



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Prado Kantorski, Luciane; da Rosa Jardim, Vanda Maria; Christello Coimbra, Valéria Cristina;
Mandagará de Oliveira, Michele; Heck, Rita Maria

A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 15, núm. 3, julho-setembro, 2006, pp. 434-441
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415307>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA GESTÃO NO MUNICÍPIO

INTEGRALITY IN CARE IN HEALTH CARE FROM THE PERSPECTIVE OF MUNICIPAL DISTRICT MANAGEMENT

LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA MUNICIPALIDAD

Luciane Prado Kantorski¹, Vanda Maria da Rosa Jardim², Valéria Cristina Christello Coimbra³, Michele Mandagará de Oliveira⁴, Rita Maria Heck⁵

¹ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPe).

² Doutoranda em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPe.

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

⁴ Doutoranda em Enfermagem e Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da USP. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPe.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Família. Organização e administração.

RESUMO: O presente trabalho integra uma pesquisa de avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e consiste em um estudo de abordagem qualitativa desenvolvido a partir da realidade de um município de grande porte. Neste artigo temos como objetivo apresentar uma descrição do processo de avaliação qualitativa da integralidade com relação à gestão da saúde no município. Utilizamos como instrumentos entrevistas semi-estruturadas com 10 representantes da gestão municipal, entrevista estruturada com o representante do Conselho Municipal de Saúde e questionário auto-aplicado ao Secretário Municipal de Saúde. Constatamos que o Programa ampliou o acesso liberando uma demanda reprimida, no entanto isso implica em aumento de gastos e no desafio de ampliar a comunicação e resolubilidade dos serviços.

KEYWORDS: Health, Family, Organization and Administration.

ABSTRACT: The present study integrates an evaluative analysis of the Expansion and Consolidation Program of Family Health and consists of a study of qualitative approach, developed in one large municipal in Brazil. In this article we attempt to present a description of the process of qualitative evaluation of the integrality regarding the management of health care in a municipal district. We used semi-structured interviews with 10 representatives of the municipal administration, structured interviews with the representative of Municipal Council of Health, and a solemnity-applied questionnaire to the Municipal Secretary of Health as instruments. We verified that the Program amplified access, liberating a repressed demand. However, this implies an increase of expenses and of the challenge of enlarging the communication and resolvability of the services.

PALAVRAS CLAVE: Salud, Familia, Organización y Administración.

RESUMEN: El presente trabajo hace parte de una investigación sobre la evaluación del Programa de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia y consiste en un estudio de cuño cualitativo desarrollado en una municipalidad del Brasil. Tenemos como objetivo presentar una descripción del proceso de evaluación cualitativa de la integralidad con respecto a la administración de la salud en un distrito municipal. Usamos como instrumentos las entrevistas semi-estructuradas con 10 representantes de la administración municipal y la entrevista estructurada con el representante de Consejo Municipal de Salud y la encuesta auto-aplicada al representante de la salud en la administración municipal. Verificamos que el Programa amplió el acceso de una demanda reprimida, sin embargo eso implica en un aumento de gastos y en el desafío de ampliar la comunicación y la resolubilidade de los servicios.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) propõe uma conversão do modelo de atenção em saúde, tradicionalmente centrado na perspectiva de cura passando então, a assumir como foco a família em seu contexto a partir de uma perspectiva abrangente do processo saúde-doença. O Programa de Extensão e Consolidação em Saúde da Família (PROESF) é um instrumento de suporte a conversão da atenção básica e expansão do Programa de Saúde da Família. A avaliação qualitativa de como se constitui a integralidade da atenção em saúde em casos específicos no PROESF tem o potencial de explicar e trazer evidências sobre os impasses e rumos que as intervenções adquirem em contextos particulares.

A avaliação da atenção básica tendo como foco o cenário da Estratégia da Saúde da Família foi concebida neste estudo a partir da apreensão de uma totalidade concretizada na esfera do município, que tem como base um conjunto integrado de medidas, estratégias, necessidades de saúde, práticas de planejamento, gestão e cuidado.

As necessidades não podem ser compreendidas como naturais, pois é certo que todo homem precisa alimentar-se, mas o faz comendo coisas específicas e de forma específica e é assim que se reproduz como ser humano. O que consumir (o conteúdo) e o como consumir (a forma) implicam em modos de produzir os objetos e de distribuí-los.¹

A integralidade enquanto um dos princípios do Sistema Único de Saúde assume uma definição legal relacionada à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade situados em cada caso.

Entendemos que a integralidade consiste num conceito polissêmico, guardando uma dimensão plural, ética e democrática, que se revela em diferentes saberes e práticas operados no cotidiano de trabalho e vivência dos sujeitos (educadores, trabalhadores de saúde, usuários e gestores) e se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos.²⁻⁴

A integralidade remete a integração de serviços através de redes assistenciais reconhecendo a interdependência entre atores e organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos para solucionar os problemas de saúde da população.⁵

O objeto do presente estudo consiste na integralidade da atenção à saúde, compreendida a partir das concepções dos gestores e formas de organiza-

ção das coordenações, gerências e diretorias no âmbito da atenção básica no município. Assim tem-se como objetivo identificar as potencialidades e limites da gestão em saúde no contexto do município para viabilizar uma atenção em saúde voltada para a construção da integralidade.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo qualitativo que tem como local de estudo um município de grande porte do Brasil. O enquadramento do município que atende ao perfil definido no estudo, como experiência bem sucedida no PSF foi construído através de uma análise dos dados obtidos na pesquisa quantitativa aplicada numa primeira fase de estudo acerca do Programa de Expansão e Consolidação em Saúde da Família.

O critério para seleção do município e da USF foi o fato deles contarem com um movimento político-institucional de organização do sistema de saúde local que incluía em suas prioridades ações estratégicas que viabilizassem a materialização dos indicadores de integralidade da atenção à saúde e o fato do serviço ser uma USF pré-PROESF caracterizada a partir da análise dos diários de campo dos entrevistadores que realizaram a primeira etapa da coleta de dados como Unidade com organização para a integralidade da atenção à saúde bem sucedida na região urbana de seu município. Para definição do município e da USF também foram considerados os dados sistematizados a partir dos seguintes instrumentos: questionários auto-aplicados aos gestores a partir da apreensão do planejamento e do conjunto de estratégias adotadas pela gestão para viabilizar negociações, superação dos obstáculos, reforço as potencialidades com vistas à integralidade; entrevistas com presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde a partir da compreensão e das ações desencadeadas pelo controle social com vistas à integralidade; questionários sobre a estrutura e processo de trabalho preenchido pela equipe de saúde das USF; instrumento de caracterização da demanda da atenção básica.

Além destes foram utilizados: relatórios do trabalho de campo dos supervisores do estudo epidemiológico, nos quais eles relatam as facilidades, dificuldades, opiniões, sentimentos em relação ao campo empírico que envolve a USF, as equipes, a população; sistematização feita da reunião de conclusão do trabalho de campo dos supervisores; oficina realizada com os supervisores visando definir as características

que contribuem para que no campo (empírico) determinada experiência se apresente como bem sucedida em relação à integralidade; realização de grupo de discussão e aplicação da matriz de identificação de critérios e características das experiências bem sucedidas.

Neste artigo, nos ocupamos especificamente em analisar a perspectiva dos diretores, coordenadores e gerentes do município selecionado acerca da estruturação da saúde no município com vistas à integralidade da atenção. O estudo contou com duas etapas de coleta de dados. Inicialmente foram aplicados os seguintes instrumentos: ao Secretário Municipal de Saúde e ao Representante do Conselho Municipal de Saúde foi realizado um questionário auto-aplicado e uma entrevista estruturada, na primeira etapa do estudo (quantitativo). Nesta fase, 41 municípios de diferentes estados brasileiros compunham a amostra da pesquisa. Numa segunda etapa da pesquisa foram estudados dois municípios sob a forma de estudo de caso qualitativo dispondo-se então da entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados junto aos sujeitos ligados aos cargos da gestão em saúde no município estudado.

Neste espaço apresentamos aspectos relacionados à gestão em saúde num dos municípios estudados utilizando dados coletados junto a Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Também utilizamos os dados coletados no estudo qualitativo sob a forma de entrevista semi-estruturada junto a todas as diretorias, coordenações e gerências que se relacionavam com a atenção básica no município.

Os instrumentos de pesquisa foram: entrevista estruturada realizada com o Presidente do Conselho Municipal de Saúde; questionário auto-aplicado ao Secretário Municipal de Saúde; entrevistas semi-estruturadas e gravadas com 10 representantes da gestão em saúde no município.

Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa, assim como garantido o anonimato dos mesmos e respeitados todos os preceitos ético-legais, que regem a pesquisa com seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Os dados foram analisados conforme as seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final. As sucessivas releituras dos dados apontaram para a apre-

ensão de estruturas de relevância constituindo-se a partir daí alguns temas e aspectos de análise com relação à integralidade na perspectiva da gestão no município⁶. Os dados encontram-se apresentados no texto conforme as seguintes estruturas de relevância: a atenção básica no município e a integralidade na perspectiva do gestor e coordenadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha do município se justifica a partir dos seguintes critérios: tempo de implementação da Estratégia da Saúde da Família; possibilidade de sedimentação de propostas congruentes com os princípios da Estratégia da Saúde da Família; tempo de gestão plena do sistema, desde 1998; tempo de PSF (1996) primeira equipe; condições de trabalho (incluem iniciativas de despreciação do vínculo de trabalho, grau de autonomia das equipes e a existência de um projeto de educação permanente para os ACS e especialização em saúde da família para as equipes).

A atenção básica no município

Na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, a Diretoria Geral de Atenção à Saúde, primeira instância hierarquicamente ligada diretamente a Secretaria, se ramifica em 3 Diretorias Executivas: a da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Assistência Farmacêutica. A Diretoria Executiva da Atenção Básica tem dois Departamentos: Promoção da Saúde e Organização da Atenção Básica. No âmbito dos Distritos Sanitários, a articulação é feita e facilitada pelos gerentes de departamentos e gerentes de território.

Existem sob a gerência da atenção básica políticas de ações programáticas ao: adolescente, mulher, criança, adulto, idoso, saúde mental, saúde bucal, tuberculose, reabilitação baseada na comunidade, saúde da população negra, saúde ambiental, educação popular e tabagismo. Algumas políticas apresentam equipes de retaguarda como a saúde mental. Esta proposta está sendo ampliada para as demais políticas específicas.

A partir de 2001, com a expansão do PSF procurou-se adotar como critérios para a implementação das Unidades de Saúde da Família (USF) a priorização de áreas geográficas densas com risco epidemiológico, a exemplo das áreas periféricas com difícil acesso aos serviços de saúde, em áreas próximas às fronteiras com outros municípios.

A integralidade na perspectiva do gestor e coordenadores

Foram entrevistados dez sujeitos, que ocupavam cargos ligados a gestão municipal a saber: Diretora de Atenção à Saúde, Gerente da Atenção Básica, Gerente de Atenção Ambulatorial e Assistência Hospitalar, Gerência Operacional de Práticas Assistenciais, Gerente de Promoção da Saúde, Coordenadora de Avaliação e Informação, Coordenadora do PROESF, Gerente do Distrito Sanitário X, Gerente de Território X, Gerente Administrativo da USF X.

Os depoimentos do grupo de gerentes e coordenadores possibilitaram avaliar o quanto o discurso da gestão, de modo geral articula-se com as práticas de saúde no PSF, apreender as diferentes concepções de integralidade que permeiam estes discursos e identificar expectativas da gestão, considerando como planeja e desenvolve ações estratégicas para garantir a implantação de suas proposições.

As profissões predominantes com relação aos cargos de gestão (gerentes e coordenadores) são a enfermagem e odontologia, metade destes ocuparam os cargos recentemente (há menos de 3 meses) e encontram-se na faixa etária entre 25 e 47 anos. A subdivisão da gestão em diretorias, coordenações e gerências retrata a complexidade das demandas municipais e a tentativa de que respondam a especificidades de organização e aproximação com a realidade do território. O desafio da gestão numa estrutura desta natureza é refinar os métodos de comunicação e tentar evitar cristalizações de ordem burocrática nos setores distintos.

A rotatividade em 50% dos sujeitos entrevistados que ocupam os cargos nos chama a atenção tendo em vista que é o segundo mandato da mesma administração municipal e, apesar disto, houve mudanças importantes na equipe central. A própria Coordenação Municipal do PROESF e a Gerência do Distrito havia mudado (entre junho e novembro de 2005) e os sujeitos que assumiram estes cargos ainda não haviam conhecido o espaço físico e as ESF da USF.

Um aspecto questionado aos sujeitos foi com relação ao trabalho específico relacionado à sua função. As falas dos sujeitos que integram a gestão municipal nos permite identificar certa coerência teórica e um projeto comum para a Saúde no município visando ações estratégicas, que apontem para mudanças preconizadas na Estratégia da Saúde da Família.

Nossa gerência tem como missão implementar a política de atenção básica no município, dentro da proposta, da Estraté-

gia, segundo o Ministério da Saúde. E a finalidade também dessa gerência, desde que ela foi criada é fazer uma interface, fazer uma integração real, não uma integração de troca de papéis e de formulários, não. Integração real com os Distritos (c6).

A Gerência da Atenção Ambulatorial e Assistência Hospitalar [...] foi criada no sentido de reorganizar essa rede de média complexidade, que a gente aqui atribui as policlínicas com especialidades, serviço de pronto atendimento, aos hospitais pediátricos e às maternidades. E se preparar um pouco para a questão da municipalização dos serviços de alta complexidade. É um objetivo grande de estar trabalhando para estar respondendo as demandas, que são geradas na atenção básica (c5).

No mesmo prédio em que se localiza a Diretoria Executiva da Atenção Básica funciona o Departamento de Avaliação e Informação, o Departamento de Práticas Assistenciais, o Departamento de Promoção à Saúde e Coordenação do Programa de Saúde da Família, estruturas administrativas ligadas diretamente a Diretoria de Atenção Básica.

É estou me aproximando ainda do trabalho. Essa coordenação de avaliação que também é nova aqui na Secretaria, não existia antes, existia o departamento de informações só como suporte SLAB, mas nunca teve essa abertura para avaliação e monitoramento. Acho que essa coordenação, ela vem a desenvolver atividades junto a outras coordenações (c1).

Essa coordenação veio para monitorar todo o recurso do PROESF. Não só o recurso, mas também fazer uma avaliação de como o PROESF está sendo inserido na atenção básica do município hoje (c2).

Antes era promoção à saúde e agora atende pelo nome práticas assistenciais e assim, a gente está construindo [...]. Então, mais demandas que chegam para mim são relativas, as equipes, as práticas, quanto ao próprio sistema de informação da atenção básica, os dados de indicadores, pra gente acompanhar, além das outras demandas relacionadas com os protocolos que a gente está construindo (c10).

Eu trabalho a frente da promoção da saúde [...] o município tem um modelo de saúde que trabalha com a lógica da descentralização e da territorialização. Então, como a gente tem seis redes toda a nossa lógica de trabalho é para apoio aos gerentes sanitários [...] Nosso objetivo principal é fazer as pontes intersetoriais, tanto a gente percebe quais são as fragilidades no âmbito distrital, no âmbito territorial e vai buscando fazer pontes com outras políticas tanto dentro da saúde como fora do setor de saúde (c7).

Em função da territorialização este município encontra-se dividido em 6 distritos sanitários, sendo que o estudo de caso concentrou-se no território de abrangência de uma dada USF, que se localiza no Distrito Sanitário X.

No âmbito do Distrito Sanitário, as prioridades estão centradas na operacionalização dos princípios do SUS, da Estratégia da Saúde da Família promovendo as articulações necessárias, para que de fato se estabeleça uma comunicação mais efetiva no território. No entanto, o trabalho de campo mostrou que este é um trabalho bastante complexo especialmente, numa cidade de grande porte. Em muitas situações, este discurso dos sujeitos que fazem parte da gestão, não encontram eco nas práticas da rede de serviço. Evidenciamos uma característica importante da gestão neste município que é a clareza do projeto e a sintonia nas falas dos sujeitos da gestão e também o fato de contar com um quadro de sujeitos altamente qualificados para conduzir as políticas de saúde no município.

A missão do distrito é realmente tentar seguir nos princípios do SUS. Você dar melhor qualidade de saúde, na prevenção, na promoção e na assistência a saúde da comunidade do distrito sanitário X (c9).

A partir da reforma administrativa que o município sofreu, foi instituído o cargo oficialmente de gerência de território, dando três gerentes para cada distrito, sendo um para cada micro região [...]. Pelo que você vê o Distrito Sanitário X é o primeiro em tamanho, em população (que é muito grande, chegando perto de um município de médio porte daqui da região metropolitana, com aproximadamente 500 mil habitantes) e assim, por ser um distrito politicamente muito forte, principalmente a microrregião X que [...] é uma região politicamente muito forte, de liderança comunitária muito ativa, de eleição de líderes no município [...] E um dos pontos fundamentais da gerência do território, é ter essa interseção, liderança e trabalhar essa questão da política (c8).

É bastante evidente nos discursos da Gerente do Distrito Sanitário e do Gerente do Território a adesão ao projeto do SUS, a noção de território que extrapola a concepção de uma área demarcada para englobar subjetividades, cultura, vivências e processos de construções específicas de cada comunidade. Já, a Gerência Administrativa da USF constitui-se mais em uma burocrata, que agiliza encaminhamentos e outras questões operacionais do trabalho na Unidade.

Quando solicitamos que os entrevistados definissem prioridades do trabalho desenvolvido por eles nas gerências e coordenações, os depoimentos se dividem entre a qualidade do serviço, a despreciação do vínculo de trabalho, o monitoramento do recurso

do PROESF, e a qualidade da informação, enquanto possibilidade de orientar as práticas no serviço.

A despreciação do vínculo [...] a gente está trabalhando em cima do curso de técnico de ACS e do curso de especialização da saúde da família, para que os trabalhadores da saúde possam fazer o concurso do próximo ano e que todos possam entrar por concurso público para atualizar o vínculo, que é uma questão discutida nacionalmente, que é a precarização do pessoal ligado a Equipe de Saúde da Família (c 6).

Como o PROESF é um projeto não só de recurso, mas de fortalecimento dessa atenção básica, acho que é a primeira coisa [...] o monitoramento dos recursos, que isso é uma coisa muito importante. Segundo é o princípio da equidade desse recurso (c2).

A prioridade é a questão do SIAB, a melhoria do SIAB [...] Do jeito que está realmente, a informação é muito pobre, é muito fraca, não tem contexto e a gente não sabe se aquela informação realmente está dizendo alguma coisa. Então, a prioridade é o SIAB que vai fortalecer o monitoramento (c1).

A promoção precisa demais da informação [...] A gente precisa estar apoiando essa equipe em fazer o reconhecimento do território e na hora que você trabalha com base na informação, ela é quem vai orientar na promoção da saúde. Primeiro as informações epidemiológicas e as outras informações necessárias, como é que as pessoas vivem, como é que as pessoas se relacionam, o quanto as pessoas significam no processo, na dinâmica social e política (c7).

A Diretora de Atenção à Saúde explicita as prioridades da gestão em termos da atenção básica para o município, tendo em vista a integralidade da atenção em saúde.

A gente tem alguns pontos de ação [...] que é uma política de promoção à saúde, onde a gente tem um programa que é uma marca da instituição, da gestão do governo. Diria não é nem da saúde porque são ações contra o sedentarismo [...] a questão das urgências e aí na urgência, trabalhando a questão do SAMU, e na área de Atenção Básica a grande prioridade da gestão, é uma prioridade da minha Diretoria é implantar e implementar com qualidade, qualificando cada vez mais o Saúde da Família. Então nós temos uma meta para ampliar a Saúde da Família, de qualificar esse atendimento que significa equipar as unidades, qualificar o pessoal, reestruturar o espaço físico para dar acesso de forma mais qualificada aos pacientes. Para que a política de Alcool e Drogas, Saúde Mental seja acolhida na Atenção Básica [...] e garantir da manutenção permanente do SUS na rede, que é medicamentos, laboratórios, material, de profissionais (c3).*

*SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Outras prioridades mais operacionais, que visam à qualificação da Estratégia da Saúde da Família como definição de protocolos, também são evidenciadas:

A questão do protocolo que é fundamental, que a gente já começou a construir, já tinha começado a construir nesse ritmo, e depois entrou a parceria com o Conselho Regional de Enfermagem, porque tem uma portaria, que alguns outros municípios tem que orientar a atuação do profissional enfermeiro na Atenção Básica (c10).

Trabalho muito com a comunidade em termos de ajudar [...] no que eles precisam. No caso às vezes, precisam de um atendimento fora, em outro hospital, esse contato [...] E também aqui no posto, porque as pessoas às vezes, precisam estar em contato com o Distrito, porque sou a ponte com o distrito (c4).

A compreensão e mesmo a dimensão que cada um atribui ao PSF vão ao encontro do imaginário social, em que este é associado à aproximação da equipe de saúde do usuário, do território, das condições de vida e saúde a que as pessoas são submetidas.

A filosofia do Programa que é a porta de entrada na atenção básica, a partir do momento que você reestrutura esse modelo, que você quer trabalhar a questão de risco, você está levando a saúde para perto. Primeiro foi o processo de distritalização, agora a gente está com um processo mais próximo ainda de territorialização, então, eu acho que é um ponto principal, porque se você leva e trabalha com o núcleo família, dentro do seu ambiente, acho que você já está avançando em relação à saúde, porque a partir daí você começa a dividir por nível de complexidade (c8).

O PSF é um programa do Ministério, mas, para a gente é um resgate de um vínculo que não existia mais, entre uma comunidade e seu médico, sua enfermeira, sua assistência. Então é assistência das grandes necessidades daquela comunidade [...]. É toda a intersetorialidade [...] Você realmente cria esse vínculo dentro dum PSF (c9).

A diversificação, porque como profissional de saúde o que mais aprendi com saúde da família é como a gente vai lidar com a diversificação da comunidade, das pessoas. Como é que a doença se expressa e o salto que a gente precisa dar é a visão de família, porque ainda tem um tratamento ligado a criança, a mulher, mas o raciocínio que a gente precisa estar construindo é a produção da saúde. Como que a saúde e a doença está se produzindo, está emergindo no seio daquelas famílias. Então, se a produção é no coletivo dependendo das relações como ela acontece, como é que nós estamos preparados para considerar a família, o que é família (c7).

O PSF colocou na agenda da saúde a discussão da família, suas demandas e modos de cuidar, o se constitui num avanço para as práticas em saúde que passam a extrapolar o olhar estritamente individual em

direção a um olhar contextualizado num coletivo que é o grupo familiar. Isto implica em pensar as ações de saúde considerando o conhecimento da família, o que ela sabe e pratica em relação ao cuidado em saúde de seus membros.⁷

Tomando em particular a fala do Secretário Municipal de Saúde podemos apreender já na realização do questionário auto-aplicado (em junho de 2005), um posicionamento da gestão com relação ao Programa de Saúde da Família, como constatamos a seguir:

Decisões do Conselho Municipal de Saúde relativas ao PSF: Ampliação da oferta e qualificação da equipe. Adequação da Rede Básica de Saúde: 2000-cobertura era 6,5%, passou em 2004 cobertura de 48%. Fatores relacionados à expansão do PSF: Para continuar um município saudável é necessário efetivar os princípios do SUS, a conquista do comando único, como meio para se alcançar a integralidade da atenção à saúde construindo um modelo de atenção constituindo a estratégia do PSF, como porta de entrada do sistema. Fortalecer o controle social compartilhar o financiamento da atenção básica entre gestores. Promover a educação permanente para os profissionais a fim de concretizar a sintonia entre o PSF e o modelo de atenção à saúde. A partir de 2001, com a 1ª expansão do PSF, a preocupação número 1 do gestor, foi adotar estratégias pactuadas com distritos sanitários e gerenciais locais quanto às filas encontradas e a forma de marcação das consultas.

Quando os entrevistados são chamados a evidenciar dificuldades com relação ao Programa de Saúde da Família e apontar estratégias de superação das mesmas, eles destacam dificuldades que dizem respeito ao aprendizado do trabalho em equipe, a capacitação desta equipe, as condições de trabalho na USF e no município, as estratégias para manter os profissionais de saúde no emprego capacitando e admitindo através de concurso público. Também são destacadas as dificuldades macroestruturais que se referem a organização político-institucional do sistema de saúde, como o financiamento e a relação da atenção básica e a média e alta complexidade.

O PSF para mim é acima de tudo uma estratégia que quer garantir uma forma de atender diferente, é uma forma de acolher, é uma forma de ver os problemas de saúde da comunidade diferente da forma que a gente vê numa Unidade de Saúde Tradicional. É uma forma de nessa estratégia responsabilizar a gestão e os trabalhadores para dar conta do modelo que acreditamos ser uma opção melhor para a população [...]. Nós hoje chegamos ao limite da responsabilidade fiscal, então isso para a implantação é um dificultador de ampliação de Saúde da Família [...]. Para nós é prioridade nesse momento em relação à ampliação a qualificação. Porque, quando implanta a Saúde da

Família, a gente aumenta a necessidade de fazer diagnóstico, aumenta a necessidade de medicamentos, precisamos de estrutura, porque também tira debaixo do tapete a poeira (c3).

Em larga escala o Programa ampliou o acesso e, dessa forma liberou uma demanda reprimida, no entanto, isso implica em aumento de gastos e de necessidade de potencializar a capacidade de comunicação e otimização dos serviços. A fragilidade em oferecer um suporte de materiais, medicamentos e fluxos seguros de referência e contra-referência pode comprometer significativamente a materialização da integralidade.

A integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos primeiro relacionado à busca do profissional e do serviço, em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta; segundo relacionados à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado a articulação entre assistência e práticas de saúde, tendo na disciplina de epidemiologia o apoio para apreender necessidades de saúde da população; e terceiro relativo a definição de políticas especiais representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos.²

Os entrevistados explicitam em suas falas um destes sentidos, que relaciona este conceito à perspectiva de ver o usuário como um todo, extrapolando a queixa concreta que gerou aquele atendimento, podendo avaliar o contexto social, psicológico, de acesso aos cuidados com vistas a identificar riscos e sofrimentos potenciais. Esta noção fica dimensionada nos atributos que o trabalhador de saúde tem ou adquire no processo de trabalho em saúde, atributos estes que lhe permitem dirigir ao usuário um olhar integral redefinindo sua postura, diante do mesmo.

Tratar ele como uma pessoa que vive naquela comunidade, que tem suas ramificações ali, que tem todo um contexto específico, trabalhar dentro desse contexto dessa pessoa [...] é tanto a individualidade da pessoa ali que está sendo atendida, como também do contexto que ela vive (C1).

A integralidade ela tem duas formas da gente entender. A gente tem que trabalhar com a integralidade verticalmente entre os serviços de saúde, entre os níveis de atenção básica, média e alta. E trabalhar na horizontalidade na questão das ações, propriamente ditas (c6).

Como é que quero trabalhar a integralidade na rede desta cidade? Eu vou assistir aquela pessoa que identifiquei que ela tem um problema de hipertensão, e vou junto do Programa da Saúde da Família acompanhar, orientar, entregar a medicação, se ela precisar de uma unidade de referência garanto, se ela precisar de um hospital para um leito porque ela tem alguma insu-

ficiência cardíaca, se precisar internar vou garantir e se precisar da cirurgia a gente vai garantir. E aí se ela precisar de um transplante também [...]. Para mim a integralidade das ações, no meu município, ela tem a ver com isso e com trabalhar outras ações que não são a doença. Então, trabalhar a questão da promoção. Integrar as ações da política de promoção com a recuperação desse paciente, uma política que as outras ações que estejam responsáveis pela gestão estejam integradas. Não posso pensar Saúde da Família, atendendo a um usuário e ter uma política de saúde da mulher no município, e ter uma política de saúde da criança no município e ter uma política de prevenção que não esteja integrada. Então, para mim a integralidade ela é uma transversalidade de todas as ações para dar conta de um problema que me chegou. Seja de um agravo, seja de um controle social (c3).

Quando se inclui na fala dos sujeitos à relação da atenção básica e a média e alta complexidade revela-se outra face desta integralidade, voltada à perspectiva de organização da rede de serviços, tendo como eixo estruturante o princípio de integração, privilegiando estratégias que contribuam para a comunicação e o estabelecimento de fluxos seguros. Neste estudo de avaliação qualitativa constatamos que no caso deste município um longo caminho com vistas à integralidade das ações e dos serviços carece ser percorrido. Observamos que a materialização da integralidade constitui-se mais uma perspectiva a ser construída do que uma realidade no caso em estudo.

O gestor ao comentar a adequação da oferta de serviços de referência ressalta que: *não há central de leitos. O Laboratório Municipal precisa de investimentos para expansão e melhor cobertura relacionada a expansão da atenção básica atual. Quanto às consultas especializadas, estas são administradas pelos distritos sanitários (Secretário Municipal de Saúde).*

A representante do Conselho Municipal de Saúde relata que as principais reclamações que chegam ao Conselho relacionadas ao Programa de Saúde da Família, dizem respeito à falta de medicamentos e dificuldades no acesso ao atendimento especializado.

A questão da integração dos serviços, no município é um dos mais graves impedimentos da integralidade na atenção a saúde. Constatamos na prática do trabalho de campo que os serviços não se comunicam, tem lógicas próprias e distintas, o eixo de sua organização não tem no seu centro a necessidade de saúde do usuário. Ainda que no limite de espaço da USF e sua área de abrangência possam ser desenvolvidas ações integrais, sob os princípios da adscrição e do vínculo, quando a necessidade de saúde requer ações de níveis mais complexos (como exames, atendimento médico especializado e hospitalização) o sistema local de saúde mostra-se extremamente vulnerável, não

conseguindo responder com qualidade, na maior parte das vezes, à necessidade do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo resgatamos a partir de um estudo de caso a integralidade da atenção à saúde, avaliada qualitativamente a partir das concepções dos gestores e formas de organização das coordenações, gerências e diretorias no âmbito da atenção básica num município.

A organização da atenção em saúde no município estudado se dá a partir de Distritos Sanitários, onde as prioridades estão centradas na operacionalização dos princípios do SUS e da Estratégia da Saúde da Família promovendo a comunicação mais efetiva com o território. Constatamos que os integrantes da gestão estão num patamar de qualificação considerável, pois a maior parte tem formação de sanitarista e cursou ou cursa pós-graduação na área de saúde coletiva. Além disso, seus depoimentos explicitam seu compromisso com a viabilização do SUS, com a expansão e qualificação do PSF, com um projeto claro para a atenção básica no território.

Do ponto de vista da avaliação qualitativa, a gestão vem fazendo importantes movimentos de despreciação do vínculo de trabalho e capacitação das Equipes de Saúde da Família, privilegiando espaços de participação comunitária como os Conselhos dos Distritos Sanitários, o Conselho Municipal de Saúde, entre outros, o que caracterizam movimentos de uma gestão compartilhada.

Os limites de recursos, as dificuldades de comunicação entre os distritos, USF, coordenadores, gerentes e população apontam para desafios que carecem serem superados. As necessidades da popula-

ção que ficam visíveis a partir da expansão do PSF, numa lógica de estruturar a atenção com base na vigilância em saúde, não apenas aumentam quantitativamente como se tornam mais complexas colocando para a gestão o desafio de construir soluções criativas que permitam qualificar a atenção em saúde disponibilizada.

REFERÊNCIAS

- 1 Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde de São Paulo; 1992.
- 2 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p.39-64.
- 3 Silva Jr AG, Mascarenhas MTM. Avaliação de atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 2004. p.21-36.
- 4 Pinheiro R. Integralidade e prática social [acesso em 2005 Abr 15]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>
- 5 Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cader Saúde Públ. 2004 Jan; 20 (supl. 2): 331-6.
- 6 Minayo MCS. Os homens de ferro: estudo sobre os trabalhadores do Vale do Rio Doce em Itabira. São Paulo (SP): Dois Pontos; 1986.
- 7 Resta DG, Motta MGC. Família em situação de risco e sua inserção no PSF: uma reflexão necessária à prática profissional. Texto Contexto Enferm. 2005; 14 (esp.): 109-15.