

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

## **Estratégias para efetivação da integralidade e produção do cuidado na atenção primária à saúde.**

Lêda Maria Leal de Oliveira, Auta Iselina Stephan de Souza, Marina Monteiro de Castro e Castro, Sabrina Pereira Paiva, Patrícia Rodrigues de Almeida Leal, Rubiane de Souza Ribeiro 6, Maria Regina de Paula Fagundes Netto 7, Meyriland Dias de Amorim Friaça 8, Sabrina Alves Ribeiro Barra 9, Lidiane Pereira Cavaca 10 y Juliana Mara Simões Parada 1.

Cita:

Lêda Maria Leal de Oliveira, Auta Iselina Stephan de Souza, Marina Monteiro de Castro e Castro, Sabrina Pereira Paiva, Patrícia Rodrigues de Almeida Leal, Rubiane de Souza Ribeiro 6, Maria Regina de Paula Fagundes Netto 7, Meyriland Dias de Amorim Friaça 8, Sabrina Alves Ribeiro Barra 9, Lidiane Pereira Cavaca 10 y Juliana Mara Simões Parada 1 (2009). *Estratégias para efetivação da integralidade e produção do cuidado na atenção primária à saúde. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1509>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Estratégias para efetivação da integralidade e produção do cuidado na atenção primária à saúde**

**Lêda Maria Leal de Oliveira<sup>1</sup>**  
**ledaoliveira@terra.com.br**

**Auta Iselina Stephan de Souza<sup>2</sup>**  
**stephan.souza@yahoo.com.br**

**Marina Monteiro de Castro e Castro<sup>3</sup>**  
**marinamccastro@yahoo.com.br**

**Sabrina Pereira Paiva<sup>4</sup>**  
**sabpaiva@bol.com.br**

**Patrícia Rodrigues de Almeida Leal<sup>5</sup>**  
**pati.leal\_cress@yahoo.com.br**

**Rubiane de Souza Ribeiro<sup>6</sup>**  
**rubiribeiro@gmail.com**

**Maria Regina de Paula Fagundes Netto<sup>7</sup>**  
**mariareginafagundes@terra.com.br**

**Meyriland Dias de Amorim Friaça<sup>8</sup>**  
**meyrifriaca@hotmail.com**

**Sabrina Alves Ribeiro Barra<sup>9</sup>**  
**sassabarra@yahoo.com.br**

**Lidiane Pereira Cavaca<sup>10</sup>**  
**lidinhapc@yahoo.com.br**

**Juliana Mara Simões Parada<sup>11</sup>**  
**ju\_parada@terra.com.br**

---

<sup>1</sup> Doutora em História. Docente Faculdade de Serviço Social/UFJF/MG. Brasil

<sup>2</sup> Doutora em Saúde pública. Docente Faculdade de Serviço Social/UFJF/MG. Brasil

<sup>3</sup> Mestranda em Serviço Social. Docente Faculdade de Serviço Social/UFJF/MG. Brasil

<sup>4</sup> Mestre em Saúde Pública. Docente – SUPREMA/MG. Brasil

<sup>5</sup> Mestranda em Serviço Social. Estudante Pós Graduação Faculdade de Serviço Social/UFJF/MG. Brasil

<sup>6</sup> Mestranda em Serviço Social. Estudante Pós Graduação - Faculdade de Serviço Social/UFJF/MG. Brasil

<sup>7</sup> Especialista em Serviço Social na Saúde. Profissional - Prefeitura Municipal de Juiz de Fora/MG. Brasil

<sup>8</sup> Especialista em Serviço Social na Saúde. Profissional - Prefeitura Municipal de Juiz de Fora/MG. Brasil

<sup>9</sup> Pós-graduanda em Saúde Coletiva. Faculdade de Serviço Social/UFJF/MG. Brasil

<sup>10</sup> Graduação em Serviço Social. Profissional - Faculdade de Serviço Social/ UFJF/ MG. Brasil

<sup>11</sup> Pós-graduanda em Saúde Coletiva. Estudante Pós Graduação - Faculdade de Serviço Social/ UFJF/ MG. Brasil

## 1.Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou, em seus princípios e diretrizes, o ideário da Reforma Sanitária, ao assumir a saúde como direito fundamental do ser humano e um dever do Estado. O direito à saúde deve ser assegurado mediante políticas sociais voltadas para superação das desigualdades, melhoria das condições de vida, redução do risco de adoecer, além de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Implementar o SUS constitui-se em grande desafio para os governos federal, estaduais e municipais. Materializar o direito à saúde significa empreender esforços e ações nos três níveis de atenção, da básica à média e alta complexidade.

Particularizando a atenção básica esta se caracteriza por um conjunto de ações na promoção e proteção da saúde, como prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida no indivíduo e na coletividade, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Isto significa que deve ser baseada na realidade local e considerar o cidadão em suas singularidades, ou seja, seu estilo de vida, emprego, alimentação, interação sociocultural, etc.

Heimann (2005) pondera que esta concepção supera a proposição preventivista e se fundamenta no paradigma da determinação social da doença, sendo recuperadas as propostas do modelo de atenção formulado no interior do movimento da Reforma Sanitária. Segundo a autora esta noção de atenção básica reconhece a complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis; a garantia de atenção integral e de qualidade; estimula ações intersetoriais prevendo parcerias com outras instituições e sociedade; e propõe ações pautadas no trabalho em equipe, democratização do conhecimento e incentivo ao controle social.

As reflexões propostas certamente têm fornecido subsídios para ampliar os debates sobre a atenção à saúde nos seus diferentes níveis, contribuindo com argumentos, questões teórico-metodológicas, perspectivas de análise e possibilitando o desenvolvimento de arcabouços teóricos sobre o tema em sua totalidade.

Ao propor este estudo **“Estratégias para efetivação da Integralidade e Produção do Cuidado na Atenção Primária à Saúde”** buscamos contribuir com o debate, propondo uma reflexão sobre a produção do cuidado na atenção básica, particularizando três dimensões constitutivas do mesmo: trabalho em equipe, acolhimento/vínculo/responsabilização e acesso.

## 2. Método

### a) Bases Teóricas

A base teórica que contribuiu para a construção do estudo foi a concepção de Cuidado em Saúde, dando ênfase em três de suas dimensões constitutiva: acolhimento, vínculo/responsabilização trabalho em equipe e acesso aos serviços de saúde.

Refletindo sobre o Cuidado em Saúde, Pinheiro e Guizard (2004) ponderam que este deve ser compreendido como uma ação integral que possui significados e sentidos voltados para o entendimento da saúde como o direito de ser. É atender o ser humano em seu sofrimento muitas vezes fruto da fragilidade social. É o tratamento humano, respeitoso, baseado no acolhimento e na realidade social, coletiva e individual, que possibilite a superação de práticas preconceituosas, e que garanta o usuário como participante do seu processo saúde-doença e das práticas de controle social.

O acolhimento e vínculo/responsabilização são, portanto, estratégias fundamentais na produção do Cuidado.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) argumentam que acolher significa tratar humanizadamente toda a demanda; dar resposta aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção, pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.

Merhy (1997) contribui com a reflexão ponderando que o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: garantir o acesso universal, acolhendo, escutando e dando uma resposta positiva aos problemas do usuário; reorganizar o processo de trabalho, valorizando a equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador/usuário por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

A equipe de saúde, através da escuta, faz com que o usuário se sinta acolhido, estabelecendo o vínculo e permitindo uma maior participação do usuário no momento da prestação de serviços. Este por sua vez se torna reconhecido na condição de sujeito, autônomo, que fala, julga e deseja. O vínculo não deve ser apenas entendido como o retorno do paciente à mesma unidade, mas principalmente no sentido de conhecer o usuário e seus problemas além da relação, responsabilização, resolutividade e orientação que ligue o profissional e o usuário de modo recíproco. É resultado de uma construção social e esforço multiprofissional, que envolve toda a equipe, instituições e comunidade.

É importante salientar a necessidade de consubstanciação de trabalhos em equipe com direcionamento interdisciplinar. É na complementaridade e interdependência dos diferentes saberes e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa de um saber específico, que compreendemos o trabalho em equipe.. Articular estes distintos aspectos requer um esforço contínuo do conjunto dos profissionais. Esforço que significa, em especial, estar aberto, disponível para compreender o discurso das “outras disciplinas, assim como se despojar de conceitos, técnicas e procedimentos que reproduzem conhecimentos, atitudes e metodologias quase sempre corporativas e refratárias a um tipo de convívio, no qual tem espaço a comunicação aberta e democrática” (STEPHAN-SOUZA, 1999:12).

O acesso é compreendido em perspectivas analíticas distintas, por diversos autores. Em muitas abordagens é estudado sob o enfoque dos diferentes fatores que podem influenciar a entrada e o uso dos serviços de saúde pelos usuários. Um desses fatores é o espacial, onde geralmente se trabalha com a distância física estabelecida entre a população, os serviços de saúde e os recursos destes, na busca pela utilização dos serviços de saúde.

Segundo Pechanski e Thomas acesso é um conceito geral que engloba um conjunto de dimensões específicas que descrevem a relação entre os usuários e o sistema de saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação ou adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade, onde podemos inserir também o sistema de referência e contra-referência. A avaliação destas dimensões é importante ao focalizar a categoria acesso na atenção básica em saúde, no sentido de contribuir na identificação de aspectos sociais referentes às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando as diferentes formas de acessibilidade aos serviços. Estas formas podem extrapolar a dimensão geográfica e abranger o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo as normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e ao aspecto funcional relativo à oferta e serviços adequados as necessidades da população.

## **b) Cenário do Estudo**

O município de Juiz de Fora possui 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS's), sendo que neste estudo trabalhamos com 09 Unidades. A definição deste número de UBS's ocorreu em virtude da intenção de abarcar os diferentes “tipos” de UBS's existentes no município. Oficialmente existem dois “tipos” de UBS's: UBS's Tradicionais e UBS's com o Programa Saúde da Família (PSF), porém optamos por diferenciar as Unidades com PSF que abrigam o Programa de Residência em Saúde da Família (RSF). Como existem três UBS's com Residência optamos por manter a proporcionalidade com as outras modalidades. Estes critérios permitiram definir como cenário da

investigação as UBS's: a) UBS'S PSF e RSF - Santa Rita, Parque Guarani e Progresso; b) UBS'S PSF - Teixeiras, São Judas Tadeu e Santo Antônio; c) UBS's Tradicional - Nossa Senhora das Graças, São Pedro e Dom Bosco.

### **c) Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa serão os profissionais das equipes de saúde das UBS's selecionadas - Assistentes Sociais, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitário de Saúde.

### **d) Instrumentos e Técnicas**

Os sujeitos foram abordados através de entrevistas semi-estruturadas. O roteiro, previamente testado, foi formulado com questões que permitissem ao entrevistado expor seus pontos de vista sobre a produção do cuidado, destacando três dimensões que lhe são constitutivas: trabalho em equipe, acolhimento/vínculo/ responsabilização e acesso.

### **e) Análise dos dados**

Para a análise dos dados nos apoiamos nas elaborações de Minayo (1994) que propõe um método de interpretação dialética. Nesse método, a fala dos sujeitos é situada em seu contexto para melhor ser compreendida, sendo que essa compreensão tem como ponto de partida, o interior da fala e, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. É uma interpretação que se propõe a revelar o conteúdo intrínseco, conflitivo e antagônico da realidade.

## **3. Discussão dos Resultados**

Optamos por apresentar os resultados partir das três dimensões constitutivas do cuidado que priorizamos neste estudo: trabalho em equipe, acolhimento, vínculo/responsabilização e acesso aos serviços.

### **Trabalho em Equipe**

Analisando as três “modalidades” de Atenção Primária existentes, percebe-se que, no que tange ao trabalho em equipe, uma certa aproximação entre as Unidades com Programa de Saúde da Família e aquelas que ao PSF se agrega a Residência. O trabalho dos profissionais é organizado a partir de um planejamento por equipe de saúde, realizado semanalmente em reuniões de equipe.

Segundo os entrevistados, as atividades são planejadas segundo as necessidades de saúde dos usuários, mas também são “moldadas” a partir do gestor que determina o que é prioritário.

Observamos em ambas as modalidades que nem todos os profissionais, em especial, médicos e técnicos de enfermagem, participam regularmente das reuniões semanais de equipe. A ausência destes profissionais tem significado o desconhecimento do que foi previamente planejado, deixando-os à margem e sem possibilidades de intervir, de decidir, junto com a equipe as ações a serem desenvolvidas. As dificuldades em participar das reuniões de equipe estão relacionadas com a grande demanda por atendimento. Esta demanda excessiva tem inviabilizado também a participação regular destes profissionais nos grupos educativos.

Em relação aos grupos educativos, há uma diferença entre as UBS's com PSF e Residência e a UBS's com PSF, já que se percebe através dos discursos dos entrevistados que tais grupos são criados para organização da demanda médica, não ocorrendo reuniões coletivas com regularidade. Este dado demonstra uma parca utilização dos grupos enquanto um lócus privilegiado para a realização da interdisciplinaridade. Além disso, entendemos que estes oportunizam que o usuário se manifeste, estreitando os laços com as equipes de saúde.

As UBS's Tradicionais diferem bastante no que se refere a este item, sendo possível perceber certa cooperação entre os profissionais, uma vez que há um bom entrosamento entre os mesmos. Entretanto, não ocorre uma relação de troca sistemática entre as categorias e as discussões ocorrem quando surge alguma necessidade específica. Além disso, o repasse das informações externas é feito de forma isolada entre os profissionais. Não há reuniões de equipe para planejamento de atividades e discussão de temas referentes ao processo de trabalho. Isso é mais evidente entre os médicos, que relatam muita dificuldade para discutir e interagir com os demais membros da equipe, devido à carga horária diferenciada, além da elevada demanda, que se agrava devido a não adscrição de clientela. Ressalta-se que as atividades grupais são desenvolvidas isoladamente pelos profissionais e são prejudicadas pela falta de espaço em uma das unidades de saúde.

### **Acolhimento, Vínculo / Responsabilização**

Compreendendo que o acolhimento representa muito mais do que receber, tendo correspondência com a escuta qualificada, com respeito às posições dos usuários e com a responsabilização da equipe pela saúde e adoecimento da população, verificamos nas falas, da grande maioria dos entrevistados nas Unidades de Saúde da Família com Residência, uma

preocupação em ouvir os usuários, em respeitar suas posições, em garantir sua participação no processo de atenção a sua saúde, de buscar alternativas conjuntas para os problemas apresentados, de assegurar as condições necessárias para que possam seguir o que foi traçado.

Apesar destas ponderações encontramos em alguns relatos posições que parecem não coadunar com as anteriormente apresentadas. Estas falas sugerem que existem momentos em que a decisão deve ser tomada somente pelo profissional, que com base em um arcabouço técnico científico não abre mão de sua autoridade. É ela que dita as normas da relação profissional-usuário no processo de enfrentamento dos problemas de saúde apresentados.

As entrevistas dos profissionais de Unidades Tradicionais e de Programa Saúde da Família vão ao encontro desta perspectiva de supervalorização do saber profissional, visto que, pode-se perceber através do discurso dos profissionais que a resolução de problemas em conjunto com os usuários e a tentativa do estabelecimento de autonomia ainda está distante, demonstrando um caráter de tutela na relação estabelecida com os usuários. Podemos inferir pela fala dos entrevistados que na realidade não ocorre um acolhimento baseado na escuta e na priorização de demandas, havendo um direcionamento do trabalho para atendimento de demandas institucionais em detrimento das reais necessidades dos usuários.

## **Acesso**

No que diz respeito ao acesso os entrevistados relataram os principais fatores que facilitam e dificultam o acesso aos serviços.

Observamos que as facilidades apresentadas pelos entrevistados das UBS' s de PSF e Residência dizem respeito a aspectos relacionais intra-equipe e com os usuários e com a disposição para o trabalho. As facilidades se localizam, portanto, no esforço dos profissionais de atender/ouvir, informar e responder a todos que buscam o serviço.

A localização das UBS's e o espaço físico de duas Unidades foram identificados como as maiores dificuldades para o acesso. Associado aos fatores como carência de informações sobre os serviços prestados pela Unidade; grande demanda médica; número insuficiente de profissionais; surgiu na fala de praticamente todos os demais entrevistados.

Interessante observar que com relação às UBS' s de PSF o quadro traçado pelos entrevistados difere do anteriormente descrito. Os relatos dos profissionais destas Unidades sinalizaram que um dos maiores dificultadores situa-se, exatamente, no âmbito das relações. Em



suas falas afirmam que a fragilidade na comunicação com os usuários, que muitas vezes não compreendem o funcionamento da UBS e a proposta de Saúde da Família constitui-se em entrave para o acesso. Também diferindo das Unidades de Saúde da Família com Residência, ponderaram que a localização geográfica não é um elemento dificultador, apesar de algumas micro-áreas ficarem desprivilegiadas, isso não impede a procura pelo serviço.

A localização das UBS's Tradicionais foi abordada como elemento dificultador por apenas uma UBS. Compartilhando com as Unidades de Saúde da Família os entrevistados destas UBS's identificaram também a comunicação, em especial profissional/usuário como um fator que limita o acesso aos serviços. Acrescentaram ainda como elementos dificultadores, o espaço físico e a grande demanda.

#### **4. Considerações Finais**

Ao finalizar o estudo, pretendemos sinalizar algumas pistas indicativas de como vem ocorrendo à produção do cuidado na atenção primária em Juiz de Fora, em especial no que diz respeito ao trabalho em equipe, acolhimento, vínculo/responsabilização e acesso aos serviços.

Para o desenvolvimento do Cuidado em Saúde, ressalta-se a importância do desenvolvimento de trabalhos em equipe, uma vez que a fragmentação das práticas profissionais constitui um obstáculo para o desempenho de ações que visem à integralidade, e a percepção do usuário em sua totalidade.

Verifica-se que apesar de algumas UBS's apresentarem dificuldades para a realização do trabalho em equipe, entendemos que as diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que, articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços em saúde e para a saúde dos usuários.

Em relação ao acolhimento, vínculo/responsabilização foi apresentado que alguns profissionais ainda possuem uma compreensão fragmentada do processo saúde/doença e uma visão dos usuários como sujeitos passivos desse processo. Porém, pondera-se a necessidade de se dar ênfase às experiências apresentadas que valorizam a realização de uma abordagem ampliada e qualificada do problema de saúde e de suas determinações, a partir do cotidiano dos usuários. O trabalho desenvolvido nessa perspectiva possibilita a abertura de canais de escuta e comunicação propiciando a democratização das informações, a efetivação da educação em saúde e dos valores norteadores do SUS.

O acesso aos serviços de saúde foi apresentado pelos entrevistados estando correlacionado tanto com questões que envolvem as relações estabelecidas pelos profissionais de saúde nos serviços, quanto pela própria localização e planta física das UBS's. Ressalta-se que o acesso deve ser vislumbrado de forma ampla, sendo compreendido como um elemento que deve se pautar em ações que tenham como foco a lógica do direito à saúde, se oriente também pelos princípios do SUS, e objetive o reforço da cidadania.

O desenvolvimento de práticas de Cuidado em Saúde deve se pautar assim, em trocas de saberes entre os profissionais objetivando a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, a qualidade dos serviços de saúde a partir de uma “malha de cuidados” que implica acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia dos usuários e profissionais, direitos a informação e democratização destas, e responsabilização.

## Bibliografía

- HEIMANN, L. S; MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde o Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T. et al (orgs). *Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS*. 1 reimpressão. Rio de Janeiro, Editora fiocruz, 2005.
- MERHY, 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: CECILIO, L.C.O. (org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MINAYO, M. C. S. (org) *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*, 3ª edição, Ed. Vozes, Petrópolis, 1994.
- PINHEIRO, R; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.
- SILVA JUNIOR, A; 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. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004.