que foi muito importante esse movimento”pág10</p> <p>Relação entre Reforma Sanitária/ PSF/Integralidade da atenção: “Acho que foi a partir da reforma sanitária que foi criado o SUS, essa questão da integralidade ta dentro dos princípios do SUS, é um dos princípios do SUS e o PSF ele engloba tudo que o SUS preconiza, engloba realmente tudo que o SUS preconiza enquanto saúde pública”pag15</p>	<p>Redundância Integralidade como assistência em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde</p> <p>O modelo do PSF como favorecedor do conhecimento sobre as condições de vida dos pacientes</p> <p>A formação especializada parece ser decisiva e diferenciadora no que se refere a compreensão do profissional de saúde sobre os movimentos e processos de Reforma em Saúde, a relação deste com as práticas que desenvolvem no PSF (disposições) e tomada de posição no campo da saúde.</p> <p>Integralidade da atenção no Sistema O município é tido na região e em todo o Estado como referência para a organização do Sistema de Saúde, sobretudo no âmbito da atenção básica e torna-se um atrativo para profissionais de saúde por diversos motivos.</p>
----------------------------	--	--	--

	<p><i>Document 1 of 8 Passage 1 of 1 Section 1, Paras 64 to 65</i></p> <p>“...agente faz o pré natal da gestante, ela faz todas as consultas, quando ganha neném agente faz a visita de puerpério, então os agentes sinalizam agente faz a visita domiciliar onde já vai ter todo aquele cuidado com a puérpera e o recém nascido, dessa visita domiciliar agente já agenda o CD que é o acompanhamento ao crescimento desenvolvimento da criança e já é agendada a segunda consulta de puerpério dela que já é com a médica, quando ela vem pra consulta com a médica ela já aborda a questão do planejamento familiar que é justamente quando ela tá mais ou menos com um mês, então assim realmente é um seguimento que agente vai dando que <u>é justamente a integralidade da atenção que agente vai fazendo e ela vai saindo de um programa digamos assim entrando em outro de acordo com a sua necessidade</u> então daí ela já <u>sai pro programa de planejamento familiar novamente pro programa de acompanhamento ao crescimento</u> e desenvolvimento da criança que ela vai acompanhando todo mês”</p> <p><i>Document 1 of 8 Passage 1 of 1 Section 1, Paras 64 to 65</i></p> <p>Obstáculos à Integralidade: “Agora eu acho assim agente ta trabalhando com <u>um numero excedente de família</u>, não sei se você viu e percebeu o horário que agente saiu, é diferente também pra você ver duas equipes na mesma unidade e tem perfis diferentes, aqui na unidade a equipe da outra enfermeira tem 1600 e poucas famílias, tá excedente também porque o Ministério preconiza mil, mas é um nível sócio-econômico muito diferente, é uma abordagem muito diferente deles em relação a nossa equipe, o nosso agente tem mais família do nível sócio econômico menor né e lá não a maioria muita gente já tem plano de saúde então eles já são mais exigentes também em relação a equipes e ele conseguem, assim como é a maioria tem uma classe social melhor eles procuram menos a unidade então eles tem 1600 famílias mais eles tem como gerenciar muito bem essas 1600 famílias, já agente não o povo procura vem pra <u>unidade o povo quer o atendimento e agente realmente tá sufocado então eu acho que por isso agente não tem tempo pra poder ver o paciente assim, agente faz né, mas não como agente gostaria né</u>” pág 13 <i>Passage 3 of 5 Section 1, Para 66, 1125 chars.</i></p> <p>“...o Ministério preconiza de 600 a 1000 famílias e agente ta trabalhando justamente com o dobro de famílias, independente disso até pela experiência que eu já tive em outros PSFs somente com o numero limite digamos no máximo de 1000 <u>é complicado isso [cumprir a integralidade da atenção] também justamente pela própria cultura dos pacientes</u> eu acho <u>que essa questão mesmo de demanda espontânea</u> isso não acaba nunca (...) porque quando você implanta o programa de saúde da família no primeiro momento você aumenta muita sua demanda, as pessoas vem pra unidade, você ta dando um respaldo então elas comparecem, a partir daí <u>quando você começa a organizar a demanda que começa a diminuir o fluxo mas no PSF ainda a procura é muito grande pelo médico, eles querem a consulta, querem a consulta, agente faz visita domiciliar, quando é no outro dia eles estão aqui querendo consulta médica</u> então existe isso, ainda tem gente que toda semana quer marcar consulta, toda semana ...”</p>		<p>Integralidade como articulação entre os programas de pré-natal, planejamento familiar e CD</p> <p>Atribui responsabilidade quanto a integralidade ao elevado de famílias, à cultura dos pacientes que buscam por modelo tradicional de atendimento à demanda espontânea</p>
--	--	--	--

**EVIDÊNCIAS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DAS PRÁTICAS
CONCEPÇÕES DE INTEGRALIDADE, REFORMA SANITÁRIA E PSF DA EQUIPE C**

<u>CATEGORIAS EQUIPES</u>	<u>CONCEPÇÃO INTEGRALIDADE</u>	<u>REFORMA SANITARIA, SUS E PSF</u>	<u>COMENTARIOS ARGUMENTO</u>
<u>EQUIPE C</u>			
Medico C	<p>“Assim eu acho que o individuo é um só, agente vê que a parte de odontologia, a forma de atendimento em relação ao acesso fica um pouco diferente do resto do PSF devido exatamente a quantidade absurda de pacientes que temos, a boca não ta separada do resto, do mesmo jeito que a mente não ta, e a gente vê que no PSF tem muita consulta que na verdade deveria ser uma consulta psicológica, a gente aqui faz as vezes do psicólogo aqui, do conselheiro amigo (...) o cuidado começa do básico lá do saneamento básico na rua que ele mora, da questão de não ter o esgotamento, de não ter estudo que não frequenta escola, isso tudo gera problema de saúde, quando vem pra unidade tem o atendimento médico mais não consegue o atendimento odontológico, a saúde pra poder ser realmente o melhor 100% você deveria ver todos os aspectos mais ou menos por aí”</p> <p><i>Document 3 of 13 Passage 1 of 2</i> Section 1, Para 39</p> <p>“Eu posso relatar assim caso que acontece, pode acontecer com mais frequência, independente da questão dos turnos de atendimento a unidade fica aberta, a urgência e emergência independe de turno de atendimento, seja criança, idoso, pré natal, o paciente dá entrada na unidade, sua queixa veio somente pra poder verificar P. A foi verificado a P. A o paciente tava com pico hipertensivo ele foi atendido no mesmo dia, e durante atendimento no exame físico do paciente verifiquei que o paciente tava com um problema odontológico que necessitaria de atendimento naquele instante tava formando abscesso, que ele na verdade deveria vir procurar atendimento de odontologia, então o paciente foi medicado”</p> <p><i>Document 1 of 13 Passage 1 of 2</i> Section 1, Paras 43 to 44, 1351 chars.</p> <p>Exemplo de atendimento integral segundo a entrevistada:</p> <p>“Outra coisa que eu posso citar em relação aos paciente acamados, hipertensa mora com uma irmã que tem distúrbio psiquiátrico somente as</p>	<p>Sobre a reforma Sanitária: “Nunca ouviu falar, não nada” <i>Document 3 of 13 Passage 1 of 1</i> Section 1, Paras 35 to 36, 54 chars. Desconhece a relação entre Ref. Sanitária, PSF e Integralidade</p>	<p>C: um idéia difusa e confusa sobre a importância do psicológico e de aspectos ambientais. A integralidade como responsabilidade de outros profissionais.</p> <p>C: Integralidade como integração entre a clinica médica e a odontologia do PSF e como continuidade.</p> <p>Nenhum conhecimento sobre Reforma Sanitária, o princípio da integralidade tal como concebido pelo SUS</p>

	<p>duas, dependiam única e exclusivamente da vontade dos vizinhos eu soube pelo agente comunitário de saúde que a paciente tava precisando de uma visita, lá eu vi que a paciente realmente não tava tomando as medicações e devido as escaras de decúbito foi chamado o SAMU 192 e essa paciente foi internada, depois teve um acompanhamento no hospital e hoje ela tem uma pessoa que toma conta dela e da irmã que orienta quando a gente solicita os exames, essa pessoa é responsável pra poder providenciar os exames, ela traz o resultado dos exames aqui e sempre que possível a gente vai lá pra ver como é que ela está e isso eu acho que não existe no modelo antigo né? o posto era somente pra atendimento” <i>Passage 2 of 2 Section 1, Paras 45 to 46, 1086 chars.</i></p> <p>Obstáculos à Integralidade: “Eu tô com quase 1,600 famílias né? e o que eu vejo é que apesar da gente fazer várias coisas pra comunidade, ainda as pessoas tem aquele modelo na cabeça de chegar e ser atendido, de querer a consulta, remédio, exame, e muitas vezes a gente tem dificuldade pra ter um número adequado de pessoas participando do grupo, o ideal seria pegar uma micro área e fazer porque com uma população dessa né? mas por incrível que pareça pra você conseguir as vezes reunir 40 pessoas você tem que chamar 3 micro áreas porque como a gente vai falar em educação em saúde... eles têm tempo pra vim pra consulta e não tem pro grupo, e agente convida outros profissionais pra poder participar, pra poder falar a respeito da nutrição, a importância da alimentação, da atividade física, em relação a medicação que hoje em dia dificilmente falta medicação na unidade, então o paciente tem acesso a medicação, o paciente tem acesso as informações, porque motivo que esse adulto ele não participa do grupo? o paciente não participa por falta realmente de interesse, tem aquele modelo porque se você for olhar tem aquele paciente que mensalmente vem a unidade porque já se acostumou, as queixas são as mais diversas possíveis, na maioria é queixa vaga, e é um paciente hipertenso e porque ele não participa do grupo?” <i>Document 1 of 13 Passage 1 of 4 Section 0, Para 118, 1980 chars.</i></p> <p>“A gente faz o que pode né como falei em relação à questão de ter psicólogo, eu acho que se tivesse assim uma nutricionista que realmente frequentasse a unidade porque a gente tem o serviço de nutrição que a gente faz consulta mas é uma pessoa que não faz parte da equipe, então se tivesse uma pessoa que participasse dos grupos entendeu, seria interessante...” <i>Passage 2 of 4 Section 0, Para 232, 736 chars.</i></p> <p>“Eu acho que os problemas que a gente vive aqui a questão do número de famílias pra um atendimento de equipe, se fosse realmente mais reduzido a gente poderia dar um atendimento até de melhor qualidade, em relação a consulta que na verdade é um atendimento mais psicólogo muitos pacientes que vêm pra cá não</p>		<p>C: coloca a responsabilidade nos usuários e na quantidade de famílias.</p>
--	---	--	---

	<p>estão querendo o atendimento médico pôr um problema físico, devido a quantidade de pessoas que tá lá fora você infelizmente não dá aquela atenção que ele gostaria de ter, você pensa hipertensão diabetes é o quê? tá tossindo? tá com dor? e o paciente chega pra falar e respeito do problema que ele tá tendo com a família dele entendeu? aí o quê que eu faço bem você procura o CAPS e talvez se eu tivesse um pouco mais de tempo será que eu não poderia conversar com aquele paciente? ar ver aquele problema dele e tudo.. em relação a estrutura física da unidade acho que é uma estrutura boa, de vez em quando quebra uma coisinha a gente tem o serviço de manutenção, em relação a medicação é muito difícil faltar, medicação se acaba rápido pela questão da quantidade de pessoas que fazem uso da farmácia mais sempre que a gente tá solicitando tá vindo as medicações, então no geral eu acho que realmente o negocio funciona bem mais que poderia claro funcionar melhor e assim a única que eu acho que realmente melhoraria é em relação a sala de espera se a gente tivesse uma televisão e um vídeo porque a gente tem tanta fita informativa né e que a gente poderia colocar e o paciente aquele tempo que ele fica lá e poderia tá tendo mais informação a respeito de saúde. <i>Passage 3 of 4 Section 0, Para 248,</i></p>		
<p>Enfermeiro C</p>	<p>“Porque a gente não vai ver só a queixa do paciente naquele momento, a gente procurar saber a história dele, a história familiar, a história dele na comunidade, é estar atento as queixas dele não só daquele problema que ele ta sentindo, procurar investigar assim um exemplo as vezes vem a gestante a gente vai faz o pré natal, mas as vezes ela tem alguma queixa, ah eu tenho uma dor de cabeça constante e tudo mais, investigar se você já fez alguma vez, uma consulta com oftalmo né? gestantes se já fez alguma vez um preventivo, é atender ela em todas as suas necessidades não é só naquele momento no que ela ta sentindo” <i>Document 1 of 13 Passage 1 of 1 Section 0, Para 140</i> Não conseguiu lembrar/relatar situação de abordagem integral ao paciente. Obstáculos à Integralidade: “..agente não consegue assim oh minha agenda ta cheia de criança marcada e tem muita criança pra ser atendida, mas eu não tenho vaga, é muita família e eu não vou atender só criança né, tem as outras que além dos meus atendimentos tem a parte toda burocrática e sempre cai mais pra cima do enfermeiro..” <i>Document 2 of 13 Passage 1 of 1 Section 0, Paras 187 to 190</i></p>	<p>“Bom a reforma sanitária que a gente é.. que teve toda essa mudança da assistência mesmo né? e dessa ultima é o SUS né?” <i>Document 1 of 13 Passage 1 of 1 Section 0, Para 130, 122 chars. Pouca clareza..</i></p>	<p>A formação especializada em Comunicação em Saúde parece não ter contribuído para o conhecimento sobre a saúde pública. Definiu mas não relatou exemplo concreto. A Integralidade da atenção parece estar no plano do discurso, do ideal: atenção centrada no indivíduo buscando captar não só as queixas mas também possíveis necessidades. Sobrecarga de trabalho, nº de famílias como obstáculos.</p>

APÊNDICE F

**FORMAÇÃO, TRAJETÓRIA POLÍTICA E PROFISSIONAL E CONCEPÇÕES
SOBRE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO DOS AGENTES DAS PRÁTICAS
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

APÊNDICE F – Formação, trajetória política e profissional e concepções sobre integralidade da atenção dos agentes das práticas das equipes de saúde da família.

PROF. DE SAÚDE	FORMAÇÃO	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E POLÍTICA	CONCEPÇÕES SOBRE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO (EVIDÊNCIAS)	CLASSIFICAÇÃO “FORMULAÇÃO SÍNTESE”
MÉD. A	Residência em Ginecologia e Obstetrícia (Maternidade Climério de Oliveira)	<p>Iniciou carreira na área hospitalar trabalhando em municípios do interior do Estado. Referiu residir no município atual há 25 anos e trabalhava numa cidade próxima quando foi convidada por uma pessoa da Secretaria de Saúde para atuar no Programa de Saúde da Família. Está no PSF há 03 anos e 6 meses.</p> <p>Relata não ter nenhum conhecimento sobre a Reforma Sanitária, SUS e a relação destes com o Programa de Saúde da Família Integralidade da atenção.</p> <p>Nenhuma participação em movimento social ou militância estudantil: disposições políticas conservadoras</p>	<p>“Integral é você olhar <u>as condições sociais</u>, de saúde, tudo da família, <u>não é só ver a doença</u> na família, <u>orientação</u> de idoso, de gestante, de adolescente, vacina, tudo, <u>pra mim é tudo, é a família como um todo</u>” pág. 6 <i>Document 3 of 8</i> <i>Passage 1 of 2</i> Section 2, Paras 31 to 32, 302 chars.</p> <p>“É você <u>acompanhar, fazer o diagnostico, encaminhar pra um serviço especializado, é resolver o problema de saúde da pessoa</u>, tenho assim pacientes que chegam com dores, que vão pro pronto socorro toda semana e eu já faço o diagnostico já encaminhado pra cirurgia faz a cirurgia e ta resolvido o problema..” pág.6 <i>Passage 2 of 2</i> Section 2, Paras 33 to 34</p> <p><i>Exemplo de Integralidade:</i> J.L., 62 anos, é um paciente hipertenso, diabético, já ta no quarto infarto, não fumava, bebia e esse ano já ta na quarta internação, e vai pra UTI e faz acompanhamento, eles estão querendo mandar pra Salvador pra fazer angioplastia, ponte de safena, mas ele é assim, agente chama a ambulância ele vai pro hospital fica geralmente na UTI e volta, agente pensa que ta com repouso, ele começa a pegar peso, não faz dieta, e não tem conselho, participa de todos os grupos, não falta medicação pra ele, quando agente pensa que não, ele come uma feijoada no fim de semana e chega aqui com pressão ate de 26/12.” pág.7 <i>Document 2 of 8</i> <i>Passage 1 of 1</i> Section 2, Para 35, 995 chars.</p>	<p>A concepção de integralidade agrega um conjunto de idéias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A idéia de atenção curativa: fazer diagnóstico, cuidar da doença; 2. A idéia de prevenção: orientar idoso, gestante, dar vacina; 3. A noção de continuidade da atenção: encaminhar para um serviço especializado; 4. Resolutividade: é resolver o problema de saúde da pessoa; 5. Vínculo, responsabilização: é você acompanhar.. 6. Conhecer os determinantes sociais da saúde-doença: é você olhar as condições sociais.. <p>Expressa também redundância e senso comum: integral é tudo, é a família como um todo, como algo evidente. Definição redundante: integralidade pelo integral. Quando solicitado um exemplo revela pouca clareza sobre o significado de uma abordagem integral.</p> <p>Síntese: Integralidade como atenção curativa e preventiva, continuidade nos demais níveis do sistema, vínculo e resolutividade. Envolve a necessidade de compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença.</p>

<p>ENF. A</p>	<p>Especialização em Saúde Pública (UESC/ENSP)</p>	<p>Depois de formada trabalhou em hospital no interior do Estado onde enfrentou situações de precariedade de infra-estrutura hospitalar para atendimento aos pacientes. Se identifica com a saúde pública desde estudante, por ocasião de estágio em unidade de saúde. Veio trabalhar neste município devido a segurança do vínculo trabalhista. Atua no PSF há 1 ano e é professora de curso técnico de enfermagem noturno. Para a sua formação profissional considerou importante a especialização em saúde pública e a experiência de atuação em gestão municipal de saúde: trabalhou com Dr. W. que, dentre outras coisas, foi presidente do CONESEMEMS e é um nome de referência na saúde pública. Compreende a Reforma Sanitária como um grande movimento em prol da saúde pública, a saúde como direito de todos e dever do estado assegurado constitucionalmente. Reconhece a ampliação do acesso através da implantação do SUS e seus princípios dentre os quais o da integralidade da atenção. Compreende o PSF inserido na lógica de implantação do SUS e acredita que o modelo deste Programa favorece a ampliação do conhecimento sobre as condições de vida dos pacientes que habitam o território adscrito. Não atuou em mov. social ou militância estudantil.</p>	<p><u>É você oferecer ao paciente o atendimento que ele precisa em toda sua integralidade, se precisa de atenção básica você vai atender, se precisar de uma média complexidade você oferece, se precisar de alta complexidade você oferece, então você vai dar um atendimento integral;</u> ainda tem aquela questão <u>pra ver o paciente de forma holística né? de ver o todo</u> do paciente, acho que isso agente <u>ainda não</u> conseguiu fazer no PSF...” pág12</p> <p><i>Document 2 of 8 Passage 1 of 5 Section 1, Para 61</i></p> <p>“...a questão de <u>você olhar o paciente de forma holística, às vezes ele vem pra consulta não ta sentindo nada, ele quer conversar com a médica quer contar um problema</u> que ele tem”</p> <p>Exemplos de integralidade: “...quando agente atende o paciente de planejamento familiar agente oferece o método mas <u>você vai ter que olhar ela como um todo</u>, então você vai olhar se já fez preventivo, nunca fez, então você já tem que direcionar essas coisa” p.14 <i>Document 1 of 8 Passage 1 of 1 Section1, Paras 64 to 65</i></p> <p>“...agente faz o pré natal da gestante, ela faz todas as consultas, quando ganha neném agente faz a visita de puerpério, os agentes sinalizam agente faz a visita domiciliar onde já vai ter todo aquele cuidado com a puérpera e o recém nascido, dessa visita domiciliar agente já agenda o CD que é o acompanhamento ao crescimento desenvolvimento da criança e já é agendada a segunda consulta de puerpério dela que já é com a médica, quando ela vem pra consulta com a médica ela já aborda a questão do planejamento familiar que é justamente quando ela tá mais ou menos com um mês, então realmente é um seguimento que agente vai dando que <u>é justamente a integralidade da atenção que agente vai fazendo e ela vai saindo de um programa digamos assim entrando em outro de acordo com a sua necessidade</u>, daí ela já <u>sai pro programa de planejamento familiar novamente pro CD</u> que ela vai acompanhando todo mês” <i>Document 1 of 8 Passage 1of1 Section1, Paras 64 to 65</i></p>	<p>A concepção de integralidade agrega:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A noção de continuidade: um atendimento integral significa disponibilizar a assistência em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde (básica , média e alta complexidade), conforme a necessidade; 2. Atender de forma holística entendido como dar suporte a problemas de ordem subjetiva: ele vem pra consulta não ta sentindo nada, quer conversar com a médica quer contar um problema; ; 3. A idéia de oferta articulada de serviços/programas (pré-natal, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento) <p>Expressa também redundância tentando definir a palavra por ela mesma: é você oferecer ao paciente o atendimento que ele precisa em toda sua integralidade. Definições redundantes: definir o holístico pelo todo.</p> <p>Síntese: Integralidade como atenção curativa e preventiva (oferta articulada de serviços/programas) com base na investigação de problemas de saúde; assistência em todos os níveis de atenção do Sistema de Saúde (continuidade da atenção); e suporte a problemas de ordem subjetiva.</p>
----------------------	--	---	---	---

<p>MÉD.C</p>	<p>Residência em Ginecologia e Obstetrícia (Hosp. Geral Prof. Roberto Santos)</p>	<p>No final do R2 começou a trabalhar em cidades do interior em clínica particular de ginecologia, plantões hospitalares e chegou a montar consultório de ginecologia que não conseguiu manter em função das despesas. Após a residência atuou em clínica particular de Salvador; trabalhou nas Voluntárias Sociais (contrato REDA), em serviço de atendimento médico odontológico móvel; deu plantão em maternidades públicas substituindo colegas concursados. Trabalhava exaustivamente, sem folga; resolveu vir para o município atual porque outras colegas que já tinham vindo antes estavam com “a vida mais arrumada”. Também foram estímulos o fato de ter familiares residindo na cidade e relacionamento pessoal. Ouviu falar que o PSF do município era muito organizado. Veio pensando em ficar 6 meses no PSF até o tempo de se estabilizar financeiramente e abrir consultório particular. No entanto com 40 horas de PSF e o 3º turno de atendimento no ambulatório de ginecologia de Hospital Municipal não teve tempo mais para nada. Atua no PSF há 3 anos. Nunca ouviu falar sobre a Reforma Sanitária e a relação com o PSF e a integralidade da atenção. Informou nenhuma participação em movimento social ou militância estudantil.</p>	<p>“Assim eu acho que o individuo é um só, agente vê que a parte <u>de odontologia, a forma de atendimento em relação ao acesso fica um pouco diferente do resto do PSF devido exatamente a quantidade absurda de pacientes, a boca não ta separada do resto</u>, do mesmo jeito que a mente não ta, <u>no PSF tem muita consulta que na verdade deveria ser uma consulta psicológica, agente aqui faz as vezes do psicólogo, do conselheiro amigo (...)</u> o cuidado começa do básico lá do saneamento básico na rua que ele mora, da questão de não ter o esgotamento, de não ter estudo, isso tudo gera problema de saúde, quando vem pra unidade <u>tem o atendimento médico mas não consegue o atendimento odontológico</u>, a saúde pra poder ser realmente o melhor você deveria ver todos os aspectos mais ou menos por aí”</p> <p><i>Document 3 of 13 Passage 1 of 2</i> Section 1, Para 39</p> <p>“A gente faz o que pode né como falei em relação à questão de ter psicólogo, eu acho que <u>se tivesse uma nutricionista que realmente freqüentasse a unidade</u> porque existe o serviço de nutrição que a gente encaminha para consulta, mas é uma pessoa que não faz parte da equipe, então se tivesse uma pessoa que participasse dos grupos entendeu, seria interessante...”</p> <p><i>Passage 2 of 4</i> Section 0, Para 232, 736 chars</p> <p><u>Exemplos de integralidade:</u></p> <p>“Eu posso relatar um caso que acontece, a unidade fica aberta, a urgência e emergência independe de turno de atendimento, seja criança, idoso, pré natal, o paciente dá entrada, veio somente pra poder verificar P.A foi verificado P.A, o paciente tava com pico hipertensivo foi atendido no mesmo dia, e durante atendimento no exame físico verifiquei que o paciente tava com problema odontológico que precisava de atendimento naquele instante tava formando abscesso, que ele na verdade deveria vir procurar atendimento de odontologia, então o paciente foi medicado” <i>Doc 1 of 13 Passage 1 of 2</i> Section 1, Paras 43 to 44</p>	<p>A concepção de integralidade agrega:</p> <p>1. A idéia de integração entre a clínica médica e a odontologia: <u>tem o atendimento médico mais não consegue o atendimento odontológico, a boca não ta separada do resto;</u></p> <p>2. A idéia de inclusão de outras categorias profissionais na equipe de saúde da família: no PSF tem muita consulta que deveria ser uma consulta psicológica, agente aqui faz as vezes do psicólogo; se tivesse uma nutricionista que realmente freqüentasse a unidade seria interessante. Revela desconhecimento sobre o Programa de Saúde e sua articulação com equipes de matriciamento.</p> <p>Identifica a relação entre os determinantes sociais e os problemas de saúde encontrados no território mas não relata o desenvolvimento de ações que possam se reverter promoção da saúde.</p> <p><u>Síntese:</u> Integralidade como articulação de ações da clínica médica e da odontologia, com articulação multiprofissional (inclusão de psicólogos e nutricionistas na equipe de saúde da família)</p>
---------------------	---	--	---	--

<p>ENF. C</p>	<p>Especialização em Comunicação em Saúde (UESB)</p>	<p>Pensava em fazer medicina mas não chegou a prestar o vestibular pois na sua cidade não havia este curso e não queria se afastar dos pais. Por ser de Jequié e por lá ter faculdade de enfermagem (UESB), optou por este curso. Fez Especialização em Comunicação em Saúde, oferecida na UESB. Logo após formada trabalhou 2 ou 3 meses em município próximo a Jequié atuando no PACS e no hospital local. Em seguida foi para Aracaju em função de mudança de trabalho do esposo. Trabalhou 11 meses em PSF no interior de Sergipe mas não considerou boa esta experiência por não haver condições de trabalho: Mudou-se para o município atual também em função do trabalho do marido e logo quando chegou trabalhou durante 1 ano no PACS de Itambé. Depois disso veio para o PACS do município atual onde trabalhou durante 3 anos. Há 1 ano começou a trabalhar no PSF e está na equipe atual a cerca de 6 meses. Não tem outro vínculo trabalhista. Revela falta de clareza sobre o que foi a Reforma Sanitária, SUS e sua relação com PSF e integralidade da atenção: “Bom a reforma sanitária que a gente é.. que teve toda essa mudança da assistência mesmo né? e dessa ultima é o SUS né?”<i>Doc 1 of 13 Passage1of1.</i> Não teve participação em mov. social ou militância estudantil.</p>	<p>“Agente não vai ver só a queixa do paciente naquele momento, agente vai procurar saber a história dele, a história familiar, a história dele na comunidade, <u>é estar atento as queixas dele não só daquele problema que ele ta sentindo</u>, procurar investigar assim um exemplo as vezes vem a gestante a gente vai faz o pré natal, mas as vezes ela tem alguma queixa, ah eu tenho uma dor de cabeça constante e tudo mais, <u>ai você vai investigar</u> se ela já fez alguma vez, uma consulta com oftalmo né? se já fez alguma vez um preventivo, <u>é atender ela em todas as suas necessidades não é só naquele momento no que ela ta sentindo</u>” <i>Document 1 of 13 Passage 1 of 1</i>Section 0, Para 140</p>	<p>A concepção de integralidade agrega:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A idéia de investigação de problemas de saúde para além da queixa principal; 2. Buscar conhecer a história familiar e a história do paciente na comunidade; 2. A idéia de atender a todas as “necessidades”, onde necessidades são entendidas como problemas de saúde e traduzidos em oferta de serviços (consulta com oftalmologista, preventivo, pré-natal., etc) <p>Síntese: Integralidade da atenção como atenção curativa e preventiva com base na investigação de problemas de saúde e oferta de serviços.</p>
----------------------	--	---	---	--

APÊNDICE G

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

APÊNDICE H

**CARTA DE EXPLICAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

CARTA DE EXPLICAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Rua Padre Feijó 29/4º andar
 Canela, Salvador, Bahia 40-110180
 Tel: 245-0544/336-7181 fax 2375856

Projeto “A integralidade das práticas e o Programa de Saúde da Família”

Carta de explicação

Introdução e convite para participar da pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo desenvolvido por uma Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. O sr. (a) foi escolhido (a) por ser da **equipe gestora da Secretaria de Saúde ou profissional de saúde** (médico, odontólogo, enfermeira ou auxiliar de enfermagem) pertencente às equipes de Saúde da Família deste município.

Descrição da pesquisa e das principais questões

Este estudo tem como objetivos: estimar o grau de implantação da integralidade em diferentes equipes de saúde da família deste município e analisar possíveis obstáculos e facilidades à implementação da integralidade da atenção no âmbito das práticas de saúde. A sua participação nesse estudo consiste no fornecimento de informações referentes ao cotidiano das práticas de saúde desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família da qual você faz parte. Para tanto o nosso pesquisador irá entrevistá-lo e acompanhá-lo durante as suas atividades de rotina tais como: atendimento individual e/ou coletivo a pacientes na Unidade de saúde da família, visita domiciliar, e demais atividades, devendo também realizar consulta aos prontuários.

Declaração de confidencialidade

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome ou cargo não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Benefícios, riscos e caráter voluntário

Essa pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e inclui apenas perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento conhecidos para você. Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Em caso de algum problema

Se o sr. vier sofrer algum problema decorrente da sua participação nessa pesquisa gostaríamos de informar que não poderemos fornecer nenhuma compensação financeira porém podemos prestar apoio técnico. Contactar nesses casos com Cristiane Abdon Nunes Rua Basílio da Gama s/n 1º andar, Campus Canela, Salvador, Bahia. Tel: 336-7181 fax 2375856.

Aceitação

Eu (entrevistado) (a)----- pela pesquisadora -----
 -----, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “A integralidade das práticas e o Programa de Saúde da Família” e aceito nela participar.

Ou

Nome----- Rubrica da testemunha -----Data / /
 Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Rua Padre Feijó 29/4º andar
 Canela, Salvador, Bahia 40-110180
 Tel: 245-0544/336-7181 fax 2375856

Projeto “A integralidade das práticas e o Programa de Saúde da Família”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

O objetivo deste estudo é conhecer as práticas de saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da família buscando analisar os problemas e facilidades para a implementação da integralidade da atenção.

A sua participação consiste em permitir que um de nossos pesquisadores realize uma entrevista com você para saber a sua opinião sobre o atendimento prestado pela Unidade de Saúde da Família na qual você é cadastrado, ou esteja presente no consultório para observar o atendimento que o médico ou enfermeiro prestará a você.

Você não precisa se preocupar pois tudo que você disser ficará em segredo. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Essa pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e inclui apenas perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista, ou solicitar que o pesquisador se retire do consultório onde você está sendo atendido, o que será feito de imediato.

Eu (entrevistado) (a)----- pela pesquisadora -----, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa " *A integralidade das práticas e o Programa de Saúde da Família* " e aceito nela participar.

Assinatura do entrevistador:

Assinatura do entrevistado:

Data: / /

APÊNDICE I**SÍNTESE DAS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS E POLÍTICAS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES A e C.**

Síntese das trajetórias profissionais e políticas dos profissionais de saúde das equipes A e C

MÉDICA A	ENFERMEIRA A
<p>A médica da equipe A, era a profissional de idade mais avançada dentre os entrevistados. Tinha 50 anos e era formada pela Universidade Federal da Bahia. Como formação especializada optou pela residência em ginecologia e obstetrícia. Não cursou especialização em Saúde Pública. Iniciou sua carreira na área hospitalar trabalhando em municípios do interior do Estado. Referiu residir no município atual há 25 anos e trabalhava numa cidade próxima quando foi convidada por uma pessoa da Secretaria de Saúde para atuar no Programa de Saúde da Família. Está no PSF há 03 anos e 6 meses e refere fazer atendimento domiciliar particular à noite e nos finais de semana. Mencionou muita satisfação em trabalhar com Saúde da Família, particularmente com idosos e adolescentes:</p> <p style="text-align: right;">Eu digo que é um vício e que eu já estou viciada aqui. O que eu mais gosto no trabalho do PSF é tratar dos meus idosos. Trabalhar com os idosos e adolescentes... (Entrevista Méd.A, p.16)</p> <p>Referiu nunca ter participado de movimentos sociais ou militância estudantil:</p> <p style="text-align: right;">Na época da revolução minha filha, agente só fazia ficar calada e correr da polícia (Entrevista Méd.A, p.05)</p>	<p>A enfermeira da equipe A tinha 28 anos de idade e estava formada há 7 anos através da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC. Depois de formada trabalhou durante 1 ano em hospital no interior do Estado onde enfrentou, segundo a mesma, situações difíceis a exemplo da precariedade da infra-estrutura hospitalar para atendimento aos pacientes. Buscou curso de especialização na UESC e referiu ter escolhido a Especialização em Saúde Pública (convênio UESC/Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP) por ter se identificado com a área de saúde pública quando ainda era estudante, por ocasião de estágio em unidade de saúde. A segurança do vínculo trabalhista foi referida como o principal motivo para vir trabalhar no município atual. Atuava no PSF há 1 ano. Trabalhava também como professora em curso técnico de enfermagem noturno. Com relação a formação profissional, afirmou a contribuição da especialização em saúde pública como também a experiência de atuação no âmbito de gestão em saúde em um município do sul do Estado:</p> <p style="text-align: right;">Contribuiu sim. Eu acho que você tem uma outra visão né? eu me acho assim uma profissional diferenciada em relação a uma pessoa que não teve esse curso, que não passou também por um nível de coordenação como eu já tive essa experiência, trabalhei muito tempo como Dr. Waldenor Cordeiro que é um nome de referência em saúde pública, também foi presidente do CONESEMES, tem uma luta, um engajamento na área de saúde pública, então agente começa a pegar essa coisa de ser sanitarista também né? aquele sonho que agente tem da consolidação do SUS, que o SUS é viável, que o SUS tem como acontecer de fato, que não é uma coisa que tá só escrita no papel, dá pra acontecer que só falta realmente vontade política de que a coisa aconteça... (Entrev. Enf. A, p.07;08)</p> <p>Não atuou em movimento social ou militância estudantil.</p>

MÉDICA C	ENFERMEIRA C
<p>A médica da equipe C tinha 31 anos, formou-se pela Escola Baiana de Medicina há 8 anos. Como formação especializada optou pela residência em ginecologia/obstetrícia. Não fez especialização em Saúde Pública. No final do R2 começou a trabalhar em cidades do interior: trabalhou em clínica particular de ginecologia em Alagoinhas; deu plantão em Hospital de Candeias (contrato REDA) e lá colocou um consultório de ginecologia que não conseguiu manter em função das despesas. Após residência atuou em clínica particular de Salvador; trabalhou 1 ano nas Voluntárias Sociais da Bahia (REDA), em serviço de atendimento médico odontológico móvel; deu plantão no IPERBA e na maioria das maternidades públicas de SSA substituindo colegas concursados. Trabalhava exaustivamente, sem folga; resolveu vir para o município atual porque outras colegas que já tinham vindo antes estavam com “a vida mais arrumada”. Também foram estímulos o fato de ter familiares residindo na cidade e relacionamento pessoal. Ouviu falar que o PSF do município era muito organizado. Veio pensando em ficar 6 meses no PSF até o tempo de se estabilizar financeiramente e abrir consultório particular. No entanto com 40 horas de PSF e o 3º turno de atendimento no ambulatório de ginecologia de Hospital Municipal não teve tempo mais para nada. Atua no PSF há 3 anos.</p> <p>Eu comecei a pensar realmente em vim pra cá porque outras colegas que já tinham vindo antes tavam com a vida mais arrumada (...) eu venho pra poder ficar 6 meses no PSF até o tempo de eu me estabilizar (Entrev. Méd. C, p.6)</p> <p>Ta tão difícil, eu realmente lhe digo que a cobrança é grande até pela próprias pacientes de lá do posto, as que eu atendo ginecologia, quando começo o atendimento perguntam onde é que é o seu consultório? Eu não atendo em consultório; - mas Dra. não é possível que não tenha consultório. (Entrevista Méd.C, p.06)</p> <p>Informou nenhuma participação em movimento social ou militância estudantil.</p>	<p>A enfermeira da equipe C tinha 28 anos. Relata que desejava fazer medicina mas não chegou a prestar o vestibular pois na sua cidade não havia este curso e ela não queria se afastar dos pais. Por ser de Jequié e por lá ter faculdade de enfermagem (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia), optou por este curso. cursou Especialização em Comunicação em Saúde, oferecida na UESB. Logo após formada trabalhou 2 ou 3 meses em município próximo a Jequié atuando no PACS e no hospital local. Em seguida foi para Aracaju em função de mudança de trabalho do esposo. Trabalhou 11 meses em PSF no interior de Sergipe mas não considerou boa esta experiência por não haver condições de trabalho:</p> <p>Não foi uma experiência boa porque o Prefeito achava que ia ganhar a eleição implantando o PSF entendeu ? Não tinha condições de trabalho, , acabava que não era o PSF, se trabalhava mesmo como uma Unidade Básica. (Entrevista Enf.C, p.04)</p> <p>Eu sempre assim pensava em fazer medicina mas fiz vestibular de enfermagem por ser de Jequié e ter faculdade de enfermagem lá (...) não cheguei a fazer para medicina, assim por não ter que sair de junto de minha mãe, de meu pai, aí eu fiquei em Jequié mesmo (Entrev. Enf.C, p.2)</p> <p>Mudou-se para o município atual também em função do trabalho do marido e logo quando chegou trabalhou durante 1 ano no PACS de Itambé, município próximo. Depois disso veio para o PACS do município atual onde trabalhou durante 3 anos. Há 1 ano começou a trabalhar no Programa de Saúde da Família e está na equipe atual a menos de 6 meses. Não tem outro vínculo trabalhista além do PSF.</p> <p>Não teve participação em movimento social ou militância estudantil.</p>