

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**LIMITES E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA
INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS
DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO – RJ.**

JULIANA FRANÇA NOGUEIRA

Niterói
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JULIANA FRANÇA NOGUEIRA

**LIMITES E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA
INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS
DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO – RJ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica de Castro Maia Senna

Niterói

2010

N778 **Nogueira, Juliana França**

**Limites e possibilidades de construção da
integralidade na organização da rede de serviços
de saúde de São Gonçalo-RJ / Juliana França
Nogueira. – Niterói : [s.n.], 2010.**

85 f.:il., 30 cm.

**Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –
Universidade Federal Fluminense, 2010.**

1. Atenção à saúde-São Gonçalo (RJ).
2. Integração de sistemas. 3. Sistema Único
de Saúde. I. Título.

CDD 614.4

**LIMITES E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA
INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS
DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO – RJ.**

JULIANA FRANÇA NOGUEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro (Orientador)

Prof^a Dr^a Lígia Giovanella (ENSP/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Túlio Batista Franco (UFF)

Niterói

2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, a Deus, por guiar meus caminhos e me dar força nos momentos de fraqueza. Agradeço também a Nossa Senhora, por interceder por mim junto ao seu filho, se fazendo sempre presente em minha vida.

Agradeço aos meus pais por sempre apostarem em mim. Saibam que é essa aposta que sempre me faz buscar mais. Afinal de contas, não posso decepcionar vocês. Vocês são tudo para mim!

Especialmente à minha mãe e ao meu irmão Mauro Junior, com quem eu nunca devo ter brigado tanto. Deve ter sido difícil aturar meu mau-humor.

Ao meu noivo que aturou de forma brilhante meus inúmeros momentos de desespero e muito estresse, sempre me dando força e me fazendo acreditar em mim mesma. Você tem um lugar muito especial no meu coração. Te amo!

A minha avó Ruth, exemplo de ser humano. E a meu avô Ayres, que mesmo não estando mais entre nós, sempre será meu paizão também.

A todos da minha família, que sempre apostaram no meu potencial, me fazendo acreditar nele e correr atrás dos meus sonhos.

Às professoras Mônica Senna, Lenaura Lobato e Marina Barbosa, da Escola de Serviço Social da UFF. Vocês foram as responsáveis por eu me inscrever no processo seletivo do mestrado. Vocês podem não lembrar, mas fizeram eu tomar essa decisão no dia da apresentação da minha monografia de graduação.

Em especial a professora Mônica Senna, que permanece presente na minha vida e permanecerá sempre nos conhecimentos adquiridos ao longo desses anos.

Ao meu orientador, professor Carlos Dimas, que acreditou em mim desde o primeiro momento. E discretamente foi me impulsionando para que eu tivesse cada vez mais autonomia.

Aos professores Túlio Franco e Ruben Mattos, pelas belas contribuições na qualificação do projeto.

Aos meus colegas de turma, que compartilharam comigo momentos importantes de amadurecimento. Às minhas queridas amigas Maria Angélica e Maria José, que mesmo me conhecendo pouco apostaram no meu potencial, permitindo que eu desabrochasse profissionalmente.

Agradecer, além de um ato generoso, é maravilhoso, nos faz sentir melhor como ser humano. O problema é que são muitas as pessoas a agradecer. Pessoas que certamente são importantes na minha vida e colaboraram ao longo de todo o meu processo de formação. Formação enquanto ser humano e formação profissional. Se eu fosse agradecer aqui a todos, ocuparia muitas páginas. Dessa forma, sintam-se todos os que caminham comigo na estrada da vida imensamente agradecidos. Muito obrigada!!!

São Gonçalo, 27 de fevereiro de 2010.

Juliana França Nogueira

LIMITES E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE SÃO GONÇALO – RJ.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os limites e possibilidades de construção da integralidade a partir da integração entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde no município de São Gonçalo (RJ), evidenciando os fatores que facilitam ou dificultam o acesso a estes níveis. Utilizou-se a abordagem qualitativa, envolvendo entrevistas semi-estruturadas com gestores locais, profissionais de saúde e usuários. Além disso, foi realizado levantamento bibliográfico e pesquisa de dados secundários. O estudo baseou-se no consenso de que a integralidade é dentre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a que tem encontrado maiores dificuldades de implementação, principalmente devido ao seu caráter polissêmico, sendo atribuído ao termo um conjunto de atributos relacionados ao sistema de saúde, à organização dos serviços e às práticas profissionais. No geral, constatou-se que o município ainda apresenta inúmeros limites à implementação da integralidade, principalmente no que tange a organização da rede de serviços de saúde. Apresenta ainda uma rede desarticulada que não é capaz de garantir o acesso dos usuários a todos os níveis do sistema, não contemplando assim todas as necessidades de saúde da população e, por conseguinte, uma atenção integral à saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Integralidade, Atenção Integral à Saúde, Integração da rede, Atenção Básica.

LIMITS AND POSSIBILITIES OF THE INTEGRALITY'S CONSTRUCTION IN THE ORGANIZATION OF THE NETWORK HEALTH'S SERVICE IN SÃO GONÇALO – RJ.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the limits and possibilities for integrality from the integration between different levels of the health's care system in the São Gonçalo's city (RJ), showing the factors that facilitate or interfere the access to these levels. It was used a qualitative approach involving semi-structured interviews with local managers, health's professionals and users. In addition, there was a search bibliographic and research of secondary data. The study was based on the consensus that integrality is, among the guidelines of the Unified Health System (SUS), the one which has found more difficulties in implementation, mainly because of its ambiguous character, and given the term a set of attributes related to the system health, the organization of services and professional practices. In general, it was contacted that the city still has many limitations to the integrality implementation, especially regarding the organization's network of health services. It also presents a disarticulated network that is unable to ensure access for users at all levels of the system, thus not allowing all the health needs of the population and, therefore, an integral health care.

KEYWORDS: Integrality, Integrated Healthcare, Network integration, Primary Care.

SUMÁRIO

1. Introdução	07
2. Objetivo Geral e Específicos	13
3. Referencial Teórico	14
4. Aspectos Metodológicos	38
4.1. Cenário da Pesquisa	39
4.2. Sujeitos da Pesquisa	45
4.3. Desenho da Pesquisa	47
4.4. Aspectos Legais e Bioéticos	53
5. Artigo	56
“A integração da rede de serviços de saúde em grandes centros urbanos: um desafio à integralidade”.	
6. Considerações Finais	79
7. Referências	83
8. Apêndices	
9. Anexos	

1. INTRODUÇÃO

O primeiro ponto de partida é o pressuposto de que o mundo social não é um dado natural, sem problemas: ele é ativamente construído por pessoas em suas vidas cotidianas, mas não sob condições que elas mesmas estabeleceram. (GASKELL, 2003, P.65)

Este estudo partiu da necessidade de aprofundar a discussão acerca dos limites e possibilidades de construção de um sistema de atenção integral à saúde, como propõe a legislação constitucional e infraconstitucional no Brasil. Tem como pressuposto que a integração da rede de serviços de saúde, a partir da conformação dos diferentes fluxos nela estabelecidos, se faz necessário à efetiva implementação da integralidade, de forma a garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado.

Cabe ressaltar que esse estudo foi motivado pelos resultados da pesquisa “Implementação da integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde”, desenvolvida nos anos de 2005 a 2007, pelas Escolas de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com financiamento do CNPq. Teve por objetivo analisar as características do sistema municipal de saúde que facilitam ou dificultam a implementação da diretriz da integralidade, tomando por base duas experiências municipais na região metropolitana do Rio de Janeiro – Duque de Caxias e São Gonçalo. Essa pesquisa teve início em janeiro de 2005, sendo a minha inserção em junho do mesmo ano, primeiro como acadêmica voluntária, e posteriormente, como bolsista de iniciação científica.

Como um dos resultados dessa pesquisa, percebemos a intensa relação entre a diretriz estudada e a Estratégia Saúde da

Família (ESF), tendo esta como peça fundamental para a consolidação da diretriz constitucional. Já que os objetivos da ESF são consoantes com os preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à atenção integral à saúde.

Dessa forma, em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Serviço Social me propus a analisar a ESF no município de São Gonçalo (RJ), com o objetivo de trabalhar a possibilidade de construção de um sistema de atenção integral à saúde. Nessa pesquisa foi dado destaque as características que têm colaborado ou dificultado a efetiva implementação da diretriz em suas diferentes e diversas dimensões.

Conforme Minayo (2007), o produto da pesquisa social não é acabado, é sempre provisório, porque dá lugar a novas interrogações. Nesse sentido, os resultados do TCC desvendaram um outro problema que me instigou. Dentre as diversas dimensões trabalhadas acerca da diretriz, ficou claro o nó existente na articulação da ESF ao restante da rede de serviços de saúde. Há uma dificuldade na rede em garantir o acesso da população aos demais níveis de atenção.

Com a expansão da Atenção Básica (AB), principalmente a partir da ESF, o acesso a esse nível foi facilitado. Apesar da AB no município não possuir a resolutividade que se deseja, ora pela enorme densidade populacional, já que se estima mais de um milhão de habitantes, ora pela desestruturação da secretaria municipal de saúde, que tem passado por inúmeras gestões desarticuladas e descontínuas, podemos observar alguns avanços nos últimos anos. Porém, o município tem encontrado dificuldades em fazer avançar junto a essa expansão da AB o restante da rede. Isso tem gerado uma incapacidade de construção de fluxos contínuos e ininterruptos, o que se faz necessário à produção do cuidado. Já que o conjunto

de necessidades de saúde de uma população requer atenção em diferentes níveis, a partir de um conjunto diversificado de tecnologias. (CECÍLIO, 2001)

Contudo, o interesse em discutir o tema resultou, primeiro dessa experiência por mim vivenciada, e segundo, pela escassa produção bibliográfica sobre o assunto. A integralidade é um tema que vem sendo explorado intensamente por um amplo leque de autores. Portanto, como um termo polissêmico, a dimensão trabalhada nesse estudo tem sido pouco abordada. Dessa forma, pretendemos retomar uma dimensão do termo que está presente, principalmente, nas legislações que tratam do assunto.

A integralidade, termo que vem sendo utilizado por grande parte dos autores para designar a diretriz constitucional do “atendimento integral”, é fruto de um longo processo político que caracteriza a política de saúde existente hoje em nosso país. Ela ganhou espaço no cenário político brasileiro a partir do movimento pela Reforma Sanitária. Movimento esse consolidado na década de 1980, em meio ao processo de redemocratização do Brasil. Esse processo marcado pela efervescência de movimentos da sociedade civil instaurou um novo patamar na vida republicana brasileira. No bojo das discussões embasadas por ideais de justiça e direitos sociais, intelectuais e profissionais da área da saúde reivindicavam condições igualitárias de acesso aos serviços de saúde. O movimento pela Reforma Sanitária apontava mudanças significativas na saúde, exigindo que o Estado assumisse esse compromisso perante a sociedade. (PAIM, 1997)

Parte dos anseios desse movimento alcançou concretude com a Constituição Federal de 1988, que instaurou uma série de direitos sociais. Inscrita na noção de seguridade social, a saúde passa a ser direito de todos os cidadãos e dever do Estado, sendo

organizada a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o chamado Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS introduziu alterações importantes, principalmente ao garantir o acesso à saúde a todos. Até então apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, cujas profissões eram reconhecidas pelo Estado tinham acesso às ações assistenciais de saúde.

Dada a sua imbricação histórica com a luta pela aquisição e ampliação de direitos sociais no contexto da redemocratização do país, o termo integralidade ganhou contornos abrangentes, para onde confluíram diversos sentidos associados a um conjunto de atributos relacionados ao sistema de saúde, à organização dos serviços e às práticas profissionais.(MATTOS, 2001) Um ponto em comum aos diversos sentidos do termo é a crítica ao caráter reducionista, fragmentado e dicotômico que tem marcado o modelo hegemônico¹ de atenção à saúde construído no Brasil.

Enquanto diretriz constitucional, o “atendimento integral” prevê a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e construção de uma rede capaz de garantir assistência em todos os níveis de atenção. Enquanto uma prática profissional desejável vem exigir a garantia de tratamento digno, com acolhimento e vínculo. Acima de tudo, a integralidade diz respeito a garantia do acesso à saúde como direito de cidadania. Em

¹ A referência remete-se ao modelo biomédico, baseado no Relatório Flexner (1910). Esse relatório foi criado a partir de um processo de avaliação das escolas médicas nos EUA, coordenado pelo médico americano Abraham Flexner. Esse relatório passou a orientar o ensino nas escolas médicas dos EUA e, posteriormente, de todo o mundo. O modelo citado tem por características, dentre outras, a centralidade no médico e nos aspectos biológicos do adoecer; fragmentação da atenção com ênfase nas especialidades; consumo acrítico das tecnologias, tendo como retaguarda o hospital (caráter hospitalocêntrico). (MERHY e FRANCO, 2000)

outros termos, a atenção integral é uma das condições – não exclusivas – para consubstanciar o direito à saúde.

A idéia que deu origem a esse trabalho partiu do reconhecimento de que a integralidade é dentre as diretrizes constitucionais do SUS aquela que menos avançou em termos de sua operacionalização, com repercussões na qualidade e resolutividade das ações e serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2002; MATTOS, 2001). Embora, ainda enfrentem inúmeras dificuldades, as demais diretrizes básicas – descentralização e participação social – tiveram avanços significativos em grande parte dos municípios brasileiros. Esses avanços podem ser reconhecidos nos processos de municipalização e na criação dos conselhos de saúde nas distintas esferas de governo, o que aproxima a política de saúde da população local, garantindo o direito de participação na gestão da mesma.

Desse modo, conhecer experiências de implantação dessa diretriz e examinar os limites e possibilidades para a construção da atenção integral se apresentam como um rico campo de estudos.

Além disso, o termo integralidade tem ocupado lugar de destaque na produção acadêmica no âmbito da Saúde Coletiva em anos recentes. Boa parte tem sido produzida com a contribuição do *Laboratório de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde* (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Essa centralidade está associada, em grande medida, às mudanças que vêm se operando no interior da política de saúde brasileira a partir da implantação do SUS e da operacionalização de suas diretrizes básicas.

A aproximação empírica com uma experiência municipal coloca-se como uma exigência para o estudo proposto, tendo em

vista o conjunto de atribuições e responsabilidades que a esfera local de governo tem assumido desde a implantação do SUS. Entende-se que qualquer mudança que se processa na organização dos serviços de saúde na atualidade passa necessariamente pelo nível municipal, o que o torna um lócus privilegiado para análises sobre os rumos da política de saúde brasileira.

Contudo, a integração da rede de serviços se coloca como importante estratégia para o bom funcionamento do sistema local de saúde. Principalmente, em um município em que parcela significativa da população encontra-se submetida a precárias condições de vida, expressa pelos alarmantes indicadores sociais, associadas a oferta insuficiente de serviços de saúde, em meio a uma cultura hospitalocêntrica e uma rede de atenção básica de baixa resolutividade.

Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo analisar os limites e as possibilidades de integração dessa rede de serviços, visando o alcance da atenção integral à saúde, requisito fundamental ao pleno exercício desse direito de cidadania.

2.0. OBJETIVO GERAL

Analisar os limites e possibilidades de construção da integralidade a partir da integração entre os diferentes níveis de atenção do sistema no município de São Gonçalo (RJ), evidenciando os fatores que facilitam ou dificultam o acesso a estes níveis, a partir dos fluxos estabelecidos.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as estratégias utilizadas pelos gestores e profissionais de saúde para a garantia da integração entre os níveis de atenção;
- Investigar, a partir da vivência dos usuários, as dificuldades e facilidades em acessar os diferentes níveis;
- Analisar a conformação da rede de serviços de saúde no município estudado e os fluxos formais e informais nela estabelecidos;
- Analisar a interferência de fatores internos e externos na consolidação da integralidade, no que diz respeito à organização da rede de serviços.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico trabalhado neste estudo se circunscreve, principalmente, nas produções acerca do termo integralidade. Visto que o intuito do trabalho é analisar a conformação de um dos sentidos atribuídos a esse termo, a saber, o relacionado à organização da rede de serviços de saúde.

Porém, antes de discutirmos a diretriz mencionada julgo importante entendermos o processo de construção do sistema de saúde atual, principalmente, porque a diretriz trabalhada sintetiza boa parte dos anseios do chamado Movimento Sanitário, que teve papel importante na conformação do SUS.

Nos últimos anos sob a hegemonia da “autocracia burguesa”,² era visível o enfraquecimento do poder dos militares, apontando para uma crise irreversível, que poria fim em mais um período histórico marcado pelo autoritarismo. Diante da ilegitimidade do Estado autocrático burguês, esse período é marcado pela efervescência dos movimentos populares que, movidos por uma profunda insatisfação, configuram o período no qual chamamos de redemocratização do Brasil.

O ressurgimento dos movimentos sociais e partidos políticos no cenário brasileiro, após anos de repressão, marcava o retorno da sociedade civil à arena política. Na área da saúde, em particular, desde a década de setenta, profissionais e intelectuais lançaram as bases para o movimento em prol da democratização da saúde, consolidado, posteriormente, no projeto da Reforma Sanitária.

²Termo utilizado por José Paulo Neto para designar o período sob o regime da Ditadura Militar (1964 – 1985), onde a burguesia, representada pelos militares, de forma autoritária, assumiu o poder com poderes absolutos e ilimitados. Ver NETO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 1994.

Embora, em primeira instância a luta se configurasse pelo alcance da democracia na saúde, o movimento sanitário se propôs a incorporar as demandas da sociedade como um todo.

É de ciência de todos nós a importância desse movimento para o Sistema de Saúde que temos atualmente, atribuindo a esse muito das conquistas pela mudança na organização dos serviços de saúde no país.

A princípio, o movimento sanitário surgiu como uma forma de contestação ao modelo médico-hegemônico, cujas características podem ser assim sintetizadas: atendimento individual com prevalência de ações de caráter curativo, predominando procedimentos de alto custo e complexidade, com grande participação do setor privado. Mas, aos poucos esse movimento integrou uma totalidade de mudanças.

O projeto da Reforma Sanitária, fruto do Movimento Sanitário, tinha como pressupostos básicos a reconceitualização da saúde, contrapondo a concepção dominante, restrita à dimensão biológica e individual; a transformação da consciência sanitária, entre os governantes, profissionais, usuários, ou seja, toda a população; e a institucionalização de novas relações sociais, sobretudo entre os que fazem à política, e os que dela se utilizam.

Vale dizer que a Medicina Preventiva³, movimento anterior ao Movimento Sanitária, já trazia à tona a necessidade de se discutir o

³ A Medicina Preventiva foi um movimento que já se colocava como resistência ao regime militar, sendo um dos berços do que seria chamado de movimento sanitário. Esse primeiro movimento incorporou em suas discussões traços da medicina integral, que teve origem nas discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Ambos os movimentos criticavam a prática fragmentária e reducionista dos médicos, que privilegiavam as dimensões exclusivamente biológicas, desconsiderando as dimensões psicológicas e sociais. Esse movimento levou-se a questionar as práticas de saúde e a formação médica, propondo reformas curriculares, a fim de formar profissionais capazes de apreender seus usuários e suas necessidades de modo integral. A medicina preventiva formulou vários programas na década de oitenta, nos quais seus residentes se engajavam em práticas assistenciais.

que se entende por saúde e doença, travando uma severa crítica ao conceito então instituído. Com base em alguns aspectos defendidos pela Medicina Preventiva, o paradigma presente no projeto da Reforma Sanitária vai além e traz uma concepção de saúde bastante diferente da predominante, não restringindo o usuário a um mero órgão debilitado, e sim assistindo o ser humano em sua totalidade, como um organismo vivo que interage com um meio exterior a ele, estabelecendo relações sociais. Um ser dotado de sentidos e emoções capazes de alterar o equilíbrio do organismo.

A Reforma também inova ao tratar dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Determinantes esses, que vão dos hábitos alimentares e de habitação à dimensões políticas e econômicas. Segundo Paim (1997), “as práticas de saúde, têm, como já foi assinalado, uma natureza técnica, porém são, ao mesmo tempo, práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas e políticas.” Para isso, é necessária uma mudança de consciência, que vise romper com a cultura enraizada na população brasileira, de que a política de saúde se restringe ao seu caráter curativo de doenças, gerados pelo organismo biológico. Este enfoque acaba por não relevar as mazelas sociais, que podem gerar doenças muito mais graves em toda a população, e que direta ou indiretamente estão relacionadas com a política de saúde.

A reforma sanitária não foi sustentada apenas por mudanças técnico-operativas, mas também por uma base conceitual. A produção teórica da década de setenta e oitenta apontava para o surgimento de uma nova concepção de saúde, a que uma das

(MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.)

correntes teóricas da época, em muito contemplava os ideais do movimento sanitário.

“O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade”. (Paim, 1997)

Todas essas propostas requerem uma transformação macropolítica, em toda a estrutura societária, mas é preciso, também mudanças micropolíticas, no cotidiano do fazer profissional (MERHY, 1997). São necessárias mudanças na formação médica, e também, na relação médico e usuário. Um “Agir comunicativo” (Paim, 1995 apud, Paim, 1997) que considere as dimensões psicológicas, culturais e sociais dos problemas de saúde e permita a criação de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida da população, que é justamente uma das bandeiras de luta da Reforma Sanitária, ou seja, incorporar à saúde o conceito de qualidade de vida e de bem-estar.

A proposta da Reforma visa a criação de um sistema de saúde, de caráter universal, em que o Estado assuma a responsabilidade pela gestão, mas sem eximir da população a participação na organização da política. Ao contrário, tem como proposição a criação de espaços de atuação dos profissionais e usuários na gestão da política social, a fim de fiscalizar, controlar e propor estratégias que viabilizassem o melhor funcionamento. Ou seja, a Reforma Sanitária não luta apenas pela democratização dos bens e serviços de saúde, mas também pela democratização do acesso ao poder. Tinha-se em mente que, para o bom

funcionamento da política, era necessário a aproximação do Estado à população usuária, fortalecendo a idéia da descentralização, que reforçaria o ideal de uma gestão democrática, ao compartilhar o poder com as esferas estaduais e municipais e facilitaria a aproximação da população à gestão.

Esse projeto retinha esforços também para romper com o modelo assistencial hegemônico, com predominância do setor privado e marcado por uma medicina mercantilizada, embasada no caráter curativo. É um grande desafio romper com o modelo médico hegemônico, ainda hoje determinante em uma cultura como a nossa, onde a desigualdade e a miséria produzem uma população que aspira, constantemente por cuidados médicos. Mas tinha-se a consciência de que o modelo vigente não tinha a capacidade de organizar um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes.

Para reorganização do sistema de saúde, reafirmava-se a importância de se priorizar as ações de promoção e prevenção, se preocupando com os determinantes sócio-ambientais desse processo, sem prejudicar a demanda espontânea e a assistência curativa, também necessária ao restabelecimento da saúde, numa rede hierarquizada e integrada, que garantisse a assistência em todos os níveis do sistema.

Em contraposição a todo esse movimento em prol da redemocratização do país, o mundo capitalista assistia ao desencadeamento da maior crise econômica dos últimos tempos. Durante as décadas de setenta e oitenta, a crise se alastrou por todos os países capitalistas, inclusive o Brasil, contribuindo para o fortalecimento de propostas visando uma profunda Reforma do Estado, de natureza neoliberal. A não intervenção do Estado na economia, a privatização, a livre abertura do mercado para o

investimento internacional, a redução dos gastos públicos com políticas sociais, são algumas das características dessa reforma. Porém, mesmo em grande desvantagem, os profissionais e intelectuais da saúde tiveram força e persistência para continuar defendendo os princípios que julgavam necessários à implementação de um sistema público de saúde no Brasil, configurando um foco de resistência às proposições privatistas.

O direito à saúde, conforme bandeira de luta da Reforma Sanitária exigia para sua consolidação, uma reformulação do conceito de saúde e da criação de uma estrutura que viabilizasse e garantisse o gozo desse direito. Em relação ao conceito ampliado de saúde, de alguma forma, o movimento sanitário se responsabilizou, e ainda lançou as bases para a criação da estrutura necessária para pôr em prática seus ideais. Embora não tenha visto seus ideais completamente concretizados, o movimento sanitário contribuiu significativamente para que a saúde alcançasse o status de direito, com a Constituição Federal de 1988.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde assume o caráter de política social pública, integrante do tripé da Seguridade Social, junto às políticas de assistência e previdência social, tendo financiamento próprio, oriundo da Seguridade Social e de contribuições das três esferas governamentais: União, estados e municípios.

Segundo Fleury, “o direito à saúde foi traduzido em uma base legal e normativa, incluindo a Constituição Federal, a Lei Orgânica, as Constituições Estaduais, as Normas Operacionais Básicas, etc.” (FLEURY, 1998)

Apesar de ainda existirem inúmeros obstáculos que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde do SUS, a barreira à universalização, como princípio fundamental, já foi transposta do

ponto de vista da legislação. Principalmente, no que diz respeito ao direito ao acesso, até então, garantido apenas aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Historicamente, a assistência médica esteve vinculada à previdência através das Caixas de Aposentadorias e Pensões, no início do século XX, e posteriormente, dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, que garantiam aos contribuintes e seus dependentes alguns benefícios (aposentadoria, pensões, etc.) e assistência médica individual e curativa.

Essa concepção de cidadania, trabalhada por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) como “Cidadania Regulada”, só foi rompida legalmente com a Constituição de 1988. Tratava-se de uma cidadania restrita a um determinado grupo, como já foi mencionado, composto pelos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e com profissão reconhecida pelo Estado. Ao restante da população excluída da formalidade, o acesso à saúde dependia da solidariedade das instituições filantrópicas e da Igreja. As ações governamentais estavam restritas à ações pontuais dirigidos ao controle de endemias e epidemias.

A partir da Constituição Federal de 1988 todos os brasileiros são reconhecidos como cidadãos de direito, sendo o acesso à saúde um direito universal. Porém, na prática, grande parte da população ainda enfrenta dificuldades para ter garantido esse direito. Dificuldades essas que perpassam, principalmente, condições sócio-econômicas e de acesso à informação. Dessa maneira, a equidade se caracteriza como um dos princípios do SUS, ao afirmar que todos tenham igualdade de acesso a um sistema público e de qualidade, de acordo com as suas necessidades. É imprescindível, sobretudo,

que se garanta o acesso à informação acerca do sistema, dos programas, ações e serviços por ele oferecidos e as formas de acessá-los, garantido assim os meios necessários à população.

Além desses princípios acima descritos, a integralidade, ou conforme o texto constitucional, “o atendimento integral”, juntamente à descentralização, com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade, compõem as diretrizes do SUS.

Na sociedade brasileira, a descentralização emerge enquanto uma temática presente no debate contemporâneo, principalmente a partir dos anos setenta, aprofundando-se com o processo constituinte. Embora haja muita contradição, essa diretriz já é uma realidade em boa parte do território nacional, embora em uns municípios com mais efetividade do que em outros. O que se pretende não é apenas a transferência de responsabilidades da União para os estados e municípios, e sim permitir que todas as esferas governamentais participem da gestão da política, fortalecendo os poderes locais. Além disso, acreditamos que qualquer política deve ser orientada em favor da demanda, e cientes da heterogeneidade dos municípios brasileiros, é de grande importância que as instâncias locais tenham poder para interferir na gestão de acordo com as necessidades de cada município. Estando mais próximo dos usuários, seria possível apreender às reais necessidades da população.

Segundo a perspectiva democrática, a descentralização também é a melhor forma de se garantir a participação da população na gestão da política, por entender que isso seria mais viável no âmbito local.

A participação da comunidade se concretiza, principalmente, através da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde firmados na Lei Federal 8142/1990 e reafirmada nos municípios. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) conta com a representação da sociedade civil, dos profissionais de saúde, dos gestores e das instituições prestadoras de serviços. Assim como a universalização do acesso, o controle social sempre esteve muito presente nas aspirações acerca da política de saúde, sendo umas das bandeiras principais da Reforma Sanitária.

Em relação a integralidade, há um consenso entre os autores que discutem a questão, que dentre as diretrizes do SUS, essa seria a que menos avançou na prática. Apesar desse ano comemorarmos vinte anos da regulamentação do SUS, a partir da Lei n.º 8.080, essa diretriz ainda encontra muitas dificuldades em sua implementação. Talvez pela ambigüidade que o termo carrega, ocasionando interpretações distintas, até mesmo, entre os gestores da política. Embora não se tenha alcançado a efetividade que se deseja, as demais diretrizes vêm aos poucos se consolidando no cenário brasileiro.

Segundo Mattos,

“a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária.” (MATTOS, 2001, p.41)

É consenso entre os autores estudado a polissemia acerca do termo Integralidade. Inclusive, Mattos (2001) afirma que é melhor tê-

lo como um “ideal regulador”, do que como um conceito. Do ponto de vista analítico, um dos principais desafios é precisar os sentidos de integralidade com o qual se vai trabalhar, bem como as dimensões priorizadas e como operacionalizá-las.

Em um dos primeiros trabalhos do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), Mattos (2001) inicia a discussão reconhecendo três sentidos do termo integralidade construídos historicamente. Sentidos esses relacionados a origem das discussões acerca do tema.

O primeiro sentido incide sobre a prática dos profissionais de saúde que têm por tradição o reducionismo. Segundo ele, esse sentido pode ser visto a partir do movimento que ficou conhecido como “Medicina Integral”. Esse movimento remonta aos anos 1960 e vinha propor uma reformulação curricular nas escolas médicas dos Estados Unidos, a fim de estabelecer um olhar mais abrangente por parte dos profissionais em relação aos seus usuários. Um olhar que compreendesse uma abordagem biopsicosocial e que permitisse ver além das demandas espontâneas trazidas pelos indivíduos. Ou seja, a atitude do médico que aproveita a consulta para apreciar fatores de risco de outras doenças ou investigar a presença de doenças que ainda não se manifestaram em sofrimento, buscando compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário apresenta. E ainda outras necessidades que não estão diretamente ligadas a doença presente, mas que podem interferir no cuidado da mesma. Essa visão viria romper com a perspectiva fragmentadora do modelo médico-hegemônico que tende cada vez mais à especialização.

No Brasil, essas críticas ao reducionismo e a fragmentação do modelo biomédico também se fizeram presentes, associando-se ao

Movimento da Medicina Comunitária ou Medicina Preventiva. Outro espaço importante de consolidação dessas críticas foi o da Saúde Coletiva, que nascia no Brasil nos anos setenta, como forma de recusa à saúde pública tradicional e a medicina tal como proposta pelos Estados Unidos, a partir do Relatório Flexner (1910). Esse campo de conhecimento que acabara de emergir considerava as práticas em saúde como práticas sociais. Posteriormente, essas críticas embasaram o Movimento pela Reforma Sanitária, sendo um dos pilares na luta pela integralidade.

O segundo sentido corresponde ao nível de gestão do sistema de saúde, e vem como resposta a tradicional dicotomia entre as ações de caráter individual e curativo e as do campo da saúde pública, presente no antigo Sistema Nacional de Saúde, que prevaleceu até o surgimento do SUS.

Historicamente, as ações assistenciais estiveram vinculadas à previdência social, e nos anos setenta, encontravam-se sobre o controle do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Nesse momento, cabia ao Ministério da Saúde apenas a responsabilidade com as ações de saúde pública (coletiva e/ou preventiva). Essa dicotomia fazia com que as ações fossem pensadas de forma independentes, gerando empecilhos à população em relação a estrutura institucional. Esta distinção fomentou a luta pela unificação construída formalmente na criação do SUS.

Conforme Mattos,

“não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da

população ao qual atendem.” (MATTOS, 2001, p.57)

Nesse sentido, é imprescindível que se tenha uma articulação entre essas ações, visto que o indivíduo não é um ser fragmentado, aquele que necessita de ações sanitárias ou aquele que necessita de prevenção, ou ainda aquele que necessita de recuperação e/ou reabilitação. O indivíduo necessita ser visto e contemplado em sua totalidade, a partir da articulação dessas ações presentes em todas as instâncias.

O terceiro sentido refere-se às respostas governamentais dadas aos problemas de saúde da população, que são desenhadas de forma a dar respostas a um determinado problema de saúde ou a problemas de saúde que afligem a um determinado grupo populacional. Desse modo, o termo integral foi muito utilizado para designar programas relacionados a criança ou a mulher, por exemplo.

Mattos (2001) afirma que o Movimento Feminista teve uma importante contribuição no que diz respeito a esse sentido da integralidade. Anteriormente, os problemas de saúde da mulher eram tratados de forma reducionistas, quase sempre relacionados às questões materno-infantis. Esse movimento tentou romper com a idéia que reduzia a mulher a sua função meramente reprodutora. Era preciso enxergá-la de forma ampla, extrapolando as questões biológicas. Levando em consideração, principalmente, as especificidades culturais relacionadas a questão de gênero.

Contudo, esse sentido se configura “pela recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais a política de saúde incide, e que, portanto amplia o horizonte de problemas a serem tratados pela política”. (MATTOS, 2001, p.59)

Esses sentidos, em parte, são comungados por outros autores que vem discutindo o assunto (CECÍLIO, 2001; PINHEIRO, 2002; GIOVANELLA et. al., 2002). Embora, possam enfatizar sentidos diferentes, no geral, eles estão relacionados às práticas profissionais e a organização do sistema de saúde.

O trabalho desenvolvido por Giovanella et al. (2002) buscou operacionalizar o conceito de integralidade para avaliar os sistemas municipais de saúde, por meio de quatro dimensões, a saber: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral do indivíduo e famílias.

As duas últimas dimensões acima apresentadas já haviam sido discutidas por Mattos (2001). Embora, os autores apresentem de forma diferente, o significado principal é o mesmo. Ambas dimensões partem de críticas ao sistema anterior, seja ao caráter dicotômico das ações preventivas e curativas, seja ao caráter reducionista e fragmentado das práticas médicas.

O trabalho desenvolvido por Giovanella et. al. vem contribuir com esse estudo ao atribuir ao termo mais duas dimensões. Primeiramente, eles atribuem ao termo integralidade uma dimensão relacionada a primazia das ações de promoção e prevenção. Essa nova direção está relacionada a mudança da concepção acerca do processo saúde/doença. A saúde que, historicamente, foi tratada como mera ausência de doenças, passa a assumir um conceito mais amplo.

A promoção à saúde seria composta por um conjunto de ações que garantissem a qualidade de vida da população, inclusive, ultrapassando o setor da saúde. Conforme Giovanella et al. (2002, p.45), “é necessário entender a dinâmica da saúde como uma

acumulação social, que resulta e se expressa no estado de saúde”. É preciso ir além das aparências para enxergar que as condições de vida da população (moradia, alimentação, educação, lazer, segurança, etc.) propiciadas pelas condições econômicas interferem diretamente em sua saúde.

Em relação às práticas preventivas, podemos destacar a intervenção voltada para prevenir o surgimento de doenças, através de ações que visem antecipar os acontecimentos. É se preocupar com condições que possam propiciar o risco de doenças e/ou acidentes a indivíduos ou grupos populacionais.

Além disso, os autores citados afirmam ser imprescindível que se garanta a articulação entre os três níveis de assistência: básica, média e de alta complexidade, de forma a garantir a continuidade do cuidado.

Essa segunda dimensão vem afirmar que a população deve ter iguais condições de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de acordo com a necessidade expressa para sua recuperação, desde a atenção básica, representada pelas unidades básicas e pela estratégia saúde da família, à alta complexidade.

Desse modo, a integralidade foi operacionalizada,

“como oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente com a demanda populacional de cada território”.
(GIOVANELLA et. al., 2002, p.50)

Além de operacionalizarem um conceito que contribui significativamente para o entendimento da dimensão a ser abordada nesse estudo, os autores propõem alguns critérios para avaliação

dessa dimensão da integralidade nos sistemas municipais de saúde. Na verdade, eles apresentam critérios relacionados a cada dimensão apontada, que podem ser avaliados individual ou conjuntamente. Nesse momento, iremos apresentar apenas os critérios relacionados a dimensão que interessa a esse estudo.

Cabe ressaltar que os roteiros de entrevistas a serem utilizados nesse estudo (APÊNDICES) foram construídos a partir da contribuição desses autores, através dos critérios por eles apresentados. Porém, como a realidade de cada município nunca é a mesma, outras questões foram incluídas para além das apontadas pelos autores citados.

Um dos critérios apresentados diz respeito a criação de centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internações. Esses mecanismos contribuem enormemente para a garantia do acesso a todos os níveis de atenção ao organizar o fluxo dos usuários na rede. Porém, apesar do importante papel desempenhado na organização do sistema, são poucas as experiências de implantação dessas centrais.

No sentido trabalhado, a integralidade está diretamente ligada as referências estabelecidas dentro da rede. Franco e Magalhães Jr. (2003) afirmam que apesar de nos últimos anos ter ocorrido um aumento na prestação de serviços especializados, de apoio e diagnóstico terapêutico, média e alta complexidade, a referência para esses serviços ainda se apresentam como um ponto de estrangulamento na rede de serviços de saúde. O que se coloca como um desafio ao SUS no que diz respeito a efetividade da diretriz da integralidade.

Se a referência para os distintos níveis de atenção ainda se apresenta como uma grande dificuldade em diversos municípios,

inclusive em São Gonçalo, o retorno dos pacientes encaminhados às unidades de origem é um grande desafio na busca pela integração da rede. Nesse sentido, a existência de mecanismos de referência e contra-referência é um dos critérios apontados por Giovanella et. al. (2002) para a conformação de um sistema integral.

Desse critério surge um terceiro, a existência de um fluxo formalizado que integre a ESF à rede é uma condição consubstancial para a garantia da atenção nos três níveis. Podemos afirmar que, de fato, houve uma efetiva expansão da rede assistencial de atenção básica. O crescimento da ESF foi significativo no período de 1994 a 2001. Em 1994 tínhamos 328 equipes⁴, a nível nacional, e passamos para 10.788 equipes em 2001, presentes, neste ano, em 4.266 municípios e prestando assistência a 36 milhões de brasileiros. Mas já não podemos afirmar com tamanha precisão que esta estratégia – de expressiva cobertura para a população – garanta a integralidade na atenção à saúde, devido a desarticulação em alguns casos da ESF à rede de serviços. (MARQUES & MENDES, 2002).

Outro critério relaciona-se ao fluxo de usuários a outros municípios. Apesar do intenso processo de municipalização ocorrido nos anos 1990, os municípios encontram-se em estágios diferentes de organização do sistema de saúde, o que implica, sobretudo, nos serviços ofertados. Com isso, a existência de pactuações entre os

⁴ A equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários. Algumas equipes possuem saúde bucal, incluindo cirurgião dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes ou 1.000 famílias, com trabalho de 40 horas semanais para todos os profissionais. Os agentes comunitários precisam cobrir 100% da população, sendo que cada agente se responsabiliza por, no máximo, 750 pessoas. (BRASIL, 2006)

municípios sinaliza a preocupação em garantir acesso aos três níveis de complexidade.

A criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde também foi apontada como um indicativo de articulação entre os diversos níveis. Esses consórcios fazem parte de uma “estratégia de cooperação entre municípios cujo objetivo principal é garantir atendimento à população dos municípios de pequeno e médio porte que não possuem em seu território todos os níveis de complexidade do sistema de saúde”. (GUIMARÃES, *apud* GIOVANELLA, 2002, p.52)

Apesar de todo investimento na saúde pública, principalmente, a partir dos anos noventa, muitas pessoas ainda encontram dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por incapacidade do mesmo atender toda a demanda. O monitoramento das filas de esperas existentes no sistema e os mecanismos para sua redução demonstram a preocupação em garantir atenção à saúde nos três níveis. Sendo esse mais um dos critérios para a avaliação da integralidade nos sistemas municipais de saúde.

Muitos outros critérios são necessários para que se tenha um sistema de saúde pautado pela integralidade, no que tange a organização da rede de serviços. O ideal é que todos eles partam do princípio da garantia do acesso em todos os níveis de atenção. Contudo, “a integração de serviços requer estreita coordenação entre indivíduos, departamentos e setores em uma perspectiva de complementariedade e envolve a articulação de tarefas assistenciais nos diversos campos e de funções de gestão”. (GIOVANELLA et. al., 2002, p.53)

Cecílio (2001) também afirma que a integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões, para que ela seja alcançada de forma mais completa. Uma primeira dimensão estaria relacionada ao papel a ser desempenhado por cada profissional e por toda a equipe

em um serviço de saúde. Ou seja, a integralidade estaria pautada pela relação de cada profissional com seus usuários, dos profissionais entre si e da equipe como um todo.

Como já foi visto anteriormente, a relação do profissional com o usuário deve ser pautada por uma prática mais humanizada, que garanta acolhimento e vínculo, a partir de uma escuta qualificada capaz de apreender todas as demandas ditas ou silenciadas pelos sujeitos que procuram os serviços. Além disso, o bom funcionamento de um serviço requer a confluência dos diferentes saberes disciplinares, exigindo um esforço de articulação de todos os profissionais que atuem em uma mesma unidade.

A “integralidade focalizada” assim denominada pelo autor essa primeira dimensão, estaria voltada ao espaço da micropolítica de saúde. Entendendo por micropolítica, “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra”. (FRANCO, 2006, p.459)

Conforme Cecílio (2001), novas práticas pautadas pela integralidade devem ocorrer em todos os serviços de saúde, seja ele uma unidade de saúde da família ou um hospital. É preciso romper com a idéia de que a integralidade só pode ocorrer na atenção básica. Todo profissional deve estar pronto para apreender as necessidades demandadas pelos usuários em sua totalidade, seja em um episódio de internação hospitalar ou em uma consulta com o especialista.

Desconstruindo essa idéia da atenção básica como lugar privilegiado de práticas integrais, o autor afirma que a integralidade não pode nunca se realizar em um único serviço, “seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão

distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial”. (CECILIO, 2001, p. 118)

O autor afirma que sem o acesso a todos os níveis de atenção não há integralidade, e por sua vez, não há a finalização do cuidado. Nesse sentido, ele chama a nossa atenção afirmando que o alcance da integralidade não deve estar focado em esforços individuais, ou seja, fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário. É preciso que o sistema esteja organizado para responder a todas as demandas apresentadas pela população, através de uma rede integrada.

Dessa forma, a segunda dimensão, que mais interessa a esse trabalho, nos remeteria a integralidade pensada no macro, “como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, (...) a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor saúde”. (CECILIO, 2001, p. 118)

Para Cecílio, a integralidade deve ser pensada em rede, articulando diversos atores, serviços e setores, não podendo ser alcançada de outra forma. Franco (2006) corrobora com essa idéia ao afirmar que o cuidado só se realiza em rede. Para ele, redes seriam conexões e fluxos e, afirma, que há no mínimo três níveis em que estas se articulam intensamente. Um desses níveis seria encontrado na articulação das equipes e dos profissionais de saúde na produção do cuidado. Essa relação se estabeleceria no espaço da micropolítica do trabalho em saúde. Um outro nível seria o estabelecimento de redes entre as microunidades de produção dentro de uma mesma unidade de saúde. Por último, no plano da

macropolítica, a conformação de redes pode ocorrer entre as diversas unidades nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Pinheiro comunga dessa idéia ao assumir a integralidade como

“uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços)”. (PINHEIRO, 2006, p.65)

A autora aponta ainda que a articulação entre os diferentes níveis de assistência não deve ser vista como uma mera organização do fluxo de usuários dentro do sistema, mas como a capacidade de o próprio sistema estar articulado e integrado para resolver os problemas de saúde da população, através de ações interligadas.

Hartz et. al. (2004) afirmam que a integração dos serviços de saúde é um tema que vem sendo discutido como um atributo inerente as reformas públicas de saúde. “Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde”. (HARTZ et. al., 2004, p.331) Eles partem da idéia de construção de um “sistema sem muros”, que elimine as barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção. Porém, essa “imagem ideal” tem se colocado como de difícil realização.

Esses autores afirmam que o conceito de integralidade remete obrigatoriamente ao de integração de serviços por meio de rede assistenciais, reconhecendo que nenhum serviço ou nível de atenção é capaz de dar respostas a todas as necessidades de

saúde de uma população. Os serviços de saúde são criados de forma a compor uma rede que deve funcionar de maneira contínua.

A fim de melhor ilustrar o que querem dizer com integração dos serviços, eles vão buscar na literatura os sentidos atribuídos ao termo “integração em saúde”. Com a contribuição de outros autores (MENDES, 2001; CONTRADIOPOULOS, 2001) apresentam algumas dimensões atribuídas ao termo, a saber: integração clínica, funcional, normativa e sistêmica. A primeira estaria relacionada ao que chamamos de multidisciplinaridade. Ou seja, a integração entre as equipes (diferentes profissionais de saúde) a fim de dar respostas as necessidades de saúde de uma pessoa. A integração funcional consiste na articulação dos sistemas de gestão, financiamento e informação. São imprescindíveis para o bom funcionamento de um sistema de saúde estratégias eficazes de gestão e financiamento, orientados por um sistema de informação ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos humanos. A integração normativa diz respeito a coerência entre os sistemas de representação e valores dos atores com as interfaces da integração clínica e da funcional. Já a integração sistêmica enfatiza a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atuação, ultrapassando as relações locais e entre organizações e profissionais.

Nesse sentido, trabalhamos com a idéia de integração relacionada a conformação de uma rede articulada de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, destinado a garantir a continuidade dos serviços prestados conforme as necessidades demandadas pelos usuários. Acreditando que a integralidade só se realizará em sua plenitude a partir dessa integração.

Assumir a idéia de integração da rede de serviços como requisito para o alcance da integralidade, implica pensar como essa

rede está organizada para ofertar os serviços de saúde. O atual sistema de saúde no Brasil está pautado pelos princípios da regionalização e hierarquização dos serviços.

Segundo Mattos, a idéia de regionalização está relacionada a delimitação de um território, “de modo que a unidade (ou o conjunto de unidades) possa assumir a responsabilidade, por dar resposta às necessidades dos serviços de saúde da população que vive nesse território”. (MATTOS, 2007, p.371)

Tem-se preconizado, a partir desse conceito, que as necessidades de saúde de uma população devem ser atendidas o mais próximo do lugar onde vivem. Cabendo essa responsabilidade a Atenção Básica (AB). No caso brasileiro, a AB tem o intuito de estabelecer-se, preferencialmente, como a porta de entrada do sistema, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Pretende-se nesse nível de atenção a integração das ações programadas e das demandas espontâneas, assim como as ações de promoção, prevenção e recuperação. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde mais freqüentes na população. (BRASIL, 2003)

Desde meados dos anos noventa a AB tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. A ESF caracteriza-se pelo trabalho em equipes multiprofissionais, que assumem responsabilidade por populações de territórios delimitados, com as quais devem estabelecer vínculo, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais de saúde com os usuários e a comunidade onde estão inseridos. A adscrição da clientela permite às equipes conhecer os fatores de risco a que a comunidade está exposta, possibilitando a assistência integral por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação,

reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e manutenção da saúde da população assistida. A ESF se propõe ainda a atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos. (BRASIL, 2006).

Embora, a atenção básica seja a base orientadora do sistema de saúde no Brasil, configurando-se, inclusive, como porta de entrada preferencial, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades de saúde dos usuários do SUS. Dessa forma, outras ações e serviços vêm compor o sistema de saúde, de forma a suprir a totalidade de serviços de saúde demandados por uma população.

É essa a idéia que baseia o princípio da hierarquização, pressupondo a diferenciação de vários níveis de atenção, cada qual oferecendo um conjunto de procedimentos e apresentando um conjunto distinto de recursos tecnológicos. (MATTOS, 2007)

Cabe a média complexidade as ações e serviços de saúde que demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Já a alta complexidade é composta por procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. (CONASS, 2003)

“Espera-se geralmente que, numa rede regionalizada e hierarquizada, a maioria das necessidades de serviços de saúde da população deveria ser atendida na atenção básica. Por sua vez, os problemas de saúde que não pudessem ser resolvidos na atenção básica seriam resolvidos nos outros níveis de atenção (ambulatórios especializados, hospitais, emergências, etc.). Isso implica um certo fluxo de pessoas e de informação entre níveis de atenção distintos, fluxos esses que devem corresponder às necessidades das pessoas”. (MATTOS, 2007, p.372)

Contudo, o modelo de regionalização e hierarquização exige que essa rede esteja constantemente articulada através de fluxos previamente estabelecidos.

Como foi dito ao longo desta dissertação, a diretriz da integralidade, dentre as demais, é a que tem encontrando maior dificuldade em se concretizar. Provavelmente, pelo alto grau de complexidade, ao reunir em si grande parte das características que se têm como primordial para o bom funcionamento do sistema. Isso pode ser facilmente percebido quando buscamos compreender o verdadeiro significado da diretriz.

Precisamos nos ocupar com a integralidade de uma forma mais completa, pelo menos do ponto de vista daquela pessoa concreta que, naquele momento, busca alguma forma de assistência. Concluo me referindo às palavras de Cecílio. “Simples como idéia, muito difícil de implementar na prática”. (CECÍLIO, 2001, p.121)

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é a atividade básica das ciências na sua indagação e construção da realidade, podendo desenvolver-se no âmbito tanto das ciências naturais como sociais. A Pesquisa Social, no qual situa-se o objeto desse estudo, busca compreender o ser humano em sociedade, a partir das relações estabelecidas entre os homens. (MINAYO, 2007) Dessa forma, o objeto das ciências sociais possui uma “consciência histórica”, ou seja, está imbricado com o contexto social e cultural de uma determinada sociedade, em um tempo histórico específico.

A Pesquisa Social investiga a realidade onde nós mesmos somos agentes, havendo uma identidade entre sujeito e objeto. Já que se propõe a estudar o ser humano em sua relação com a sociedade (homem x homem). Por isso, a dificuldade em se garantir a neutralidade científica, pois a visão de mundo de ambos está implicada no processo. Nesse sentido, é exigido do pesquisador cercar-se dos cuidados necessários de forma a garantir a indexilidade dos resultados.

A pesquisa científica pode utilizar abordagens quantitativas, qualitativas ou ainda quanti-qualitativas. Nesse trabalho foi utilizada a abordagem qualitativa, por melhor se adequar aos objetivos do estudo. Segundo Minayo (1997), esse tipo de abordagem permite um aprofundamento maior da realidade, à medida que trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes não mensuráveis (sensíveis) a uma fórmula numérica. Além disso, “as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e de documentos”. (MINAYO, 2007, p.57)

4.1. Cenário da Pesquisa

A escolha do campo de pesquisa está relacionada em partes a minha inserção como bolsista de iniciação científica (CNPq) em pesquisa realizada nesse município, entre os anos de 2005 a 2007. Como já foi mencionado anteriormente, a pesquisa em questão tinha por objetivo analisar os fatores que facilitavam e dificultavam a implementação da diretriz da integralidade. Essa pesquisa foi realizada nos municípios de São Gonçalo e de Duque de Caxias, ambos localizados na região metropolitana do Rio de Janeiro.

A preferência pelo município de São Gonçalo deve-se, primeiramente, a proximidade geográfica, já que a proponente desse estudo reside no município citado. Esse fator poderia estar contribuindo com o estudo ao facilitar o acesso, tanto geográfico como político, aos atores da pesquisa.

Outro fator que contribuiu para essa escolha foram os alarmantes indicadores sócio-demográficos e de serviços de saúde do município. Como veremos abaixo, São Gonçalo é um município com grande densidade populacional localizado na periferia metropolitana do estado e que apresenta um grande déficit de infraestrutura urbana e de serviços sociais e de saúde.

Apesar de fundada desde 06 de abril de 1579 pelo colonizador Gonçalo Gonçalves, São Gonçalo só foi alçado definitivamente à categoria de município em 1929, pela Lei n.º 2.335. O município possui uma área total de 248,7Km², correspondentes a 5,3% da área da Região Metropolitana. Sua densidade demográfica é de 3.690 hab/km², contra 2.380 hab/km² de sua região.

De acordo com o IBGE, em 2000, tinha uma população de 891.119 habitantes, correspondentes a 8,3% do contingente da

Região Metropolitana. Sendo estimada para 2009 uma população de 991.382, reforçando o visível crescimento da população.

No que se refere à distribuição da população por sexo, percebe-se o predomínio da população feminina (3,62% maior que a masculina). Em relação a faixa etária, a população em idade economicamente ativa (20 a 65 anos de idade) corresponde a 60,16% do total, enquanto os idosos com mais de 65 anos e os menores de 5 anos representam 6,04% e 8,30% da população, respectivamente. Com isso, São Gonçalo ainda pode ser caracterizada como uma “cidade jovem”, porém o índice de envelhecimento vem aumentando constantemente. (IBGE, 2000)

No que diz respeito ao IDH⁵ do município, observa-se que houve uma discreta melhoria, pois em 1991 o índice era de 0,725, passando em 2000 para 0,782, sendo que a maior contribuição foi dada pelo componente educação. Porém, também houve uma melhora no componente longevidade, que indica o aumento da expectativa de vida da população, sendo o componente renda aquele que teve o menor aumento. (PNUD⁶)

Em relação a renda, podemos perceber que grande parte da população se encontra em situação de extrema pobreza. Parte significativa da população com 10 anos ou mais de idade (39,52%) não possuem nenhum rendimento. Dentre os que possuem rendimento (449.893 habitantes), 48,45% vivem apenas com até

⁵ IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é um índice que serve de comparação entre os países, com objetivo de medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. Este índice é calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Quanto mais próximo de 1, mais desenvolvido é o país. Este índice também é usado para apurar o desenvolvimento de cidades, estados e regiões. No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (taxas de alfabetização e escolarização), longevidade (expectativa de vida da população) e renda (PIB per capita).

⁶ PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Site: www.pnud.org.br.

dois salários mínimos. Sendo a média salarial mensal da população de R\$532,25 (quinhentos e trinta e dois reais e vinte e cinco centavos). (IBGE, 2000)

As atividades econômicas estão voltadas basicamente para o setor terciário da economia. Os aluguéis responderam em 2004 por quase 30% do PIB municipal, com importante presença das demais atividades do setor terciário. Observa-se também expressiva participação da construção civil (19,2%), seguido das indústrias de transformação (14,5%). (TCERJ, 2009)

Em relação aos indicadores de educação, embora esse componente tenha proporcionado um aumento no IDH, a situação no município ainda é bastante precária. O nível de escolarização dos munícipes de São Gonçalo é extremamente baixo. Cerca de 5,57% da população são analfabetos ou possuem menos de 1 ano de instrução. Além disso, podemos observar uma grande evasão escolar do ensino fundamental para o ensino médio, cujos índices passam de 70,67% para 20,35% da população, respectivamente. (IBGE, 2000) Isso ocorre pela inserção precoce da população no mercado de trabalho e também por outros fatores como: gravidez na adolescência, envolvimento com o tráfico de drogas, dentre outros.

Ainda com relação ao comportamento de alguns indicadores clássicos de condições de vida observou-se que 76,11% da população têm acesso à canalização interna de água; 39,80% dos domicílios dispõem de esgoto sanitário adequado (rede geral de esgoto ou pluvial e fossa séptica); 88,36% dos domicílios são servidos pelos serviços de coleta de lixo. (IBGE, 2000) Apesar de demonstrarem um crescimento nos últimos anos, esses indicadores nos mostram a necessidade de investimento no município em saneamento básico, assim como em outras áreas, para que haja efetivamente um aumento na qualidade de vida da população.

Quanto ao cenário epidemiológico, podemos perceber alguns avanços significativos, que certamente tem garantido uma elevação na qualidade de vida da população, ainda que discreta.

O número de mortes infantis no município vem diminuindo consideravelmente nos últimos anos. Do ano 2000 para 2007 o número caiu de 234 óbitos/ano para 173 óbitos/ano. Essa diferença pode ser atribuída à redução de mortes por doenças imunopreveníveis⁷, resultado de um intenso trabalho de imunização que vem sendo priorizado pelo Ministério da Saúde, e conseqüentemente, pelos municípios. (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM)

Já em relação aos óbitos maternos, não há uma redução significativa nos últimos anos. Entre os anos de 2000 e 2007, o número de mortes maternas variou entre 2 a 11 óbitos/ano. Esse número é muito baixo para um município com grande densidade populacional e um sistema de saúde de baixa resolutividade. Isso pode nos indicar uma dificuldade do município com a notificação, sendo esse resultado um indício de subnotificação. (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM)

Outro dado importante está relacionado às taxas de mortalidade. Dentre as crianças a maior causa de morte continua sendo proveniente de doenças infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias. Embora, esse índice venha diminuindo nos últimos anos. Na faixa etária entre 15 e 49 anos, principalmente entre os homens, os maiores índices de mortalidade são por causas externas, que podem estar relacionados, principalmente, a acidentes

⁷ Doenças que podem ser prevenidas com a imunização ou a vacinação. As doenças que podem ser prevenidas por vacinas do Programa Nacional de Imunização, e que estão disponíveis, são: Caxumba, Poliomielite (Paralisia infantil), Coqueluche, Rubéola, Difteria (Crupe), Sarampo. Infecções por Haemophilus Influenza B, Tétano (Pneumonia \ Meningite), Tuberculose, Hepatite B e Gripe. (Fonte: Guia SUS. Site: www.portal.saude.rj.gov.br)

de trânsito e a violência urbana. A partir dos 50 anos as principais causas são as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as do aparelho circulatório, sendo a última a que faz mais vítimas. Este quadro exige que se concentrem esforços em políticas de redução da violência, bem como em ações de saúde voltadas à prevenção e ao controle de doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM)

Além disso, a rede de serviços de saúde se encontra bastante desestruturada nesse município, se comparado a Duque de Caxias. A pesquisa anteriormente citada aponta que se tratando da diretriz da integralidade São Gonçalo ainda apresenta enormes dificuldades em sua implementação, principalmente no que diz respeito a organização da rede e a integração dos diferentes níveis de atenção do sistema. Foco esse privilegiado nesse estudo. (Senna et. al., 2007)

O processo de municipalização da saúde em São Gonçalo ocorreu logo no início dos anos 1990, durante a gestão do prefeito Edson Ezequiel (1989 – 1992). O novo prefeito trazia um discurso progressista, tendo a saúde como ponto primordial em sua gestão. Esse grupo político, liderado pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), permaneceu no poder durante doze anos (João Bravo - 1993-1996 e Ezequiel -1997-2000). (SENNA, 2004)

Diante das responsabilidades assumidas pelo governo municipal, foi necessário remodelar a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que se amplia e alcança reconhecimento e magnitude. Esse período foi marcado por uma reorganização da política de saúde local. O novo governo assume a gestão das unidades ambulatoriais vinculadas ao nível estadual e à União, e se dedica a ampliação das unidades básicas de saúde. (SENNA, 2004)

Nesse período tem-se início a uma expressiva ampliação da rede básica do município, apontando a preocupação dos gestores com a distribuição dos serviços de saúde. É uma tentativa de garantir assistência a áreas até então não assistidas no município.

Se na atenção primária houve um grande investimento nos anos noventa, o mesmo não se pode dizer dos demais níveis de assistência, seja secundário ou terciário. Os serviços especializados e de apoio diagnóstico possuem pouca oferta de serviços, e ainda apresenta uma prevalência do setor privado. A situação piora quando relativo à atenção hospitalar, onde o setor privado assume quase oitenta por cento dos leitos hospitalares. (IBGE, 2000)

Ao longo dos quase vinte anos do processo de municipalização da saúde em São Gonçalo, o município não conseguiu reunir as condições exigidas para a habilitação na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), conforme a NOB/96. O município se encontra na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) desde 1998. Ou seja, é responsável por toda a gestão da atenção básica, dependendo do Estado e da União para a assistência nos demais níveis do sistema. Nesse sentido, o município recebe do Ministério da Saúde os recursos provenientes do Piso de Atenção Básica (PAB), que é composto por um piso fixo per capita, e outro variável, repassado de acordo com a iniciativa municipal de desenvolver programas de saúde.

Em 2007, a rede de serviços de saúde do município contava com 2 hospitais gerais, 1 hospital infantil, 2 pronto-socorros, 2 serviços de pronto-atendimento, 9 unidades básicas de saúde, 5

pólos sanitários de saúde, 5 policlínicas de especialidades, 2 centros de atendimento psicossocial e 90 unidades de saúde da família⁸.

Nesse sentido, o município carece de pesquisas científicas que sejam capazes de investigar profundamente a realidade social, de forma a contribuir para o fortalecimento da política local.

4.2. Sujeitos da Pesquisa

A obtenção de dados primários ocorreu através da aplicação de instrumentos de pesquisa com atores sociais importantes nesse processo. Entendendo por ator social uma personalidade, uma organização ou um grupamento humano, que de forma estável ou transitória tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades produzindo fatos na situação. (Carlos Matus, apud CHORNY,1990)

A pesquisa contou com a participação dos seguintes atores sociais: gestores locais da política de saúde, profissionais de saúde vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF) e usuários dos serviços públicos de saúde adscritos a ESF.

Dentre os gestores locais, a princípio, foram selecionados o subsecretário de saúde, o coordenador da ESF e o responsável pelas ações de média e alta complexidade. Porém, por dificuldades de acesso só foram entrevistados a coordenadora da ESF e uma assessora da Atenção Básica. Cabe ressaltar que, apesar de inúmeras tentativas não conseguimos realizar a entrevista com o subsecretário de saúde. Quanto ao responsável pela média e alta complexidade, não foi realizado contato, pois dependeria do contato prévio com o subsecretário.

⁸ Cabe ressaltar que não foi possível atualizar o quadro de unidades e serviços da rede, por dificuldade de acesso às informações na Secretaria Municipal de Saúde.

Foram escolhidas três unidades de saúde da família (USF) localizadas em distritos políticos-administrativos diferentes no município, no intuito de analisar também se havia diferença na oferta e no acesso aos serviços de saúde em cada um desses distritos. A escolha das unidades foi feita pela Coordenação da ESF, seguindo alguns requisitos prévios, tais como: existência da USF há mais de seis meses; unidades que tivessem com sua equipe completa e que ofertasse minimamente uma infra-estrutura adequada à população. Dessa forma, foram escolhidas as USF localizadas nos bairros Jardim Catarina (3º Distrito), Arsenal (2º Distrito) e Vila Lage (4º Distrito). Apesar de, na USF do Jardim Catarina existirem mais de uma equipe, a equipe trabalhada foi escolhida aleatoriamente, pelo primeiro profissional que nos atendeu na referida unidade.

Em cada uma dessas unidades foram entrevistados: o (a) médico (a), o (a) enfermeiro (a), um (a) agente comunitário (a) de saúde e um (a) usuário(a), totalizando quatro entrevistas em cada USF. Cabe ressaltar que os profissionais entrevistados foram aqueles que acompanhavam o usuário entrevistado. Em apenas uma unidade não foi entrevistado o agente comunitário, pois o mesmo encontrava-se de férias no período da realização do trabalho de campo.

Para a escolha do usuário foi utilizada a hipertensão arterial sistêmica como traçador. Cabe destacar que não se trata aqui de fazer um estudo ou avaliação sobre o programa de hipertensão arterial no município, mas a partir dessa patologia poder identificar obstáculos à integralidade na organização dos sistemas de saúde.

O Brasil tem passado nos últimos anos por uma transição epidemiológica, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência em todo o mundo, já atingindo no Brasil 35% da população. Além disso, constitui-se um fator de risco para as doenças do aparelho circulatório, estando entre suas complicações mais freqüentes o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, entre outros. (BRASIL, 2005)

Contudo, a relevância epidemiológica, a responsabilidade imposta a atenção básica no acompanhamento e controle da patologia e, sobretudo, a exigência de ações nos distintos níveis de atenção do sistema justificam a escolha da hipertensão arterial como traçador.

Os usuários a serem entrevistados foram escolhidos pelos profissionais da equipe trabalhada, obedecendo alguns critérios por mim propostos, tais como: usuário com diagnóstico definido de hipertensão arterial, em tratamento naquela unidade há, pelo menos, seis meses, que fosse acessível ao diálogo, de forma a colaborar com a entrevista, e que preferencialmente, tivesse necessitado percorrer a rede em seus diversos níveis.

Cabe ressaltar que todas as entrevistas foram gravadas, após consentimento do entrevistado e, posteriormente transcritas pela própria autora do trabalho. Além disso, não foram entrevistados grupos vulneráveis, como crianças ou pessoas portadoras de deficiência.

4.3. Desenho da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em diversas etapas inter-relacionadas, buscando conjugar informações provenientes de diferentes fontes.

4.3.1. Pesquisa bibliográfica

Foi realizado um levantamento da bibliografia sobre o tema da integralidade e questões afins, buscando balizar a discussão teórico-conceitual sobre o tema, bem como a operacionalização do conceito. Essa pesquisa incluiu consulta a textos disponíveis na rede mundial de computadores e livros e revistas publicadas.

4.3.2. Pesquisa de dados secundários

Foi realizada pesquisa de dados secundários com vistas ao levantamento de dados socioeconômicos, demográficos, políticos e da oferta dos serviços de saúde do município, através de consultas a bancos de dados do IBGE, DATASUS, Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, além de monografias, dissertações e teses sobre o município.

4.3.3. Coleta de Dados

Uma das justificativas usadas para o recurso aos métodos qualitativos é a necessidade de um método que seja capaz de apreender as condutas sociais, que não podem ser compreendidas, nem explicadas, fora da perspectiva dos atores sociais. (POUPART, 2008)

Dessa forma, a entrevista constitui-se como um meio eficaz para colher informações sobre as estruturas e o funcionamento de um grupo, uma instituição, ou mais globalmente, uma formação social determinada. Segundo Becker (*apud* POUPART, 2008, p.220), a entrevista “permite não apenas evidenciar o que essas

pessoas vivenciam no cotidiano, mas igualmente dar-lhes a palavra e compensar sua ausência ou sua falta de poder na sociedade”.

É interessante ressaltar que a entrevista como forma de interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Com isso, é importante apresentar algumas considerações práticas. Em primeiro lugar, é preciso obter a colaboração do entrevistado, e não só o consentimento formal. Isso significa envolvê-lo na pesquisa de forma que ele possa colaborar com todas as informações possíveis. Para isso é importante deixá-lo bem à vontade para que ele possa se expressar bem. Além disso, é preciso ganhar a confiança do mesmo, o que só pode ser adquirido após uma explicação detalhada do objetivo do estudo, sua finalidade, os riscos, os benefícios e, sobretudo, o sigilo das informações prestadas. (BAUER e GASKELL, 2003)

A entrevista qualitativa possui diversas formas de aplicação sobre a realidade. A escolha do método de entrevista mais apropriado à investigação depende da natureza do tópico de pesquisa, dos objetivos da pesquisa, dos tipos de entrevistados e até das habilidades e preferências do pesquisador.

Nesse sentido, trabalhamos nesse estudo com a entrevista semi-estruturada. Esse instrumento “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. (MINAYO, 2007, p. 262) Compreendo que esse tipo de entrevista oferece a possibilidade de explorar em profundidade a experiência do entrevistado, favorecendo a emergência de novas dimensões não imaginadas pelo pesquisador. Mas, ao mesmo tempo, ao estruturar relativamente às questões evita que o entrevistado acabe abordando assuntos não interessantes à pesquisa, fugindo completamente do objetivo principal.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, de acordo com os roteiros pré-estabelecidos (APÊNDICES III e IV), com os gestores locais de saúde e os profissionais de saúde, conforme mencionado acima. Essas entrevistas tiveram por finalidade compreender a organização da rede de serviços de saúde no município, incluindo questões relativas à oferta de serviços de saúde, ao papel de cada unidade dentro sistema, a conformação dos fluxos estabelecidos, as estratégias utilizadas para que esse fluxo seja contínuo e ininterrupto, como sistemas de referência e contra-referência, entre outras questões.

Com os usuários foi utilizada a entrevista aberta (APÊNDICE V), instrumento esse em que o entrevistado pode discorrer livremente em relação a um determinado assunto. Dessa forma, foi colocado aos usuários que eles discorressem sobre a trajetória deles no sistema, desde que descobriam que eram hipertensos até os dias atuais.

Contudo, a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela. A possibilidade de enumeração dos fatos, por exemplo, é uma qualidade do indivíduo e da sociedade que contêm, em si, elementos de homogeneidade e de regularidades. “Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, que qualquer pensamento e qualquer discurso político ou teórico que tente explicá-la”. (MINAYO, 2007, p. 42)

4.3.4. Análise dos Dados

Para analisar os dados coletados foi utilizado a “Análise de Discurso”, sendo essa técnica de análise a mais pertinente aos interesses desse estudo. A Análise de Discurso não deve ser tratada

simplesmente como uma técnica, e a opção por ela envolve escolhas teóricas.

Inúmeras correntes teóricas vêm se apropriando da Análise de Discurso, o que atribui a essa técnica enfoques diferenciados. Porém, um ponto em comum é partilhado por essas diferentes perspectivas: “a rejeição à noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir ou descrever o mundo”. (BAUER e GASKELL, 2002, p.244) Para os seus defensores, o discurso assume um papel central na construção da vida social.

Segundo Pêcheux (*apud* MINAYO, 2007), seu criador nas Ciências Sociais, os pressupostos básicos dessa técnica podem ser resumidos em dois princípios. O primeiro diz respeito às posições ideológicas existentes nos processos sócio-históricos no qual as relações são produzidas. O segundo princípio deriva desse, e vem afirmar que toda formação discursiva dissimula sua dependência das formulações ideológicas.

Complementando essas idéias, Gill (BAUER e GASKELL, 2002) apresenta algumas características-chave inerentes a Análise de Discurso. Para a autora, essa perspectiva parte da crítica à visão de que nossas observações do mundo revelam, sem problemas, sua natureza autêntica. Além disso, ela reconhece que os nossos modos de ver o mundo se relacionam com um contexto histórico e cultural específico, sendo o conhecimento um bem socialmente construído.

Os defensores da Análise de Discurso afirmam que todo discurso é uma construção, e que há uma multiplicidade de maneiras de se descrever um determinado fenômeno. Isso implica escolhas, que em grande parte, são sociais. Daí resulta a visão de que o discurso é uma prática social, tendo a função de orientar para uma determinada ação. A forma como o discurso se apresenta é influenciado por diversos fatores. Um deles são as escolhas

ideológicas de quem discursa. Outro fator importante seria o lugar que a pessoa com quem e para quem se fala ou escreve ocupa na sociedade.

Contudo, Potter e Wetherell (*apud* BAUER e GASKELL, 2002, p.252) afirmam que o analista de discurso “está interessado no detalhe das passagens do discurso, embora fragmentadas e contraditórias, e com o que é realmente dito ou escrito, não com alguma idéia geral que parece ser pretendida”.

Segundo Gill, não há uma “receita de bolo” para se desenvolver uma análise de discurso. O primeiro passo realizado por mim foi a transcrição. “Uma boa transcrição deve ser um registro tão detalhado quanto possível do discurso a ser analisado”. (BAUER e GASKELL, 2002, p. 251) Embora, essa fase demande muito tempo, esse tempo não pode ser considerado perdido. Inclusive, algumas “intuições analíticas” podem aparecer nessa fase.

Depois de feita a transcrição foi necessário ler e reler todo o material, até que eu me familiarizasse com ele. A partir dessa leitura iniciei a codificação do material, ou seja, a sua organização a partir das categorias de interesse. Essas categorias foram escolhidas de forma a contemplar os objetivos do trabalho. Algumas já haviam sido pré-definidas nos roteiros de entrevistas e outras emergiram a partir da aproximação com o dados colhidos. Sendo as categorias de interesse, a saber: noções de integralidade, acesso às especialidades, acesso aos exames, acesso aos medicamentos, acesso aos serviços de urgência e emergência, acesso às internações eletivas, estratégias gerais e dificuldades gerais.

Após a codificação iniciei a análise, propriamente dita. A partir dessas categorias busquei analisar as respostas que os atores entrevistados deram para cada questão levantada. Na Análise de Discurso é importante estar atento a cada detalhe, identificando

inclusive, o que não foi dito – os silêncios. Por isso, é importante que o próprio pesquisador realize o trabalho de campo, não delegando a terceiros esse fase riquíssima.

Cabe ressaltar ainda que a análise foi realizada separadamente por categoria de interesse, mas também por ator entrevistado. Visto que todo discurso é social e historicamente construído e prene de ideologia, e que o lugar que cada ator ocupa na sociedade traz um significado diferente para a análise. Para isso foi necessário a familiaridade com o contexto social, o que foi estabelecido a partir de uma aproximação prévia com o campo de pesquisa.

Contudo, “uma análise de discurso é uma leitura cuidadosa, próxima, que caminha entre o texto e o contexto, para examinar o conteúdo, organização e funções do discurso”. (BAUER e GASKELL, 2002, p. 266)

4.4. Aspectos Legais e Bioéticos

Conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, referidas na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF), sendo aprovado no dia 13 de fevereiro de 2009.

4.4.1. Critérios de Inclusão

Gestores: optou-se por entrevistar os gestores da política, por entender que esses seriam os atores mais aptos a nos fazer compreender a dinâmica da política de saúde local, em sua

totalidade e formalidade. Dessa forma, foram escolhidos os gestores responsáveis por cada nível de atenção do sistema. Embora, por dificuldades de acesso não tenham sido realizadas todas as entrevistas desejadas.

Profissionais de saúde: foram entrevistados os profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde vinculados a ESF no município, que, preferencialmente, estivessem acompanhando o usuário a ser entrevistado.

Usuários: foram entrevistados usuários dos serviços públicos de saúde, adscritos a ESF com diagnóstico de hipertensão arterial e que já tivessem necessitado de assistência nos diferentes níveis de atenção do sistema.

4.4.2. Critérios de Exclusão

Profissionais de Saúde: não foram entrevistados os profissionais que estivessem a menos de quatro meses naquela equipe. Tempo que julgo necessário para o conhecimento, ainda que limitado, da rede de serviços.

Usuários: não foram entrevistados usuários que não tivessem ainda o diagnóstico fechado de hipertensão arterial ou que no momento não estivesse sendo acompanhado pelos profissionais da ESF.

4.4.3. Riscos: o maior risco dessa pesquisa está relacionado a identificação dos entrevistados, o que pode comprometê-los moralmente e, no caso dos gestores e profissionais, política e profissionalmente. Para evitar esse risco as entrevistas foram

numeradas, sendo esta a única forma de identificação. Em nenhuma hipótese serão revelados os nomes dos entrevistados. Em relação aos gestores e profissionais não serão apresentados nenhum trecho da entrevista que possa indicar a equipe ou o cargo que os mesmos ocupam. As informações obtidas através da pesquisa serão utilizadas somente para este fim, sendo todo o material destruído após o cumprimento do objetivo a que se propõe.

4.4.4. Benefícios: não há nenhum benefício direto aos participantes da pesquisa. O benefício será coletivo, com vistas ao conhecimento aprofundado do sistema local de saúde, a fim de propor mudanças e melhorias para a política. As críticas serão construtivas, tendo o presente trabalho o objetivo de colaborar para o fortalecimento da saúde no município estudado.

4.4.5. Resultados: os resultados da pesquisa serão devolvidos as instituições participantes, incluindo a Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo. Além disso, os resultados serão divulgados através de artigos científicos publicados em periódicos nacionais e/ou internacionais, livros, monografias e dissertações de mestrado e teses de doutorado.

4.4.6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): cada sujeito da pesquisa assinou o TCLE, após ter sido completamente informado sobre a finalidade e o tema dessa pesquisa e a importância da sua participação. (APÊNDICE I)

5. ARTIGO

A INTEGRAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM GRANDES CENTROS URBANOS: UM DESAFIO À INTEGRALIDADE.

Juliana França Nogueira⁹, Carlos Dimas Martins Ribeiro¹⁰, Mônica de Castro Maia Senna¹¹.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os limites e possibilidades de construção da integralidade a partir da integração entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde no município de São Gonçalo (RJ), evidenciando os fatores que facilitam ou dificultam o acesso a estes níveis. Utilizou-se a abordagem qualitativa, envolvendo entrevistas semi-estruturadas com gestores locais, profissionais de saúde e usuários. Além disso, foi realizado levantamento bibliográfico e pesquisa de dados secundários. O estudo baseou-se no consenso de que a integralidade é dentre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a que tem encontrado maiores dificuldades de implementação, principalmente devido ao seu caráter polissêmico, sendo atribuído ao termo um conjunto de atributos relacionados ao sistema de saúde, à organização dos serviços e às práticas profissionais. No geral, constatou-se que o município ainda apresenta inúmeros limites à implementação da integralidade, principalmente

⁹ Assistente Social, Mestre em Saúde Coletiva - Universidade Federal Fluminense - UFF

¹⁰ Doutor em Saúde Pública – ENSP e Professor do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF.

¹¹ Doutora em Saúde Pública - ENSP, Professora do Curso de Pós-graduação em Políticas Sociais da Escola de Serviço Social da UFF.

no que tange a organização da rede de serviços de saúde. Apresenta ainda uma rede desarticulada que não é capaz de garantir o acesso dos usuários a todos os níveis do sistema, não contemplando assim todas as necessidades de saúde da população e, por conseguinte, uma atenção integral à saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Integralidade, Atenção Integral à Saúde, Integração da rede, Atenção Básica.

THE INTEGRATION OF THE NETWORK'S HEALTH SERVICES IN BIG URBAN CENTERS: A CHALLENGE TO INTEGRALITY.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the limits and possibilities for integrality from the integration between different levels of the health's care system in the São Gonçalo's city (RJ), showing the factors that facilitate or interfere the access to these levels. It was used a qualitative approach involving semi-structured interviews with local managers, health's professionals and users. In addition, there was a search bibliographic and research of secondary data. The study was based on the consensus that integrality is, among the guidelines of the Unified Health System (SUS), the one which has found more difficulties in implementation, mainly because of its ambiguous character, and given the term a set of attributes related to the system health, the organization of services and professional practices. In general, it was contacted that the city still has many limitations to the integrality implementation, especially regarding the organization's network of health services. It also presents a disarticulated network that is unable to ensure access for users at all levels of the system, thus not allowing all the health needs of the population and, therefore, an integral health care.

KEYWORDS: Integrality, Integrated Healthcare, Network integration, Primary Care.

INTRODUÇÃO

A integralidade é fruto de um longo processo político que caracteriza a política de saúde existente hoje em nosso país. Ela ganhou espaço no cenário político brasileiro a partir do movimento pela Reforma Sanitária. Movimento esse consolidado na década de 1980, em meio ao processo de redemocratização do Brasil. Tem sua importância reconhecida ao apresentar-se como umas das diretrizes do atual sistema de saúde brasileiro, presente na Constituição Federal de 1988.¹

Este trabalho parte do reconhecimento de que a integralidade é dentre as diretrizes constitucionais do SUS aquela que menos avançou em termos de sua operacionalização, com repercussões na qualidade e resolutividade das ações e serviços de saúde. Isso posto, pode-se afirmar que a integralidade carece, assim, de inúmeros estudos que possam subsidiar a sua efetiva implementação. Os autores atribuem essa dificuldade ao caráter polissêmico do termo. Respeitando a especificidade de cada autor, no geral, referencia-se ao termo um conjunto de atributos relacionados ao sistema de saúde, à organização dos serviços e às práticas profissionais. Mattos² inicia a discussão reconhecendo três sentidos do termo construídos historicamente. O primeiro está relacionado à prática profissional, que tem por tradição o reducionismo e a fragmentação. O autor afirma ser necessário um olhar mais abrangente por parte do profissional, capaz de perceber todas as demandas, ditas ou silenciadas. O segundo sentido vem como crítica à dicotomia existente entre as ações de caráter individual e curativo e as do campo da saúde pública. Defende a articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. O último sentido refere-se às respostas governamentais

dadas aos problemas de saúde da população, que tende a ser fragmentada, de forma a responder a um determinado problema ou aos problemas que atingem a um determinado grupo populacional. Giovanella et. al.³ comungam desses sentidos em grande parte. O trabalho desenvolvido por esses autores buscou operacionalizar o conceito da integralidade para avaliar os sistemas municipais de saúde, a partir de quatro dimensões. Duas delas já trabalhadas por Mattos – a abordagem integral do indivíduo e a articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. O trabalho de Giovanella et. al. vem contribuir com esse estudo ao atribuir ao termo mais duas dimensões. A primeira diz respeito à primazia das ações de promoção e prevenção, estando relacionada a mudança da concepção acerca do processo saúde/doença. A segunda diz respeito à organização da rede de serviços e prevê a articulação entre os diferentes níveis de assistência – baixa, média e alta complexidade. Cecílio⁴ também afirma que a integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões. A primeira, denominada “integralidade focalizada” está relacionada à relação entre os profissionais de uma mesma equipe e do profissional com o usuário, que deve ser pautada por uma prática mais humanizada, capaz de compreender todas as necessidades de saúde da população. Essa dimensão estaria voltada ao espaço da micropolítica em saúde. Porém, a integralidade não pode nunca se realizar em um único serviço. Dessa forma, o autor afirma que sem o acesso a todos os níveis de atenção não há integralidade. A articulação da rede seria a segunda dimensão trabalhada pelo autor, denominada por ele de “integralidade ampliada”. Hartz et. al.⁵ afirmam que o conceito de integralidade remete obrigatoriamente ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum serviço ou nível de atenção é capaz de

dar respostas a todas as necessidades de saúde de uma população. Os serviços de saúde são criados de forma a compor uma rede que deve funcionar de maneira contínua.

Cabe ainda ressaltar que a dificuldade de operacionalização da integralidade pode relacionar-se ao fato dessa diretriz reunir em si grande parte das características que se têm como primordial para o bom funcionamento do sistema.

Ainda em relação aos sentidos acima apontados, podemos perceber que cada um apresenta-se em um estágio diferenciado de implementação. A partir de pesquisas anteriores, percebemos que dentre os sentidos apresentados o que tange a organização da rede de serviços de saúde, ainda é o que encontra maiores obstáculos, influenciando diretamente na não garantia do direito à saúde.

Com a expansão da Atenção Básica (AB), principalmente a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o acesso a esse nível foi facilitado. Porém, tem-se encontrado dificuldades em fazer avançar junto a essa expansão da AB o restante da rede. Isso tem gerado uma incapacidade de construção de fluxos contínuos e ininterruptos, o que se faz necessário à produção do cuidado, já que o conjunto de necessidades de saúde de uma população requer atenção em diferentes níveis, a partir de um conjunto diversificado de tecnologias.⁴

Dessa forma, esse trabalho tem como pressuposto que a integração da rede de serviços de saúde, a partir da conformação dos diferentes fluxos nela estabelecidos, se faz necessário à efetiva implementação da integralidade, de forma a garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado.

MÉTODO

Nesse trabalho foi utilizada a abordagem qualitativa, por melhor se adequar aos objetivos do estudo. Segundo Minayo⁶, esse tipo de abordagem permite um aprofundamento maior da realidade, à medida que trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes não mensuráveis (sensíveis) a uma fórmula numérica.

A pesquisa analisou a integração da rede de serviços de saúde do município de São Gonçalo, região metropolitana do Rio de Janeiro. A escolha do campo de pesquisa está relacionada a participação em pesquisa anterior no mesmo município, entre os anos de 2005 a 2007, e pelos alarmantes indicadores sócio-demográficos e de serviços de saúde do município. São Gonçalo é um município com grande densidade populacional localizado na periferia metropolitana do estado e que apresenta um grande déficit de infra-estrutura urbana e de serviços sociais e de saúde.

Buscando conjugar informações provenientes de diferentes fontes, a pesquisa foi desenvolvida em diversas etapas inter-relacionadas: levantamento bibliográfico, pesquisa de dados secundários e obtenção de dados primários.

A obtenção de dados primários ocorreu através da aplicação de roteiros de entrevistas com atores sociais importantes nesse processo, a saber: gestores locais e profissionais de saúde e usuários vinculados a ESF. Foram escolhidas três unidades de saúde da família (USF) localizadas em distritos políticos-administrativos diferentes no município, no intuito de analisar também se havia diferença na oferta e no acesso aos serviços de saúde em cada um desses distritos. As equipes entrevistadas foram escolhidas pela coordenação da ESF, respeitando alguns critérios,

como tempo de implantação da equipe e existência de infra-estrutura mínima. Para os usuários, a seleção dos entrevistados levou em consideração ter diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica, sendo esse um traçador para análise da integração entre os diferentes níveis do sistema de serviços de saúde no município, devido a sua relevância epidemiológica, a responsabilidade imposta à atenção básica no seu acompanhamento e controle e, sobretudo, a exigência de ações nos distintos níveis de atenção do sistema para acompanhamento da referida patologia.

Cabe ressaltar que todas as entrevistas foram gravadas, após o consentimento do entrevistado e, posteriormente transcritas. Além disso, não foram entrevistados grupos vulneráveis, como crianças ou pessoas portadoras de deficiência.

Para analisar os dados coletados foi utilizado a “Análise de Discurso”⁷, sendo essa técnica de análise a mais pertinente aos interesses desse estudo. Após leituras prévias, foi realizada a codificação do material a partir de oito categorias de interesse, a saber: noções de integralidade, acesso às especialidades, acesso aos exames, acesso aos medicamentos, acesso aos serviços de urgência e emergência, acesso às internações eletivas, estratégias gerais e dificuldades gerais. Posteriormente, a análise, propriamente dita, foi realizada a partir de cada categoria de interesse, e também, analisando o discurso dos atores entrevistado separadamente. Visto que todo discurso é social e historicamente construído, e o local que cada ator ocupa na sociedade traz um significado diferente à análise. Além disso, na Análise de Discurso é importante estar atento a cada detalhe, identificando inclusive, o que não foi dito. Por isso, todo o trabalho de campo, assim como as transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora, sendo essas fases riquíssimas do processo de pesquisa.

Conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, referidas na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, este trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF), sendo aprovado no dia 13 de fevereiro de 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

NOÇÕES DE INTEGRALIDADE

Apesar da dificuldade de compreensão por parte de alguns atores entrevistados, o que é compreensível, diante da polissemia do termo já assumida em consenso pelos principais autores da área, é possível perceber através das falas analisadas que a discussão da integralidade já se faz presente em todos os espaços. Todos os atores fizeram menção a alguma dimensão da integralidade já trabalhada pelos autores apresentados nesse trabalho, principalmente no que diz respeito à abordagem integral do indivíduo, à articulação das ações de promoção e prevenção e à articulação da rede de serviços de saúde.

Cabe ressaltar ainda que, apesar da noção de integralidade que sustenta esse trabalho ser a menos trabalhada pelos principais autores, foi a mais mencionada pelos entrevistados. Acredita-se que a relevância da integração da rede para os entrevistados se deve tanto à maior dificuldade para que ela seja efetivamente posta em prática, chamando assim maior atenção dos atores envolvidos, quanto pelo que isso implica diretamente no cotidiano de cada um deles. Seja para o gestor, assim colocado como um imenso desafio para a política de saúde local. Seja para o profissional, que muitas

vezes, vê seu trabalho tornar-se não resolutivo, por conta das dificuldades enfrentadas de acesso aos demais níveis de atenção necessários à continuidade do cuidado. Seja para o usuário, que convive diariamente com as barreiras de acesso impostas pelo sistema, prejudicando a sua saúde e interferindo diretamente na sua qualidade de vida.

Para os gestores entrevistados, o que eles chamam de “integralidade nas ações”, que seria a articulação entre os diversos níveis de atenção, ainda é um grande desafio, mas também uma preocupação constante que vem sendo discutida e trabalhada pela atual gestão municipal. Ao mesmo tempo em que eles assumem que o município não possui uma rede integrada, apresentam preocupação e propostas para mudança dessa realidade, sendo esse um ponto positivo.

Os profissionais também retratam a dimensão trabalhada, principalmente, afirmando que por não haver essa articulação, o usuário não é atendido em todas as suas necessidades de saúde.

ACESSO AOS SERVIÇOS

São inúmeras as dificuldades apresentadas pelos atores entrevistados. Primeiramente, há uma dificuldade que perpassa a constituição do município e que se coloca como um grande limite à construção de um sistema de atenção integral. São Gonçalo é um dos maiores municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro. Apresenta uma grande extensão territorial e uma população estimada de mais de um milhão de habitantes. Outra característica importante é que apesar da enorme população, a sua arrecadação é baixa, dificultando a sua gestão. Além disso, a população é majoritariamente dependente do setor público de saúde.⁸

Outra característica perceptível é que a oferta de serviços públicos, principalmente de saúde, é insuficiente diante da grande demanda. Tanto o número de unidades de saúde, quanto de profissionais não é suficiente para atender ao município. Essa relação desfavorável oferta x demanda gera uma dificuldade de acesso a esses serviços. O número reduzido de profissionais além de dificultar o acesso, compromete também a qualidade do cuidado, pois o profissional trabalha constantemente pressionado pela grande demanda, não conseguindo realizar um trabalho de qualidade.

Desde 2001 vem ocorrendo um grande investimento na AB no município, sendo sua reorganização reestruturada a partir da ESF. Com a expansão e o fortalecimento dessa estratégia o acesso à saúde certamente foi ampliado, porém somente no que diz respeito à AB. Essa mesma expansão não foi acompanhada pelos demais níveis. Fora que a ampliação do acesso na AB, conseqüentemente aumentou a demanda por outros serviços.

Apesar do município possuir unidades de referência para as especialidades, não há um fluxo previamente estabelecido. Ou melhor, não há uma regionalização da rede e nem o estabelecimento de referências para determinada unidade. Ou seja, o usuário pode se dirigir à unidade que desejar. E dessa forma não há nenhuma garantia de que ele seja atendido em determinada unidade, e nem a obrigação de uma determinada unidade em se responsabilizar por aquele usuário (exceto nas Unidades de Saúde da Família). Além disso, diante da realidade apresentada, já se conclui que não há no município nenhuma instância de regulação das consultas, como por exemplo, uma central de marcação. A existência de centrais de marcação de consultas e exames especializados é um dos critérios apresentados por Giovanella et. al.³ para avaliação da dimensão abordada, a saber: a garantia de

articulação entre os três níveis de assistência - básica, média e alta complexidade. Segundo os autores, apesar do importante papel desempenhado na organização do sistema, são poucas as experiências de implantação dessas centrais nos municípios brasileiros.

Além da demanda reprimida para especialidades existentes no município, há especialidades não cobertas, sendo necessário encaminhar o usuário ao município vizinho. Nesses casos, uma das tendências tem sido a construção de Consórcios Intermunicipais, já prevista na legislação do SUS. Esses consórcios fazem parte de uma “estratégia de cooperação entre municípios cujo objetivo principal é garantir atendimento à população dos municípios de pequeno e médio porte que não possuem em seu território todos os níveis de complexidade do sistema de saúde”.³ Apesar de São Gonçalo não ser um município de pequeno e médio porte, necessita contar com o apoio de municípios vizinhos, principalmente Niterói, para oferecer serviços de média e alta complexidade à população.

A grande demanda no acesso às consultas condiciona a população a enfrentar enormes filas, geralmente, de madrugada, o que já deixa à margem grande parte da população, por diversos fatores: pela violência, principalmente entre os que residem em área de risco; pela dificuldade de transporte, pois há áreas em que não há circulação de transporte coletivo durante a madrugada; pela dificuldade financeira; e pelo risco de agravar o estado de saúde da população. Além disso, com o alto índice de desemprego e os precários vínculos trabalhistas atualmente existentes, o que garante pouco ou nenhum direito aos trabalhadores, a população não pode se dar ao luxo de dedicar parte do seu tempo com o cuidado em saúde.

Toda essa dificuldade relatada e freqüentemente enfrentada pela população faz com que as pessoas abandonem o tratamento. Visto que a busca por atendimento médico é um desgaste físico, mental, social e financeiro. Além disso, acaba por fazer com que as pessoas recorram às unidades de saúde apenas quando já estão com algum problema de saúde, caindo no esquecimento a discussão da prevenção da saúde. Discussoão essa que também retrata umas das dimensões atribuídas à integralidade, relativa a prioridade das ações de promoção e prevenção.³

A dificuldade no acesso as consultas especializadas também favorece para a superlotação das unidades de urgência e emergência, pois nessas unidades o atendimento é de certa forma garantido. Porém, essa realidade se coloca na contramão do atual sistema, que vem travando uma intensa luta contra o modelo biomédico, que tem por características, dentre outras, a centralidade no médico e nos aspectos biológicos do adoecer; fragmentação da atenção com ênfase nas especialidades; consumo acrítico das tecnologias, tendo como retaguarda o hospital.⁹

Com relação aos exames também há relatos de dificuldades parecidas com as relatadas em relação às consultas. Segundo os entrevistados, os exames laboratoriais mais básicos não são difíceis de conseguir, mas são realizados quase que em sua totalidade na rede privada. Já em relação aos exames de maior complexidade a dificuldade é maior, visto que a oferta pelo setor privado é menor, pois não é tão favorável financeiramente a esse setor.

Ainda em relação os exames de média e alta complexidade há uma certa regulação, embora não ainda conformada em uma Central. Esses exames passam pelo Pólo Sanitário e pelo setor de Contas Médicas da Secretaria de Saúde para autorização. Apesar de haver um fluxo estabelecido, o acesso não é garantido, muito

menos rápido. Primeiro, porque o município não oferta todos os serviços, e segundo porque toda essa burocracia não corre com tanta facilidade como descrito no papel.

Dessa forma, podemos perceber claramente que a maior dificuldade do município é com a média complexidade, principalmente, relacionado ao acesso às especialidades e aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Esse nível representa um verdadeiro gargalo no sistema, onde grande parte da população acaba por abandonar o tratamento nesse momento. Franco e Magalhães Jr.¹⁰ afirmam que apesar de nos últimos anos ter ocorrido um aumento na prestação de serviços especializados, de apoio e diagnóstico terapêutico, de média e alta complexidade, a referência para esses serviços ainda se apresentam como um ponto de estrangulamento na rede de serviços de saúde. O que se coloca como um desafio ao SUS no que diz respeito à efetividade da diretriz da integralidade.

Além da dificuldade de acesso as consultas especializadas e aos exames, o usuário ainda não tem garantido para sua recuperação o acesso aos medicamentos. Sem valorizar uma cultura medicamentosa, mas em grande parte dos casos a utilização do medicamento é fundamental para a finalização do cuidado.

Podemos perceber que há uma grande dificuldade do município em manter o fornecimento regular dos medicamentos, incluindo os medicamentos da farmácia básica. Além disso, quando chega, a quantidade não é suficiente para toda a população. Não é garantido medicamento nem para os grupos considerados prioritários, como os hipertensos e diabéticos, mesmo existindo um programa a nível federal para tal finalidade (Hiperdia). Além disso, a falta do medicamento acaba gerando situações de emergência,

fazendo com que o usuário necessite acessar os serviços de urgência e emergência.

Além disso, foi possível perceber, na fala de muitos usuários, que eles tendem a “resolver” a falta de medicamentos que deveriam ser supridos pelo sistema de saúde através da compra, com recursos próprios, de medicamentos genéricos em farmácias populares. Se analisarmos bem essa condição, perceberemos a contradição aí existente, pois a população que teoricamente teria direito aos medicamentos – entendido como parte do direito universal à saúde – acaba por arcar com mais um gasto com sua saúde. Isso sem falar que, muitas vezes, para ter seu direito garantido, a população precisa acessar o sistema judiciário, sendo que grande parte da população desconhece esse sistema e a forma de acesso a ele.

Na oportunidade, é importante salientar que o aumento da expectativa de vida tem se colocado como um grande desafio para a saúde pública, pois as pessoas estão envelhecendo, mas nem sempre com saúde. Não há uma cultura do cuidado, principalmente entre as pessoas mais idosas, fruto de um modelo procedimento centrado que predominou durante muitos anos. A discussão em torno da promoção e prevenção da saúde é recente. Até então o conceito de saúde estava totalmente ligado a ausência de doença. Dessa forma, as pessoas estão envelhecendo e cada vez mais necessitando de cuidados de saúde.

Mudando de assunto, mas não fugindo do foco, cabe ressaltar que mesmo com todo investimento na AB, as unidades de urgência e emergência continuam sendo a principal porta de entrada do sistema. Sendo assim, a demanda por esses serviços é muito grande, gerando uma imensa demora no atendimento. Além disso, as unidades ainda estão em condições precárias de infra-estrutura e falta de profissional.

A rede de urgência e emergência no município não consegue suprir toda a demanda da população. Principalmente, porque somado ao mau funcionamento da rede que colabora para a superlotação das unidades de urgência e emergência, predomina uma cultura hospitalocêntrica da população. Primeiro pela grande influência do modelo biomédico, no qual prevalece uma medicina curativa e individual. E segundo, porque ainda é no hospital que a população consegue resolver seus problemas. Dessa forma, para haver uma mudança cultural é necessário que a população consiga ser atendida adequadamente na atenção básica.

Com relação às internações eletivas, grande parte dos entrevistados não sabia nos fornecer nenhuma informação, e outros tinham dificuldades para relatar o fluxo para acesso. De qualquer forma, a população costuma enfrentar também todas as dificuldades já relatadas acima. Em relação às cirurgias eletivas, a demora e a burocracia são tão grandes, que quando o usuário consegue a vaga, os exames já passaram da validade; o usuário já descompensou; já teve que realizar a cirurgia de emergência; ou já até faleceu. Diante dessa situação quando os médicos diagnosticam na unidade básica a necessidade de uma cirurgia, se for algo que possa ser caracterizado como emergencial, ainda que não seja urgente, alguns encaminham para a emergência, sendo essa uma estratégia para acesso mais rápido.

Dessa forma, podemos perceber claramente que o acesso aos serviços de saúde no município - seja de baixa, média ou alta complexidade - se coloca como um limite à integralidade.

MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Um aspecto primordial no que diz respeito a integração da rede, inclusive também apresentando por Giovanella et. al.³ como um dos critérios para avaliação da rede, é a existência de mecanismos de referência e contra-referência. O município tem implantado uma guia de referência e contra-referência, mas que não funciona da forma adequada. Não há um compromisso por parte dos profissionais com a qualidade da informação prestada. Em relação à referência ainda é possível ver alguns profissionais fornecerem informações básicas para subsidiar o atendimento, geralmente, do especialista. O mesmo não ocorre com a contra-referência. Geralmente, é o próprio paciente que traz um retorno ao profissional do que foi feito pelo especialista.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria n.º 648, de 28/03/2006¹¹, preconiza que a coordenação do cuidado deve se dar a partir da atenção básica, organizada, principalmente, pela ESF. Porém essa coordenação fica comprometida a partir do momento em que não se tem estabelecido um fluxo de referência e contra-referência dentro do sistema. Como é possível os profissionais da ESF coordenarem o cuidado da sua população, se quase que em sua totalidade quem retorna o que foi feito fora daquela unidade é o próprio usuário? Sem contar que a cobertura da ESF no município abrange, aproximadamente, cinquenta por cento da população. Para os demais, essa articulação do cuidado se torna ainda mais complicada diante da fragilidade da rede de atenção básica em geral.

A mesma coisa acontece em relação às unidades básicas e a rede de urgência e emergência. Não há uma interlocução entre essas unidades, funcionando como se fossem instituições

autônomas, não fazendo parte de uma mesma rede. Alguns profissionais encaminham verbalmente os usuários para que dêem continuidade ao tratamento a nível ambulatorial. Mas, isso não é um protocolo, depende da postura de cada profissional. E dentre os que fazem, nem sempre há uma preocupação com a qualidade do encaminhamento. Na maioria das vezes, é feito de forma mecânica, sem orientação adequada.

DIFICULDADES GERAIS

Vale destacar que mesmo com todas as dificuldades relatadas, ainda ocorre uma certa “culpabilização” da vítima: o usuário que deveria ter o acesso aos serviços de saúde garantidos passa a ser culpado por não conseguir. Foi recorrente entre os profissionais de saúde o entendimento de que o usuário que não consegue agendar as consultas e exames nos outros níveis de sistema não o faz por falta de empenho pessoal. No entanto, sabe-se que esse acesso já deveria estar previamente garantido, sem ter que o usuário enfrentar uma maratona para ter seu direito à saúde respeitado.

Para além de todas as dificuldades já relatadas, um dos grandes obstáculos à conformação do sistema é o desconhecimento por parte tanto dos profissionais quanto dos usuários do perfil de cada unidade de saúde, fazendo com que não seja respeitada a hierarquia do sistema de forma a otimizar os recursos. Não há uma socialização das informações acerca dos serviços ofertados e do funcionamento da rede.

Outra dificuldade relevante é a força que o setor privado possui na rede, que diretamente está articulado com o cenário

político no município. Assim como é forte a interferência política, independente da articulação com o setor privado.

Contudo, boa parte dos profissionais e usuários entrevistados atribui as dificuldades do município à má gestão, relatando que não há um efetivo planejamento e, sobretudo, vontade política para mudar efetivamente a realidade do município.

ESTRATÉGIAS FORMAIS E INFORMAIS

Para enfrentar todas as dificuldades de acesso acima relatadas, algumas estratégias têm sido utilizadas pela população. Uma delas é recorrer ao setor privado, principalmente às clínicas chamadas populares, que oferecem serviços com valores mais acessíveis à população. Percebe-se, inclusive, que a quantidade dessas clínicas tem aumentando consideravelmente nos últimos anos no município. Clínicas essas, muitas das vezes, que não possuem uma infra-estrutura adequada, nem profissionais qualificados para atender a população. Além disso, para muitos usuários o acesso só é garantido através de um contato político ou de algum familiar ou amigo que trabalhe na rede, sendo essa uma das estratégias informais a qual a população tem recorrido. O problema é que isso contradiz o princípio de saúde como direito universal que orienta o SUS, pois não garante acesso igual a todos os cidadãos. Além disso, essa situação vem comprometendo o processo democrático eleitoral, visto que, muitas das vezes, esse acesso é garantido através da “compra de votos”. Ou seja, utilizam-se do sistema público e universal de saúde para fins particulares e/ou eleitoreiros.

Além dos usuários, os próprios profissionais utilizam estratégias, na maioria das vezes, informais para atender a

demanda. Diante das barreiras de acesso, os entrevistados afirmam estabelecer vínculos e criar redes informais, através de contatos profissionais e pessoais para encaminhamento dos seus usuários.

A própria gestão vem utilizando estratégias para reorganizar a rede de serviços de saúde e garantir um maior acesso da população. Uma das prioridades da gestão é investir na descentralização das ações dentro do território, principalmente no que diz respeito aos programas estratégicos. A descentralização desses programas permite que a população tenha acesso mais próximo a sua residência, sem ter que se deslocar muito. Isso propicia não só uma maior integração da rede, nem que seja nos territórios, como também, a continuidade do cuidado.

Na verdade, essa deveria ser uma prioridade, que o usuário fosse atendido em sua totalidade no seu território, pondo em prática os princípios da regionalização e da territorialização. É necessário apenas ter cuidado, como ressalta Mattos¹², na questão do estabelecimento de territórios. Cabe discutirmos aqui a idéia de “lugar onde se vivem”. O pressuposto que embasa o nosso sistema é que as pessoas sejam atendidas mais próximo aos seus locais de residência. Porém, diante da complexidade do mundo contemporâneo o lugar onde se vive ou onde se passa a maior parte do tempo nem sempre é o lugar onde se reside. Com as mudanças no mundo do trabalho, muitas pessoas precisam se deslocar das suas residências para os grandes centros urbanos em busca de emprego, passando boa parte do tempo distante do lugar em que residem.

São Gonçalo pode ser considerada uma cidade-dormitório, pois grande parte da população apenas reside no município, passando a maior parte do seu tempo em outros municípios, onde a oferta de emprego é maior. Isso dificulta o acesso da população aos

serviços de atenção básica e de média complexidade, diante da incompatibilidade de horários (horário em que a população encontra-se em seu território e o horário de funcionamento dessas unidades), fazendo com que a população tenha que recorrer aos serviços de urgência e emergência, que funcionam em tempo integral.

Outra estratégia formal que a gestão vem apostando é na expansão e consolidação da ESF, já estando comprovada a sua imensa contribuição na garantia do acesso de grande parte da população aos serviços de saúde, principalmente, ao aproximar-se da população. E nesse sentido, os agentes comunitários de saúde exercem um papel fundamental, no estabelecimento de vínculos com os profissionais e a unidade. Porém, esse trabalho de base fica limitado se a população não tiver acesso aos demais níveis. Como esse acesso é dificultado, acaba por ocasionar um descrédito também em relação a ESF, que passa a se tornar sem resolutividade.

Têm sido desenvolvidas também no município algumas atividades educativas e esportivas, que contribuem positivamente no cuidado, conscientizando a população da importância do cuidado em saúde. Porém, ainda que essa iniciativa tenha a participação da gestão em parceria com outras instituições, não há uma articulação formal estabelecida com as unidades de saúde daquele território para encaminhamento dos usuários.

Outra característica apontada como primordial para o bom funcionamento da rede, influenciando assim diretamente no cuidado, é a relação que o profissional estabelece com cada usuário. Disso depende inúmeras questões: características pessoais, formação profissional, questão salarial e, principalmente, vínculo trabalhista. É preciso que os profissionais tenham compromisso com o seu trabalho, principalmente, na qualidade do encaminhamento e na

racionalidade no uso da rede. Outra questão primordial é o vínculo trabalhista estabelecido. A realização de processos seletivos e, principalmente, de concurso público permite uma maior fixação do profissional, contribuindo para a diminuição da rotatividade e comprometendo-os mais com o trabalho. Podemos perceber no município trabalhado que o vínculo estabelecido com os profissionais dificulta demasiadamente o desenvolvimento das ações. Uma parcela significativa dos profissionais de saúde é contratada, principalmente entre os que compõem as Equipes de Saúde da Família. Ainda que tenham sido submetidos a processo seletivo, o frágil vínculo trabalhista favorece à grande rotatividade dos profissionais, dificultando o estabelecimento de vínculos e a adequada assistência à população.

REFERÊNCIAS

1. Paim, JS. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury, S, organizadores. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.11 a 24.
2. Mattos, RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A, organizadores. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2001. p. 39-64.
3. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate 2002; 26:37-61.
4. Cecilio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. Os sentidos da integralidade na

atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2001. p.113-26.

5. Hartz, ZMA e Contandriopoulos, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para a implantação de um sistema sem muros. Rev Saúde Pública 2004; 20 (Supl 2): p.331-36.

6. Minayo, MCS, organizadores. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1997.

7. PoupardT, J. et. al, organizadores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.

8. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: TCERJ; 2009.

9. Merhy, EE.; Franco, TB. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde. In: MERHY, E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2000.

10. Franco, T. e Magalhães JR., HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Marhy, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Rio de Janeiro: Hucitec; 2003.

11. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: DAB/Ministério da Saúde; 2006.

12. Mattos, R. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2007.p. 369-83.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da referência teórica trabalhada, podemos afirmar que, ao mesmo tempo, que os autores comungam do significado, digamos mais amplo, do termo integralidade, de crítica ao modelo biomédico, por outro lado, cada abordagem traz um olhar diferenciado sobre o assunto. Mattos (2001), embora, se remeta em seu artigo ao nível da gestão do sistema, faz referências apenas à necessidade de articulação das ações preventivas e curativas e a preocupação em dar respostas aos problemas de saúde da população de uma forma mais integral, enxergando o indivíduo em sua totalidade. Mas, ele não faz menção diretamente, nesse primeiro trabalho, à articulação da rede de serviços de saúde. Porém, seu texto abre à discussão sobre o assunto, tendo assim sua relevância reconhecida. Já o trabalho desenvolvido por Giovanella et. al. (2002) embora em seu trabalho não se restrinja em conceituar o termo integralidade, mas também operacionalizá-lo para avaliar os sistemas municipais de saúde, eles apontam claramente o sentido priorizado nesse trabalho, retratada em uma das dimensões trabalhadas pelos autores - garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica. As contribuições de Hartz et. al. (2004) também são de extrema importância, ao afirmar que o conceito de integralidade remete obrigatoriamente ao de integração de serviços por meio de rede assistenciais, reconhecendo que nenhum serviço ou nível de atenção é capaz de dar respostas a todas as necessidades de saúde de uma população. As contribuições dadas por Cecílio (2001) também se aproximam do objetivo desse trabalho, principalmente por ele centrar a atenção no usuário. Não podemos pensar a integralidade simplesmente como acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema. É preciso

direcionar o olhar para o usuário, para as suas necessidades de saúde, que na maioria das vezes, não são atendidas em um único lugar. Por isso, a necessidade de existirem diferentes serviços, e desses serviços estarem articulados, configurados em uma rede que seja capaz de enxergar e atender o usuário em sua totalidade. Dessa forma, a garantia da integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto de uma batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário.

O modelo de regionalização e hierarquização presentes no atual sistema de saúde (SUS) exige que essa rede esteja constantemente articulada através de fluxos previamente estabelecidos. Caso essa articulação não consiga se manter esse modelo poderá tender ao fracasso, sendo inúmeras as consequências desse fracasso. Todo o esforço concentrado na expansão da atenção básica, principalmente a partir da ESF permitiu mudanças significativas na política de saúde, principalmente no que tange o acesso a esses serviços. Muitas pessoas que nunca antes tinham tido acesso aos serviços de saúde no Brasil, tiveram acesso garantido, ainda que limitado, através dessa estratégia. Porém, se essa expansão não for acompanhada do investimento nos demais níveis que compõe a rede, a Saúde da Família acabará se configurando como um programa focalizado. Além disso, essa situação acaba por restringir aos mais pobres a oferta dos serviços apenas no âmbito da atenção básica.

Como já foi mencionado, ainda há enraizado na população brasileira uma cultura hospitalocêntrica, que prioriza as unidades de maior complexidade, por achar que o hospital é o único lugar onde se terão os problemas de saúde resolvidos. A dificuldade no acesso aos serviços de saúde que extrapolam a atenção básica, principalmente, aos serviços especializados e de apoio diagnóstico e

terapêutico, reforça essa cultura. Com isso, há uma deslegitimação dessas unidades e uma sobrecarga, sobretudo, nos serviços de urgência e emergência, pois essas unidades possuem mesmo que minimamente um suporte assistencial (exames, medicamentos) imediato.

O ideal de saúde que fundamenta os princípios e as diretrizes do SUS não é utópico, embora o grau de dificuldade em se concretizar esses ideais seja elevado. Apesar do SUS ainda não ter alcançado sua plenitude em termos operacionais, muitos obstáculos já foram ultrapassados, atribuindo a política inúmeras conquistas. Hoje, o SUS já é uma realidade em todo o território nacional, embora cada região se encontre em um estágio diferente de implementação do sistema.

Retornando o foco para o município estudado, podemos perceber que a rede de serviços de saúde do município ainda não está estruturada a partir da diretriz da integralidade. Inúmeras são as dificuldades enfrentadas pelo município para alcançar a efetividade que se almeja. É preciso reconhecer que alguns fatores dificultam o trabalho da gestão, principalmente, por ser São Gonçalo um município tão grande e populoso, que exige uma ampla rede de serviços. E, certamente, quanto maior a rede, mais difícil é a sua articulação. Além disso, a realidade do município não se distancia da realidade dos demais centros urbanos, que também enfrentam inúmeras dificuldades na oferta dos serviços de saúde à população e, principalmente, na articulação da rede.

Ainda que timidamente, o município conseguiu avançar na expansão da AB nos últimos anos. Porém não possui reunidas as condições de dar continuidade às ações desse nível, principalmente no que diz respeito à articulação da ESF à rede. A consolidação da diretriz se distancia ainda mais quando se trata do acesso aos níveis

de maior complexidade do sistema, incluindo os serviços de apoio e diagnóstico e de reabilitação. Além do município não garantir esse acesso em sua própria rede, não consegue se articular a outros municípios da sua região, para que atenda a essa demanda reprimida. Situação essa, agravada pela inexistência de um fluxo formal e do estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência.

Contudo, a criação de protocolos de atendimento e de fluxos formais dentro da rede; a criação de uma central de marcação de consultas e exames e de uma central de regulação de internações; um trabalho de conscientização da população e, principalmente, dos profissionais quanto a organização e, sobretudo, a hierarquização do sistema, de forma a otimizar os recursos; a criação de consórcios intermunicipais como uma estratégia de cooperação entre municípios; dentre outras estratégias, podem ser primordiais para que o município comece a trilhar o caminho certo, rumo a um sistema que garanta atenção integral a toda a população.

Em síntese, constatou-se que a garantia do cuidado integral como sinônimo de acesso garantido a todos os níveis de atenção e a todas as necessidades de saúde da população verdadeiramente é um grande desafio a ser enfrentado pela gestão municipal, sendo inúmeros os limites postos a essa integração.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Interface, São Paulo, vol. 9, n.16, 2005.

ARRETCHE, Marta. *Tendências no estudo sobre avaliação*. In: RICO, Elizabeth Melo (org). *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1999.

BARROS, M. E. B. *Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. e Ceccim, R. (orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde (n.º 8.080)*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. *Norma Operacional Básica/1996 – Portaria N.º 2.203*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. *Pacto pela Saúde – Portaria N.º 399/GM*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família*. Portaria N.º 1886/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. Brasil, Outubro, 2003.

_____. *Intersetorialidade e integralidade: prioridade no cuidado aos hipertensos e diabéticos*. In: Informe da Atenção Básica, ano VI. Brasília: Ministério da Saúde, julho/agosto de 2005.

_____. *Política Nacional de Atenção Básica: Série Pactos pela Saúde* 2006. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BAUER, Martin W. e GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

CAMARGO JR, K. R. *Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade*. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO 2002.p. 35-44.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B. e CORDONI JR., L. *A organização do Sistema de saúde no Brasil*. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L.(orgs). *Bases da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO/UEL, 2001. p. 27-56.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.5, p. 1400-1410, 2004.

CECILIO, L. C. O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO 2001. p.113-126.

CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. Coleção Progestores. Brasília: CONASS, 2003.

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

COSTA, A. M. *Integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol. 13, n. 3, 2004.

EPSJV e FIOCRUZ. (orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006. p.159-166

FLEURY, Sonia. *A questão democrática na saúde*. In: FLEURY, Sonia (org). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 25 a 41.

FRANCO, T. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO 2006.p. 459-473.

FRANCO, T. e MAGALHÃES JR., H. M. *Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado*. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2003.

GERHARDT, T. E. *Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor*. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org) *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO 2007.p. 279-300.

GIL, C. R. R. *Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.22, n.6, 2006.

GIOVANELLA, et al. *Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.26, n.60, jan/abr. 2002. p. 37-61.

HARTZ, Z. M. A. e CONTANDRIOPOULOS, A. *Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para a implantação de um sistema sem muros*. Revista Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, Sup 2, 2004. p. S331-S336.

KOIFMAN, L. e SAIPPA-OLIVEIRA, G. *As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária*. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO, 2006, v. 1, p. 245-260.

MARQUES, R. M., MENDES, A. *A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?* Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.18, 2002.

MATTOS, R. A. *Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A.(orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO 2001. p. 39-64.

_____. *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Revista Saúde Pública, v. 20, n. 5, set/out. 2004. p. 1411-1416.

_____. *Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade*. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO 2007.p. 369-383.

MERHY, Emerson Elias. *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio*

sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia (org). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 125 a 141.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde*. In: MERHY, E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. - 10ª edição - São Paulo: Hucitec, 2007.

MONNERAT, Giselle Lavinias, SENNA, Mônica de Castro Maia e SOUZA, Rosimary Gonçalves de. *A reorganização dos serviços de saúde no cenário local*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 07, n. 03,2002. p. 509-521.

ORIOLO, Maria Aparecida Machado. *O Programa Saúde da família do município de Itaperuna – Estado do Rio de Janeiro: avaliação da implementação e metas propostas*. Tese de Mestrado apresentada à Escola de Serviço Social, Niterói, UFF, 2006.

PAIM. J.S. *Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira*. In: FLEURY, Sonia (org). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11 a 24.

PINHEIRO, R. *As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A.(orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC - ABRASCO 2001. p. 65-112.

POUPART, J. et. al. (org) *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

POZ, M. R. D. e VIANNA, A. L. *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. PHISIS - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 15, 2005.

SENNA, M. C. M. *Racionalidade Técnica e Lógica Política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo – RJ*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2004. Tese de Doutorado.

SENNA, M. C. M. et al. *Implementação da integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde: um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro*. Relatório Final da Pesquisa CNPq. Niterói: UFF, 2007.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

Yin, R. K. *O estudo de caso: planejamento e métodos*. São Paulo: Bookman, 2003.

ANEXOS

ANEXO I

RELAÇÃO DE BAIRROS POR DISTRITO POLÍTICO ADMINISTRATIVO

1º DISTRITO SÃO GONÇALO (30 BAIRROS)	2º DISTRITO IPIÍBA (20 BAIRROS)	3º DISTRITO MONJOLOS (17 BAIRROS)	4º DISTRITO NEVES (13 BAIRROS)	5º DISTRITOS SETE PONTES (10 BAIRROS)
Alcântara	Almerinda	Barracão	Boa Vista	Barro vermelho
Antonina	Amendoeira	Bom retiro	Camarão	Covanca
Boaçu	Anaia Grande	Gebara	Gradim	Engenho Pequeno
Brasilândia	Anaia Pequena	Guarani	Mangueira	Morro do Castro
Centro	Arrastão	Jardim Catarina	Neves	Novo México
Colubandê	Arsenal	Lagoinha	Parada 40	Pita
Cruzeiro do Sul	Coelho	Laranjal	Paraíso	Santa Catarina
Estrela do Norte	Eliane	Largo da Idéia	Patronato	Tenente Jardim
Fazenda dos Mineiros	Engenho pequeno	Marambaia	Porto da Madama	Venda da Cruz
Galo Branco	Ieda	Miriambi	Porto Novo	Zumbi
Ilha de Itaóca	Ipiíba	Monjolos	Porto da pedra	
Itaúna	Jardim Amendoeira	Pacheco	Porto Velho	
Lindo Parque	Jockey	Raul Veiga	Vila Lage	
Luiz Caçador	Maria Paula	Tiradentes		
Mutondo	Nova República	Vila Três		
Mutuá	Rio do ouro	Vista Alegre		
Mutuaguaçu	Sacramento	Santa Luzia		
Mutuapira	Santa Izabel			
Nova Cidade	Várzea das Moças			
Palmeiras	Vila Candosa			
Porto do Rosa				
Recanto das Acácias				
Rocha				
Rosane				
Salgueiro				
São Miguel				
Tribobó				
Trindade				
Vila Iara				
Zé Garoto				

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Limites e possibilidades de construção da integralidade na organização da rede de serviços de saúde de São Gonçalo – RJ.

Pesquisador Responsável: Juliana França Nogueira

Instituição: Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Federal Fluminense (UFF)

Telefones: (21) 2603-0915 – (21) 9224-4246

Nome _____ **do** _____ **voluntário:**

Idade: _____ anos **R.G.** _____

O(A) Sr.(^a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Limites e possibilidades de construção da integralidade na organização da rede de serviços de saúde de São Gonçalo – RJ”, sob minha responsabilidade. Essa pesquisa faz parte do desenvolvimento da minha tese de mestrado, sendo um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Tem por objetivo analisar os limites e possibilidades de construção da integralidade a partir da integração entre os diferentes níveis de atenção do sistema no município de São Gonçalo, evidenciando os fatores que facilitam ou dificultam o acesso a estes níveis, a partir dos fluxos estabelecidos. Esse estudo é de suma importância, pois só a partir da integração da rede que se poderá garantir a continuidade da assistência à saúde. Serão realizadas entrevistas

com os gestores locais, com os profissionais de saúde vinculados a Estratégia Saúde da Família e com usuários atendidos por esses profissionais. Todas as entrevistas serão gravadas, a partir do consentimento do entrevistado. O risco dessa pesquisa está relacionado a identificação do entrevistado. Para evitar esse risco as entrevistas serão numeradas, sendo esta a única forma de identificação. Em nenhuma hipótese serão revelados os nomes dos entrevistados e as informações obtidas através da pesquisa serão utilizadas somente para este fim, sendo todo o material destruído ao final dela. Todas as informações serão sigilosas e você poderá se opor a participar da em qualquer momento, mesmo já tendo concedido entrevista. Nesse caso, o material obtido será inutilizado. Não há nenhum benefício direto aos participantes da pesquisa. O benefício será coletivo, com vistas ao conhecimento aprofundado do sistema local de saúde, a fim de propor mudanças e melhorias para a política. Dessa forma, a sua participação é voluntária. Você não será penalizado por não participar da pesquisa e nem receberá nenhum benefício direto ao participar. Eu estarei me comprometendo a ir até o entrevistado todas as vezes que forem necessárias, não tendo o mesmo nenhum gasto por conta da sua participação nessa pesquisa. Todos os gastos provenientes com a pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

São Gonçalo, _____ de 2009.

Assinatura do Entrevistado

Eu, Juliana França Nogueira, RG nº 12.633451-5 (IFP), declaro ter fornecido todas as informações necessárias a participação do entrevistado acima descrito na pesquisa.

São Gonçalo, _____ de 2009.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE II

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Juliana França Nogueira, assistente social, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF, portadora do RG n.º 12633451-5 - IFP, **declaro** estar ciente dos compromissos que assumi em relação ao andamento da pesquisa e à integridade moral dos sujeitos em estudo, comprometendo-me a publicar todos os resultados obtidos, sejam eles favoráveis ou não e, ainda, declaro preservar a confidencialidade e o anonimato dos dados e relatos obtidos com os sujeitos da pesquisa, utilizando os dados em caráter científico para publicações futuras em periódicos relativos ao tema e na construção da dissertação para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva.

São Gonçalo, 27 de novembro de 2008.

Juliana França Nogueira

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES

1. Identificação

- 1.1. Nome
- 1.2. Idade
- 1.3. Profissão
- 1.4. Tempo que ocupa o cargo na Secretaria Municipal de Saúde
- 1.5. Trajetória profissional e política no município

2. Características centrais do setor saúde

- 2.1. Quais as prioridades do setor saúde no município hoje?
- 2.2. Quais os principais problemas do setor saúde encontrados atualmente no município?
- 2.3. Como está organizada a atual estrutura da Secretaria Municipal de Saúde?
- 2.4. O município conta com algum mecanismo de apoio do Ministério da Saúde?
- 2.5. O município conta com algum mecanismo de apoio da Secretaria Estadual de Saúde?
- 2.6. Como estão organizados, resumidamente, os serviços de saúde no município? (Fazer referência à atenção básica, a média e a alta complexidade)

3. Integralidade

- 3.1. O que o(a) senhor(a) entende por integralidade?
- 3.2. O(a) senhor(a) acha que no município o setor saúde está organizado a partir da diretriz da integralidade?

3.3. Quais as principais dificuldades para o alcance da integralidade no município?

3.4. Quais os fatores que tem facilitado esse alcance?

4. Organização da rede – Acesso à Atenção Básica

4.1. Qual a porta de entrada preferencial para acesso ao sistema de saúde no município?

4.2. Como está estruturada a atenção básica no município? (número de unidades, distribuição geográfica, caráter público ou privado, etc.)

4.3. Qual é a relação da ESF com as unidades básicas de saúde tradicionais?

4.4. A rede de serviços de saúde sofreu alterações em função da implantação da ESF no município?

4.5. Quais ações são realizadas pela ESF?

4.6. Qual a cobertura da ESF atualmente?

4.7. O restante da população também tem acesso à atenção básica?

4.8. Como se dá a articulação da ESF com as demais ações da atenção básica?

4.9. Em sua opinião, qual a resolutividade dos serviços de atenção básica no seu município?

4.10. Há demanda reprimida para as ações desse nível de atenção?

5. Organização da rede - Acesso à Atenção Especializada

5.1. Como está estruturada a atenção especializada no município? (número de unidades, distribuição geográfica, caráter público ou privado, etc.)

5.2. Qual a forma mais freqüente para o acesso a consultas especializadas no município?

5.3. O município possui alguma central de marcação de consultas?
Em caso afirmativo, como funcionam essas centrais?

5.4. Existem fluxos estabelecidos no sistema?

5.5. Existe algum mecanismo de referência e contra-referência no município? Em caso afirmativo, como funciona?

5.6. Há demanda reprimida para atenção especializada? Para quais especialidades?

5.7. A fila de espera é monitorada? Em caso afirmativo, de que modo?

5.8. Há definição de serviços especializados de referência para a ESF nas regiões/distritos de saúde?

5.9. Quais as principais dificuldades para a garantia de acesso à atenção especializada no município?

6. Organização da rede – Acesso aos serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico

6.1. Como estão estruturados os serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico no município? (número de unidades, distribuição geográfica, caráter público ou privado, etc.)

6.2. Quais são os mecanismos utilizados pelo município para organizar as referências para os serviços de apoio e diagnóstico terapêutico?

6.3. O município possui alguma central de marcação de exames?
Em caso afirmativo, como funciona essa central?

6.4. Os fluxos estão estabelecidos?

- 6.5. Há demanda reprimida para esses serviços? Para quais procedimentos?
- 6.6. A fila de espera é monitorada? Em caso afirmativo, de que modo?
- 6.7. Quais as principais dificuldades para a garantia de acesso a esses serviços?
- 6.8. Qual o tempo estimado para o retorno dos principais exames? (sangue, urina, fezes, raio-x, entre outros)
- 6.9. Quais exames a rede tem maior dificuldade de ofertar? Por quê?
- 6.10. Que tipos de exames podem ser solicitados pela ESF?
- 6.11. Há coleta de material para exames de laboratório nas USF? Para quais exames?
- 6.12. Os resultados dos exames de laboratório solicitados pelas ESF retornam à USF regularmente?
- 6.13. São agendadas regularmente consultas de retorno para o usuário para os resultados dos exames?
- 6.14. Para os exames que a rede municipal não consegue ofertar, como é atendida essa demanda?

7. Organização da rede – Acesso à atenção hospitalar

- 7.1. Como estão estruturados os serviços de atenção hospitalar no município? (número de unidades, distribuição geográfica, caráter público ou privado, etc.)
- 7.2. Quais os mecanismos utilizados pelo município para organizar as referências para internações no SUS?
- 7.3. Como é o processo de encaminhamento para internação?
- 7.4. O município possui ou participa de alguma central de controle de leitos? Em caso afirmativo, como funciona?

- 7.5. Os fluxos estão estabelecidos?
- 7.6. Há demanda reprimida para internações? Para quais áreas?
- 7.7. A fila de espera é monitorada? Em caso afirmativo, de que modo?
- 7.8. Quais as principais dificuldades para garantir o acesso às internações?
- 7.9. Existe algum mecanismo de referência e contra-referência entre as unidades de origem do usuário e as unidades de atenção hospitalar?

8. Organização da rede - Acesso aos serviços de urgência e emergência

- 8.1. Como estão estruturados os serviços de urgência e emergência no município? (número de unidades, distribuição geográfica, caráter público ou privado, etc.)
- 8.2. Como se estabelece a referência entre o ESF e os serviços de urgência e emergência?
- 8.3. Existe algum mecanismo de referência e contra-referência entre essas unidades?
- 8.4. Há definição de serviços de pronto-atendimento em todas as regiões de saúde?
- 8.5. Há demanda reprimida para esses serviços? Em caso afirmativo, o que vocês fazem com esses usuários?
- 8.6. Quais as principais dificuldades para garantir o acesso a esses serviços?
9. Para finalizar, entendendo integralidade como a integração da rede de serviços, a fim de garantir um cuidado integral a toda a população, quais as principais dificuldades enfrentadas e o que tem sido feito nesse sentido?

APÊNDICE IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Identificação

- 1.1. Nome
- 1.2. Idade
- 1.3. Profissão
- 1.4. Cargo
- 1.5. Tempo que ocupa o cargo
- 1.6. Trajetória profissional no município

2. Integralidade

- 2.1. O que você entende por integralidade?
- 2.2. Você acha que no município o setor saúde está organizado a partir da diretriz da integralidade?
- 2.3. Quais as principais dificuldades para o alcance da integralidade no município?
- 2.4. Quais os fatores que tem facilitado esse alcance?

3. Organização da Rede

- 3.1. Quando você começou a acompanhar o usuário (nome do usuário)?
- 3.2. O diagnóstico de hipertensão arterial foi feito nessa unidade?
Em caso negativo, você saberia me informar qual foi à unidade?
- 3.3. Quando há necessidade de encaminhamento para a **atenção especializada**, como se dá esse processo (protocolos, fluxos formais e informais, etc.)?
- 3.4. Qual o tempo de espera, em média, para a consulta especializada (diferenciar o tempo de acordo com a especialidade)?

- 3.5. Vocês costumam receber a contra-referência dessas consultas?
- 3.6. Há demanda reprimida para essas consultas? Para quais especialidades?
- 3.7. Quais foram as dificuldades enfrentadas para acesso a esse nível?
- 3.8. Quando há necessidade de **exames complementares**, como se dá esse processo (protocolos, fluxos formais e informais, etc.)?
- 3.9. Qual o tempo de espera, em média, para a realização desses exames (diferenciar o tempo de acordo com os exames – rotinas (sangue, raio-x, eletrocardiograma) e de maior complexidade (ultrasonografia, tomografia, ressonância))?
- 3.10. Há demanda reprimida para esses exames? Para quais procedimentos?
- 3.11. Quais foram as dificuldades enfrentadas para acesso a esse nível?
- 3.12. Quando há necessidade de **internação hospitalar**, como se dá este processo (protocolos, fluxos formais e informais, etc.)?
- 3.13. Qual o tempo de espera, em média, para internação hospitalar (excluindo os casos de urgência e emergência)?
- 3.14. Vocês costumam receber a contra-referência dessas internações?
- 3.15. Há demanda reprimida para internação hospitalar? Para quais áreas?
- 3.16. Quais foram as dificuldades enfrentadas para acesso a esse nível?
- 3.17. Como é feito o atendimento de **urgência e emergência** dos casos de hipertensão?
- 3.18. Quais foram as dificuldades enfrentadas para acesso a esse nível?
- 3.19. Como se dá o acesso aos **medicamentos**?

3.20. O município desenvolve alguma atividade educativa para hipertensão arterial?

3.21. Como se dá o acesso a essas atividades?

3.22. O usuário (nome do usuário) está participando de alguma dessas atividades?

3.23. Em síntese, na sua opinião, quais os principais problemas existentes na rede de serviços de saúde do município?

APÊNDICE V

ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Identificação

1.1. Nome

1.2. Idade

1.3. Profissão

1.4. Tempo que reside no município

2. Trajetória Assistencial

Eu gostaria que o(a) senhor(a) relatasse para mim toda a sua trajetória na rede, desde que o(a) senhor(a) descobriu que era hipertenso(a) até hoje.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)