

Cozer Montenegro, Lívia; de Mattos Penna, Cláudia Maria; Menezes Brito, Maria José
A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 44, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 649-656
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033305014>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte

COMPREHENSIVE CARE FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH CARE WORKERS FROM BELO HORIZONTE

LA INTEGRALIDAD BAJO LA ÓPTICA DE LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE BELO HORIZONTE

Lívia Cozer Montenegro¹, Cláudia Maria de Mattos Penna², Maria José Menezes Brito³

RESUMO

Trata-se de estudo de caso qualitativo, com o objetivo de apresentar a compreensão sobre integralidade para os profissionais e gestores que atuam em serviços de saúde de Belo Horizonte. Foram entrevistados 32 profissionais a partir de um roteiro semiestruturado. A análise dos dados mostrou que os diferentes níveis de atenção perpassam à integralidade, agregando a noção de promoção à saúde. O trabalho interdisciplinar emerge como elemento fundamental para esta prática, que se concretiza por meio de compartilhamento de sentimentos. Em contrapartida, os dados mostram que as práticas de integralidade só se concretizam em condições básicas, que os serviços muitas vezes não oferecem. Conclui-se que é preciso eliminar as fragmentações presentes tanto na forma de organização dos serviços de saúde quanto nas práticas cotidianas dos profissionais que atuam nesses serviços, para oferecer uma assistência integral, resolutiva, e humanizar as práticas de saúde, visando sempre a qualidade de vida da população.

DESCRITORES

Enfermagem em saúde pública.
Pessoal de saúde.
Atenção à saúde.
Saúde pública.
Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

The objective of this qualitative case study was to present the understanding that health care workers and administrators of Belo Horizonte have about comprehensive care. Thirty-two workers were interviewed using a semi-structured questionnaire. Data analysis showed that comprehensiveness permeates the various levels of health care, adding the concept of health promotion. Interdisciplinary work emerges as a key element for the health care practice, which is made effective by sharing feelings. On the other hand, data show that comprehensive health care is only made effective provided that basic conditions are present, and services often do not provide those conditions. In conclusion, it is necessary to eliminate the fragmentations that exist in the form of health care organization as well as in the everyday practice of health care workers at the referred services so that it is possible to offer comprehensive, problem-solving care and humanize health care practices always aiming at the quality of life of the population.

KEY WORDS

Public health nursing.
Health personnel.
Health care.
Public health.
Patient care team.

RESUMEN

Se trata de un estudio de caso cualitativo con el objetivo de presentar la comprensión de la integralidad para los profesionales y gestores que actúan en servicios de salud de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Fueron entrevistados 32 profesionales a partir de una guía semiestructurada. El análisis de los datos mostró que la integralidad abarca los diferentes niveles de atención, agregando la noción de promoción de la salud. El trabajo interdisciplinario emerge como elemento fundamental para esta práctica, que se concreta a través de compartir los sentimientos. En contrapartida, los datos muestran que las prácticas de integralidad sólo se concretan en condiciones básicas que los servicios muchas veces no ofrecen. Se concluye en que es preciso eliminar las fragmentaciones presentes, tanto en la forma de organización de los servicios de salud cuanto en las prácticas cotidianas de los profesionales que actúan en dichos servicios, para ofrecer una asistencia integral, resolutiva, y humanizar las prácticas de salud, observando siempre la calidad de vida de la población.

DESCRIPTORES

Enfermería en salud publica.
Personal de salud.
Atención a la salud.
Salud pública.
Grupo de atención al paciente.

¹Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem NUPAE/CNPq. Belo Horizonte, MG, Brasil. livinhamontenegro@hotmail.com ²Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem NUPAE/CNPq. Belo Horizonte, MG, Brasil. cmpenna@enf.ufmg.br ³Doutora em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Vice-líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem NUPAE/ CNPq. Belo Horizonte, MG, Brasil. brito@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm imposto a todos os profissionais envolvidos no processo de se fazer saúde, uma mudança na prática assistencial. Com a criação e efetivação do Sistema Único de Saúde o modelo biomédico até então hegemônico baseado em práticas curativas foi perdendo seu espaço para um modelo de assistência à saúde no qual o indivíduo deve ser entendido como sujeito, inserido em diferentes contextos e fortemente influenciado por determinantes sociais, ou seja, em sua integralidade.

O conceito de saúde, que deixou de representar apenas um estado de ausência de doença, assumiu um caráter ampliado, no qual passa a ser entendido como o estado de bem estar físico, mental e social. A ampliação deste conceito gerou mudanças no gerenciamento do processo saúde-doença e a criação de Políticas Públicas de Saúde visando não somente a recuperação de agravos, mas também a Promoção da Saúde.

A promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas deve resultar da integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos⁽¹⁾.

Neste sentido a saúde no Brasil configura-se na lógica da promoção da saúde, objetivando a integralidade da assistência prestada ao usuário, família e comunidade. A integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação⁽²⁾. Por esta razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido de provocar mudanças e colocar em prática os princípios doutrinários do SUS, tanto no campo da Atenção Primária quanto nos demais setores que oferecem saúde.

A integralidade constitui-se como práticas que emergem em meio a um campo de forças e lutas formado por movimentos de usuários, trabalhadores e gestores, por propostas políticas, limitações de financiamento, programação e planejamento das três esferas governamentais, inseridos numa realidade sócio-histórica singular⁽³⁾, ou seja, constrói-se na práxis do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço⁽⁴⁾.

Entendemos que a importância de se abordar a assistência de forma integrada está fundamentada na articulação de todos aqueles envolvidos que atuam nos mais variados espaços onde a produção de cuidados ocorre. Assim,

cada instituição de saúde assume papel estratégico na produção de novas formas de agir e produzir integralidade, na medida em que no mesmo espaço, reúnem-se diferentes perspectivas, interesses e distintos atores sociais.

Nesse contexto, desde 1998, a Prefeitura de Belo Horizonte vem discutindo e implantando estratégias para o atendimento do setor saúde, pautado na integralidade das ações a partir de uma integração possível no trabalho em equipe, com respaldo do gestor local e participação da população. Para atingir a integralidade da assistência no plano macro, um dos objetivos a perseguir é a integralidade da assistência no atendimento de cada profissional e no conjunto de cuidados desses profissionais a cada indivíduo e/ou comunidade⁽⁵⁾.

Em 2003, a questão da integralidade de atenção à saúde, no projeto BH-VIDA, passou a ser vista sob o aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos⁽⁶⁾. Desde então, entende-se que para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar.

A integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação.

Considerando o exposto e a importância de adentrarmos o universo das subjetividades que permeiam as práticas cotidianas dos profissionais da saúde, buscamos compreender as concepções de integralidade para esses profissionais, bem como para os gestores das unidades básicas de saúde, pronto atendimento, policlínicas, hospitais de médio e grande porte da rede de atendimento da saúde do município de Belo Horizonte. O presente artigo tem como objetivo compreender integralidade para os profissionais de saúde e gestores que integram a rede hierarquizada de saúde de Belo Horizonte a partir das ações desenvolvidas em suas práticas cotidianas.

MÉTODO

O presente artigo é parte da pesquisa intitulada *Integralidade, Equidade e Resolutividade nas Ações Cotidianas de Gestores e Trabalhadores do Setor Saúde: Um Estudo de Caso na Rede Hierarquizada de Saúde do Município de Belo Horizonte* que consistiu em um estudo de caso qualitativo, com vistas a compreender os princípios doutrinários do SUS nas ações cotidianas de saúde dos gestores e profissionais que integram a rede de saúde de Belo Horizonte. Optamos, neste artigo, por apresentar o princípio da integralidade apresentado pelos informantes do estudo.

É importante ressaltar que o estudo de caso é caracterizado pela investigação aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos com vistas ao seu conhecimento amplo e detalhado. Assim, constitui tarefa praticamente impossível mediante a adoção de outros tipos de delineamentos

de pesquisa⁽⁷⁾. O estudo de caso vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das Ciências Sociais e apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real⁽⁸⁾. O Estudo de Caso é utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo de forma inigualável para a compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos e permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real⁽⁸⁾. Esta abordagem metodológica consiste na investigação aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos, com vistas ao seu conhecimento amplo e detalhado, podendo ser alcançada por meio das seguintes fases: na primeira fase, caracterizada como *fase exploratória*, o pesquisador parte do pressuposto da inexistência de uma visão predeterminada da realidade, indo em busca dos aspectos relevantes que envolvam uma determinada situação. Essa visão de abertura para a realidade deve ser captada como ela é realmente, e não como se quereria que fosse⁽⁹⁾. A segunda fase de desenvolvimento do estudo de caso corresponde à *delimitação do estudo*, sendo essa realizada como etapa consecutiva à identificação dos elementos-chave e dos contornos aproximados do problema. Assim, o pesquisador procede à coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos mais ou menos estruturados e técnicas mais ou menos variadas, sendo que sua escolha é determinada pelas características do objeto estudado. Desta maneira, a seleção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte se configuram como elementos cruciais para o alcance dos propósitos do estudo de caso, assim como para se chegar a uma compreensão mais acurada e completa da situação pesquisada. A *análise sistemática e a elaboração do relatório*, constituem a terceira fase de desenvolvimento do estudo de caso e decorre da necessidade de sistematização e análise das informações a serem repassadas aos informantes para que possam manifestar suas reações sobre a relevância e a acuidade do que é relatado⁽⁹⁾. Nessa fase, é necessário um constante movimento entre a teoria e os dados empíricos. A última etapa, denominada *prática do estudo de caso* está relacionada aos possíveis problemas que podem ser evocados quanto ao planejamento ou desenvolvimento deste tipo de estudo. Entre os principais problemas, destacam-se a escolha do típico ou atípico, *isto é, empiricamente representativo de uma população determinada*⁽⁹⁾ e a questão da generalização dos resultados. A respeito dos problemas apontados, ressalta-se que o fato de o caso ser ou não *típico*, afeta diretamente a questão da generalização. Considerando que *cada caso é tratado como único, singular, a possibilidade de generalização passa a ter menor relevância*⁽⁹⁾.

Tendo em vista as considerações apresentadas, o método de Estudo de Caso foi considerado adequado para a realização desta pesquisa, pela real complexidade do fenômeno em questão, sua contemporaneidade e sua inserção no contexto das organizações do setor saúde em Belo Horizonte.

Foram sujeitos da pesquisa, 32 profissionais de saúde e gestores que vivenciam as ações cotidianas de saúde das unidades básicas de saúde, pronto atendimento, policlínicas, hospitais de médio e grande porte da rede de atendimento da saúde do município de Belo Horizonte e interagem com a população assistida, construindo realidades sociais diferenciadas. Assim, foram contemplados trabalhadores de diferentes categorias, pois a integralidade da atenção tem, necessariamente, um caráter interdisciplinar. Um dos critérios preliminares de escolha dos sujeitos foi ter no mínimo dez anos de trabalho em qualquer setor da rede, pois se ainda não eram trabalhadores na implementação do SUS em Belo Horizonte no ano de 1993, estavam se graduando em um momento de transição. Vale esclarecer que apesar da distinção dada aos gestores não houve diferenciação para fins desse artigo na análise de suas falas e, portanto, todos os respondentes, independente de categoria profissional ou cargo ocupado estão identificados pela letra E seguida por um número seqüencial para diferenciá-los.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa em seu setor de trabalho podendo, inclusive, indicar outros colegas. Ao convite foi informado sobre o objetivo da pesquisa, bem como todo e qualquer procedimento, sendo livre de aceitar ou não fazer parte da mesma, conforme Resolução 196/96⁽¹⁰⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, cujo número do protocolo é: ETIC 592/04.

Tabela 1 - Relação entre as unidades de trabalho e funções dos sujeitos da pesquisa - Belo Horizonte - 2006

Unidade	Número	Função
Unidade Pronto Atendimento (UPA)	04	Técnicos de Enfermagem
	03	Enfermeiros
	01	Assistente Social
	01	Gestor
Unidade Básica de Saúde (UBS1)	01	Enfermeiro
	01	Assistente Social
	01	Médico
	01	Gestor
Centro de Referencia em Saúde Mental (CERSAM)	01	Terapeuta Ocupacional
	01	Auxiliar de Enfermagem
	01	Médico
Pronto Atendimento Médico (PAM)	04	Auxiliares de Enfermagem
	02	Enfermeiros
	01	Psicólogo
Unidade Básica de Saúde (UBS2)	01	Auxiliar de Enfermagem
	01	Agente Comunitário de Saúde
	01	Médico
	03	Enfermeiros
	01	Gestor
	01	Assistente Social
	01	Odontólogo

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Os dados foram coletados mediante realização de entrevistas semi-estruturadas nos locais e horários pré-determinados pelos entrevistados no período de outubro a dezem-

bro de 2006. Para tal, foi previamente solicitada a permissão para gravar as entrevistas a fim de assegurar a confiabilidade das informações. Com relação à coleta de dados, a mesma foi finalizada a partir do momento que se atingiu a saturação de dados, isto é quando obtivemos *um número suficiente para permitir certa reincidência das informações*, sem desprezar conteúdos considerados significativos⁽¹¹⁾.

Os dados foram tratados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo⁽¹²⁾. No processo de análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra, segundo o roteiro de perguntas. Após a transcrição das fitas, procederam-se leituras das entrevistas em sua totalidade para extrair os temas relevantes que emergiram dos discursos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A integralidade na atenção à saúde é um conceito que possui vários sentidos⁽¹³⁾. A organização dos serviços de saúde como um dos sentidos da integralidade surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, a fim de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e nas suas necessidades. Neste estudo, verifica-se em depoimentos de entrevistados a importância do sentido da integralidade como assistência/atenção integral pelo sistema de saúde em seus três níveis de atenção:

O que eu entendo por integralidade. É um acompanhamento, uma resposta à necessidade do paciente em todos os níveis de assistência. É o acompanhamento integral. É o que eu entendo por integralidade. Respeitar as necessidades em todos os níveis do sistema (E13).

O meu entendimento de integralidade relacionado ao SUS é o paciente receber um atendimento integral, ou seja, no nível primário, secundário ou terciário do que for necessário para ele. O SUS divide a atenção em três níveis: o nível primário de atendimento que está relacionado ao atendimento de um médico generalista no centro de saúde, o nível secundário que é o atendimento realizado nos PAM, chamados PAM, ou unidade de referência secundária e o nível terciário é o atendimento hospitalar. Então esses três níveis de atendimento compõem a atenção integral de saúde ao usuário do SUS (E21).

É a coordenação dos 3 níveis, né? Primário, secundário e terciário. Isso que eu entendo (E16).

Mediante os depoimentos apresentados, observa-se que a integralidade e intersetorialidade estão intimamente relacionadas nas práticas cotidianas da saúde. A intersetorialidade, neste sentido, passa não apenas pela construção de ações articuladas no âmbito do setor saúde, mas na possibilidade de ações seqüenciais e integrais em cada nível de atendimento.

Embora os documentos constitucionais do SUS pareçam retratar um sistema de saúde organizado por ações e serviços públicos que formam uma rede hierarquizada, este

conjunto de instituições e ações devem ser coordenadas entre si. Tal proposta encontra-se em conformidade, com a lei 8.080⁽¹⁴⁾ a qual ao abordar a integralidade da assistência estabelece *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*. Os serviços de saúde organizam-se em níveis de atenção que variam segundo as densidades tecnológicas, na busca de garantir a resolubilidade de problemas de saúde da população e por isso os conceitos de integralidade e intersetorialidade se convergem. As ações de saúde completas não ocorrem em um único setor, sendo necessária a articulação dos demais setores envolvidos e entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde. Nessa dimensão, o trabalho interdisciplinar tem sido objeto constante de discussão quando se aborda a integralidade:

É o próprio atendimento da pessoa, aonde ela faz o exame, onde ela pode ser encaminhada onde consegue resolver e tratar o problema dela, porque a gente não trabalha com o paciente uma vez só, uma consulta. A gente faz o acompanhamento com esse paciente dois ou três anos. Então, automaticamente ele vai e volta, por causa da patologia do colo. Então a equipe é fundamental para dar uma continuidade ao trabalho (E17).

A questão da integralidade seria todos os profissionais de saúde estarem integrados entre si, a questão também de promover a saúde em diversas áreas, ou seja, é a parte da odonto, a parte da enfermagem, a parte dos médicos também, uma equipe integrada em diversos modos para que possa promover um atendimento adequado (E26).

O Princípio da integralidade busca orientar as práticas de saúde, organizar o trabalho e a política. Ressalta-se que o trabalho na saúde é marcado por singularidades que tornam as relações interpessoais altamente significativas e, portanto, imprescindíveis para o alcance dos objetivos. Assim, a relação com outra pessoa, seja ela usuário, trabalhador ou gestor, configura-se como estruturante das atividades, conferindo a essas atividades uma dimensão particular, pois as práticas dependem de um laço interpessoal forte e decisivo para a própria concretização do ato de cuidar. Este que, por sinal, não é identificado apenas no momento de uma consulta, mas requer um acompanhamento contínuo que estabeleça certo conhecimento desse usuário, que permita continuidade no trabalho em saúde.

Nas últimas décadas, a reestruturação do setor saúde tem imposto novos desafios para os profissionais da área, pois devem de forma articulada se organizar para responder as expectativas da população e enfrentar os problemas surgidos nos diferentes campos de atuação. Isto pode ser percebido no mercado atual com as mudanças dos processos de trabalho em saúde, pois os trabalhos que antes eram feitos isoladamente não conseguem mais dar resolubilidade às necessidades das demandas em todos os níveis de atenção.

Os discursos trazem à tona a interdisciplinaridade como fundamental para a concretização do trabalho em saúde,

tendo em vista que, para o alcance da integralidade é imprescindível que cada profissional complemente com sua visão o conhecimento do outro. Assim, o novo conhecimento torna-se mais qualificado, permitindo aos profissionais o alcance do cuidado integral. Destaca-se que as ações dos trabalhadores das equipes de saúde são direcionadas por uma imensidão de valores produzidos dentro e fora dos ambientes de trabalho e não apenas pelos diferentes saberes, métodos e técnicas provenientes da pluralidade de profissões e especialidades que as constituem⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto que merece ser levado em consideração refere-se à aproximação da integralidade com o conceito de cuidado. Tal conceito nos remete ao tratamento, ao respeito, ao acolhimento e atendimento do ser humano em suas necessidades⁽¹⁶⁾, o que foi expressamente mencionado pelos entrevistados:

Integralidade, no meu modo de pensar, é respeitar as pessoas, ser honesto, ser íntegro (E1).

Integralidade é atender o paciente em todas as suas necessidades, então seria atender a pessoa na parte física, mental e até espiritual (E8).

A integralidade eu entendo assim: quando eu vou atender um paciente eu devo atendê-lo de forma íntegra... é estar pensando nele como ser humano, como ser em vários aspectos. É tentar olhar pra ele e não ver que ele está aqui apenas porque ele tem uma doença (E10).

Nesta perspectiva, o cuidado caracteriza-se como uma atividade que envolve diferentes profissionais com diversos saberes e com a finalidade de minimizar as tensões que fragilizam a saúde da população. O cuidado em saúde pode ser visto como uma ação integral que tem significados e sentidos direcionados para a compreensão da saúde como direito de ser⁽¹⁷⁾. Cabe salientar que a compreensão da integralidade apresentada pelos sujeitos da investigação nos remete ao princípio da assistência às demandas e necessidades de saúde da população, resultando na integralidade do cuidado. Em um estudo⁽¹⁸⁾ realizado, os participantes entendem a integralidade do cuidado como um pressuposto para atender as necessidades biopsicossociais, espirituais e emocionais, inclusive dar atenção às angústias, medos, problemas financeiros e familiares do ser cuidado, justificando que a característica da integralidade enquanto cuidado, se concretiza no trabalho em saúde a partir do momento que o usuário repleto de necessidades se encontra com um profissional que dispõe de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem ajudar a solucionar os problemas. Percebemos, nos depoimentos dos entrevistados, que em seus encontros com os usuários são mobilizados sentimentos e emoções, que ora dificultam, ora facilitam a aplicação dos conhecimentos profissionais com vistas à interpretação das demandas trazidas pelo usuário. Pode-se inferir que, para os profissionais, o atendimento das necessidades da população encontra-se além daquilo que é considerado patológico, assumindo, portanto, uma dimensão que leva em consideração a singularidade de cada indivíduo:

Então quando eu pego um paciente eu tento vê-lo além da questão que ele se sente doente. Eu tento, na verdade, olhar pra ele e perceber que essa pessoa que está aqui, está doente, que não é apenas uma pessoa doente, ela tem outros aspectos da vida dela que eu tenho que tentar entender. Por exemplo, a família, que ele tem uma família, que ele tem uma profissão, que ele tem toda uma vida social; levar em consideração também os aspectos culturais, porque quando eu vou atender a um paciente, a forma que eu vou atender depende desses fatores, porque, por exemplo, a forma que eu vou orientá-lo depende do conhecimento cultural dele, pra mim então cabe atender o paciente (E10).

E a integralidade é a gente no atendimento do dia a dia a gente perceber o indivíduo como um todo. Então é perceber que uma dor de cabeça que ele está sentindo pode ser por um problema que ele possa ter em casa... (E30).

Integralidade é você vai ter um direito a assistência em todos os setores e você ser visto como uma pessoa, não como doença, para poder pegar o paciente e destrinchar ele no meio familiar, no lugar que ele mora, na situação econômica social, é isso (E12).

Tem que ver desde o paciente que está lá naquela casa lá, o que leva ele a hipertensão, não é só quando ele vem aqui com a pressão alta... nas visitas que a gente leva aquela orientação, aquele tipo do que ele não deve fazer e ir ajudando. A higiene da casa dele, então eu acho não é só quando a doença em si, é de maneira geral (E24).

Ressalta-se que as práticas de integralidade buscam cuidar do sujeito integral e buscam evitar a fragmentação e o reducionismo. Neste sentido, o cuidado expresso pelos entrevistados relaciona-se com a melhoria da condição humana ou com a sua forma de vida. Sabemos que no processo de viver humano, todos os elementos que envolvem a posição social do indivíduo podem interferir na sua qualidade de vida. Partindo disso, lembramos da Política Nacional de Humanização que busca atender as demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores de saúde, superando o simples atendimento e o acesso à medicação. A noção de humanização pode ser empregada na qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, do reconhecimento dos direitos do usuário, levando em consideração sua subjetividade e referências culturais⁽¹⁹⁾.

Ao abordar a integralidade da atenção voltada para o atendimento ao usuário, faz-se necessário pensar a humanização da assistência, já que, assim como o atendimento integral, o acesso humanizado é uma das diretrizes do SUS e, consequentemente, de seus trabalhadores para com os usuários⁽²⁰⁾.

A humanização da assistência em saúde, como proposta política, é definida a partir dos aspectos referentes à valorização, à autonomia, à sensibilidade na percepção das necessidades sociais, entre outros. Assim, são imprescindíveis a necessidade de respeito, de acolhimento, de vínculo e de escuta como valores e práticas cotidianas. Estas práticas tor-

nam-se um desafio para alguns profissionais da saúde que estão inseridos em instituições e serviços, onde o trabalho cotidiano fundamenta-se ainda na lógica da doença e fragmen ta o sujeito, prevalecendo a quantidade de patologias que se tem para atender e consequente falta de tempo, em detrimento ao atendimento integral e humanizado:

Integralidade para mim é você ver o paciente como um todo. Não é o que a gente vê aqui. Você vê a cólica renal, a diabetes, a hipertensão. Aqui é muito corrido, super lotação, tem vez que o paciente fica por três dias com diabetes, hipertensão, idosos sem alimentação adequada, direito a banho. A assistência então fica muito fraca. É muito corrido, não dá para ver integralidade (E7).

Vejo que a equipe e a própria proposta da saúde seria estar analisando o paciente na forma mais completa possível. Mas aqui o paciente é uma porta de entrada, ou recebe alta ali mesmo ou então ele é transferido para outro hospital para resolver as questões que ele apresenta (E8).

Integralidade engloba o psíquico, social, cultural. Por exemplo, assistente social só existe de segunda a sexta, no final de semana não tem, então não é integral. E outras condições como alimentação, acomodação, tomar medicação sentado não é ser integral. O que eu entendo é oferecer as condições básicas que não são oferecidas (E3).

Os discursos dos sujeitos da pesquisa mostram que a falta de condições mínimas dificultam o desenvolvimento de um cuidado integral nos serviços de saúde. Desta maneira, a integralidade torna-se vulnerável a partir do momento em que a demanda exige respostas às suas necessidades e que os serviços não estão capacitados nem mesmo para oferecer condições básicas, quantidade de material suficiente ou de espaço físico adequado, indispensáveis para o atendimento em saúde. Tais condições mesmo consideradas básicas são relevantes na configuração do modelo de assistência, pois podem determinar os modos como os serviços de saúde cuidam, como absorvem a demanda e dão respostas às necessidades de saúde afetadas, ou seja, a forma como efetivamente equacionam os problemas de saúde e consequentemente determinam o envolvimento dos sujeitos nas ações de saúde.

Podemos inferir que o atendimento centrado apenas na doença, sem se preocupar com as outras dimensões dos sujeitos, carece de organização, pois ele parece ser além de desumanizado, realizado na correria, sem tempo para ações que sejam efetivas mesmo que sejam mínimas, como uma higienização ou oferecimento de alimentação. Afinal de contas, o paciente apenas passa por ali; ou se dá alta ou o encaminha e assim, parece que a falta de continuidade da assistência justifica a falta da integralidade, a fragmentação do sujeito, mesmo que no discurso se demonstre saber de que forma esta deve se estabelecer.

Embora a produção do cuidado requeira prioritariamente a utilização de tecnologias leves na assistência, o modelo usuário centrado que se almeja, ainda é barrado por práticas baseadas em diagnósticos e tratamento de doenças

definidas pelos saberes científicos, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades⁽²¹⁾. Os discursos nos lançam irremediavelmente para a questão da formação dos profissionais da saúde, pois muitas vezes tem-se produzido a fragmentação de saberes e das práticas de saúde no ambiente acadêmico. Nesta direção, vários autores sinalizam que as políticas de formação dos profissionais de saúde devem partir do ensinamento da complexidade que permeia o SUS na atualidade e, deste modo, exigem ações de formação capazes de realizar um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos. Os participantes da pesquisa trazem à tona a abordagem, nas práticas em saúde, que valoriza a dimensão subjetiva, e que implica construir um modelo de atenção e de ensino que reconheça o singular sem desprezar o coletivo, e que seja centrado na pessoa que recebe o cuidado⁽¹⁸⁾. Para tanto, a formação na área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho⁽²²⁾. Também deveriam ser construídas a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

CONCLUSÃO

A integralidade como princípio norteador do SUS, deve ser o acionador indispensável de uma nova postura na atenção a saúde. Neste sentido, procuramos abstrair dos sujeitos da pesquisa as percepções e significados dos profissionais de saúde sobre a integralidade da atenção nos serviços públicos de saúde de Belo Horizonte.

O significado de integralidade é indefinido e possui vários sentidos. Nesta pesquisa, os sentidos da integralidade perpassam a assistência em seus níveis de atenção, agregando a assistência ao conceito de promoção à saúde, em uma visão mais ampla de qualidade de vida, em que o ser humano é percebido como sujeito que possui mais do que apenas um corpo biológico.

Os discursos apontam a importância das relações interpessoais entre os sujeitos dos serviços de saúde. E representam a integralidade quando estas relações se concretizam por meio do compartilhamento de sentimentos entre os profissionais e principalmente profissional-usuário. Nesse contexto, a integralidade configura-se em um espaço de intersubjetividade que favorece o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde.

Em consonância aos sentidos da integralidade, o trabalho interdisciplinar é relatado como elemento fundamental para garantia do acompanhamento permanente e integral da clientela sob cuidados na rede assistencial de saúde, bem como fortalecedor da comunicação entre os diversos serviços de saúde.

É relevante comentar que a política adotada pelo município em estudo, vem de encontro com as falas dos sujei-

tos da pesquisa, pois os mesmos percebem que a resolutividade na rede de saúde está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Embora os sujeitos percebam todos estes sentidos da integralidade ainda é proposto um desafio para que o discurso se concretize na prática. Acreditamos que um dos motivos pelos quais esse desafio ainda não se concretizou diz respeito à formação profissional, considerando que os sujeitos deste estudo, escolhidos intencionalmente, formaram-se há mais de dez anos, em um período de transição da atual política e apreenderam as novas propostas na prática cotidiana e, por isso, seus discursos e práticas refletem mais as experiências vividas do que aprendidas no período de formação.

Assim sendo, é necessário se repensar formas de integração entre os espaços da prática em saúde e os espaços acadêmicos, proporcionando reflexões tanto do fazer quanto do pensar em saúde. Se por um lado, espera-se que os profissionais se atualizem para o desenvolvimento de cuidados integrais que valorizem o vínculo, a escuta e dêem respostas efetivas para as necessidades da população assistida em qualquer nível de atendimento; de outro, é necessário que se repense a formação dos futuros profissionais, aproximando cada vez mais precocemente os alunos de reais espaços da prática, na lógica proposta pela atual política de saúde, do cuidado integral que requer ações de uma equipe interdisciplinar.

Reconhecemos que ainda estamos em um tempo de transição dos modos de se fazer saúde no Brasil. O modelo de integralidade, sujeito-centrado convive com o modelo biomédico, doença-centrada, que tanto fragmenta o trabalho em saúde como a formação em saúde. É preciso ressaltar que tanto o trabalho em saúde, como a formação pautados na integralidade, devem estabelecer novos elos e soluções que visem extrapolar o atendimento pontual e fragmentado dos problemas de saúde e venham realmente contribuir para melhorias nas condições de organização, planejamento das ações em saúde, em um esforço conjunto de melhorias das condições de saúde da população.

Por fim, consideramos que é necessário um esforço conjunto de gestores, trabalhadores da saúde, órgãos formadores, alunos, além dos movimentos sociais, a fim de garantir o direito à saúde. Repensar as formas de fazer e ensinar o cuidado a partir dos micro-espacos da saúde, onde ocorrem as inter-subjetividades entre todos os envolvidos no processo de produção da integralidade, em que se ressalta o acolhimento, o estabelecimento do vínculo e a responsabilização dos serviços e profissionais de saúde para com os cidadãos. Para isso, é preciso garantir uma rede de cuidados pertinente e acessível, principalmente para aqueles que transitam por ela. Nesse sentido, é preciso eliminar as fragmentações presentes tanto na forma de organização dos serviços de saúde, quanto nas práticas cotidianas dos profissionais que atuam nesses serviços, para oferecer uma assistência integral e resolutiva e humanizar as práticas de saúde, visando sempre a qualidade de vida da população e a saúde enquanto direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso GT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):335-42.
2. Fontoura RT, Mayer CM. Uma breve reflexão sobre integralidade. Rev Bras Enferm. 2006; 59(4):532-6.
3. Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho da equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Barros MEB, Pinheiro R, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 53-72.
4. Mattos RA. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 33-46.
5. Rei CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(1):61-70.
6. Franco BT, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-33.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5^a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2^a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
9. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9^a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.

-
13. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. 3^a ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
14. Brasil. Lei n. 8.080, 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 [legislação na Internet]. Brasília; 1990. [citado 2008 jul. 20]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>
15. Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007.
16. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2005;15 Supl:145-76.
17. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 21-36.
18. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):48-56.
19. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1): 7-14.
20. Cunha GR. Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
21. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
22. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.