

# Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família

ARTIGO ORIGINAL

COMPREHENSIVENESS ACCORDING TO THE PERCEPTION OF FAMILY HEALTH UNIT WORKERS

INTEGRALIDAD EN LA PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DE LA FAMILIA

Ísis Fernanda dos Santos Lima<sup>1</sup>, Fernanda Senna Lobo<sup>2</sup>, Karen Lidiane Bemfica de Oliveira Acioli<sup>3</sup>, Zenaide Neto Aguiar<sup>4</sup>

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a percepção de trabalhadores da saúde acerca do princípio da integralidade. Para isso, participaram de uma pesquisa cinco trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família da região leste da cidade de São Paulo. Optou-se pela abordagem qualitativa por meio de entrevista e análise temática. Emergiram dos discursos três categorias: integralidade como perfil e prática dos profissionais de saúde, com ênfase na humanização do cuidado; integralidade como organização do serviço e do processo de trabalho em saúde e integralidade como integração da unidade com outros serviços de saúde. Em cada dimensão desvela-se a percepção da ausência ou presença desse princípio como norteador da atenção à saúde, problematizando-se os avanços e entraves vivenciados e os desafios da mudança do modelo assistencial.

## DESCRIPTORIOS

Assistência Integral à Saúde  
Saúde da família  
Pessoal de saúde  
Enfermagem em saúde pública

## ABSTRACT

The objective of this study was to identify the perceptions of healthcare workers regarding the principle of comprehensiveness. To do this, a research was performed with five workers from a Family Health Unit located on the east side of São Paulo. This study was performed with a qualitative approach, using interviews and thematic analysis. Three categories emerged from the discourses: comprehensiveness as the profile and practice of healthcare professionals, focused on the humanization of care; comprehensiveness as the organization of the health service and working process; and comprehensiveness as the integration of the unit with other health services. In each dimension, it was revealed that the workers perceived the absence or presence of this principle as a guide for healthcare, problematizing the advancements and problems they experienced, as well as the challenges involved in changing the healthcare model.

## DESCRIPTORS

Comprehensive Health Care  
Family health  
Health personnel  
Public health nursing

## RESUMEN

El estudio objetivó identificar la percepción de trabajadores de salud acerca del principio de integralidad. Participaron de la investigación cinco trabajadores de una unidad básica de salud de la familia de la región este de la ciudad de São Paulo. Se optó por abordaje cualitativo mediante entrevista y análisis temático. De los discursos, emergieron tres categorías: integralidad en cuanto a perfil y práctica del profesional de salud, con énfasis en la humanización del cuidado; integralidad en cuanto a la organización del servicio y proceso de trabajo en salud; e integralidad respecto de la unidad con otros servicios de salud. En cada dimensión se desvela la percepción de ausencia o presencia del principio como orientador de la atención de salud, problematizándose los avances y obstáculos experimentados y los desafíos del cambio del modelo de atención.

## DESCRIPTORES

Atención Integral de Salud  
Salud de la familia  
Personal de salud  
Enfermería en salud pública

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina/Ministério da Saúde. São Paulo, SP, Brasil. [isisfsl@yahoo.com.br](mailto:isisfsl@yahoo.com.br)  
<sup>2</sup> Fonoaudióloga. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina/Ministério da Saúde. São Paulo, SP, Brasil. [fe\\_senna@yahoo.com.br](mailto:fe_senna@yahoo.com.br)  
<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina/Ministério da Saúde. São Paulo, SP, Brasil. [k.darling@uol.com.br](mailto:k.darling@uol.com.br)  
<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade Santa Marcelina. Educadora em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. [zenaidenetoaguiar@gmail.com](mailto:zenaidenetoaguiar@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo refere-se às concepções e à percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) acerca da operacionalização do princípio da integralidade na atenção à saúde a partir de suas experiências profissionais.

A integralidade constitui um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja aprovação na Constituição Federal de 1988, marca a implantação da política pública de saúde no país e promete a saúde como direito civil e dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>(1)</sup>.

O capítulo da saúde na Constituição Federal é fruto do movimento de luta pela reforma sanitária — cujas origens remontam ao período de ditadura militar no Brasil e proporcionou as condições para a criação do SUS e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde — Leis 8.080 e 8.142 de 1990 — que expressam os princípios doutrinários e organizativos para a política nacional de saúde, dentre os quais, o princípio da integralidade da atenção.

Observa-se nos últimos anos que a universalização da assistência se amplia concomitante ao processo de descentralização da gestão da saúde para os municípios — diretriz organizacional do SUS que prevê a ampliação da atenção básica, desde os anos 90, por meio da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o Brasil. Essa ampliação se propõe à universalização do acesso, garantia da equidade e mudança do modelo assistencial — que deve primar-se pelo cuidado integral.

O papel proposto às equipes de saúde da família, de atuação multiprofissional para intervenção nos determinantes do processo saúde-doença, mantém coerência com o princípio da integralidade, destacando-se os princípios da promoção e da vigilância em saúde, da resolutividade, da humanização e acolhimento, fundamentais ao modelo que se propõe ser estruturante do SUS — partindo do PSF e permeando todos os demais níveis da rede<sup>(2)</sup>.

Na cidade de São Paulo o Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou em 1996 por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Estadual de Saúde (SES), passando para a esfera municipal em 2001. A partir de então, observa-se em toda a cidade, inclusive na região leste e na Área de Supervisão Técnica de Saúde de Guaianases, uma expansão dos serviços de atenção básica, via Estratégia de Saúde da Família (ESF), provavelmente, melhorando o acesso e promovendo algum nível de equidade na assistência à saúde.

Partindo-se do pressuposto de que a integralidade é o princípio do SUS que se configura como grande desafio para sua efetivação é importante considerar a necessidade de uma rede de serviços articulada para garantir a resolução dos problemas de saúde da população, bem como o olhar voltado à prática do cuidado integral e processos de trabalho que viabilizem essa proposta.

A integralidade da saúde resulta da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado nas diversas esferas de atenção do sistema de saúde<sup>(3)</sup>. A sua operacionalização implica, portanto, em mudanças das práticas e dos processos de trabalho individuais e em equipes para a produção de cuidados humanizados, éticos e resolutivos. Acreditamos que essas mudanças exigem esforços e compromissos de cada trabalhador para revisão de valores, paradigmas e construção de práticas mais participativas e integradoras.

Considerando que os trabalhadores na sua prática profissional exercitam suas atividades com base em concepções e valores é importante captar como pensam a respeito desse princípio e o que percebem sobre a sua operacionalização. É provável que ao valorizarem a integralidade na práxis profissional, vivenciem situações que trazem satisfação ou angústia, a depender das facilidades ou dificuldades encontradas no cotidiano das múltiplas experiências. Pode ser que alguns trabalhadores não estejam comprometidos com esse princípio, o que traz implicações nos processos de integração multiprofissional ou de articulação com outros serviços na perspectiva da atenção integral.

O estudo teve como objetivo identificar a percepção de trabalhadores de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da Família da

Área de Supervisão Técnica de Saúde de Guaianases acerca do princípio da integralidade, apreendendo-se tanto as concepções quanto a percepção de sua operacionalização na realidade do serviço.

## REVISÃO DA LITERATURA

O texto constitucional aborda a integralidade no que se refere à organização dos serviços e ações de saúde, considerando-os como uma *rede regionalizada e hierarquizada* que deve garantir *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*<sup>(4)</sup>. Não traz, porém, uma definição sobre o princípio da integralidade, cujos significados atuais resultam do debate histórico iniciado nas escolas médicas, a partir da noção de prática médica integral em contraposição ao modelo flexneriano que enfatiza o aspecto biológico e a abordagem curativista<sup>(4)</sup>.

Na literatura existem diversos sentidos atribuídos ao termo integralidade: a) a integralidade enquanto atributo das práticas dos profissionais de saúde; b) a integralidade na organização dos serviços de saúde, internamente, em cada serviço, articulando os diferentes níveis de atenção e entre os serviços diversos; c) a integralidade nas políticas especiais, apontada como a resposta governamental às necessidades de saúde específicas ou às necessidades de determinado grupo populacional, de modo a considerar seu contexto<sup>(4)</sup>.

Enquanto atributo das práticas dos profissionais, entendemos que a integralidade da atenção passa por um processo de trabalho em saúde que se interessa pela produção do cuidado eficaz, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários, tanto individual quanto coletivamente<sup>(5)</sup> e deve partir da organização dos processos de trabalho em qualquer nível do sistema, inclusive na atenção básica, por meio de diretrizes como o acolhimento, o vínculo e o conceito ampliado de saúde, tendo as necessidades do usuário como *centro do pensamento e da produção do cuidado* da equipe<sup>(6)</sup>.

A integralidade nessa perspectiva incorpora a dimensão vertical, considerando o ser humano como um todo, único e indivisível, o que supera uma atenção fragmentada e fundamentada apenas no aspecto biológico<sup>(7)</sup>. Pressupõe um olhar para as questões que envolvem o afetivo, o biológico, o espiritual, o sociocultural entre outras de cada pessoa que se cuida.

A integralidade relaciona-se às necessidades de saúde, classificando-as em quatro conjuntos: ter boas condições de vida; ter acesso e possibilidade de consumo de todas as tecnologias de saúde; criar vínculos efetivos com o profissional e/ou equipe; e ter autonomia no seu modo de andar a vida<sup>(8)</sup>. Nessa perspectiva, as práticas dos profissionais e das equipes que se pautam pela integralidade remetem a um olhar sobre o sujeito, o significado que atribui ao cuidado e a sua autonomia no modo de ser e levar a vida.

Quanto ao atributo da integralidade como organização dos serviços de saúde com articulação interna, em cada serviço, com os diferentes níveis de atenção e entre os serviços diversos<sup>(4)</sup> — também é considerado fundamental para o alcance da integralidade na perspectiva deste estudo. No espaço de cada serviço, a integralidade com base nas necessidades resulta de um esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe. É o que se denomina de *integralidade focalizada* — em cujo encontro do usuário com a equipe prevalece o compromisso de se fazer a melhor escuta de suas necessidades, nem sempre coincidente com as ações ofertadas pelo serviço<sup>(8)</sup>. A complexidade desse cuidado exige um duplo desafio — da abordagem de cada profissional e da articulação multiprofissional em um trabalho solidário de equipe, com seus múltiplos saberes e práticas em prol da maior integralidade possível.

Quanto ao agir em equipe, há duas modalidades que podem acontecer nos processos de trabalho, potenciali-

zando ou não a integralidade: a) *equipe agrupamento*, cuja prática se dá com a justaposição das ações e o agrupamento dos profissionais que dificulta a interação; b) e a *equipe integração* que se caracteriza pela articulação das ações e interação entre os seus agentes. Essa modalidade exige: um agir comunicativo e técnico permeado pelo processo participativo e de intervenção; menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e profissionais; maior flexibilidade da divisão de trabalho; complementaridade dos diversos trabalhos específicos; e construção conjunta de um projeto assistencial para abarcar a complexidade e a multidisciplinaridade das necessidades de saúde de cada pessoa atendida. Pode potencializar a materialização da *integralidade focalizada* no espaço singular de cada serviço em qualquer nível do sistema<sup>(9)</sup>.

Tendo em vista as múltiplas e complexas necessidades de cada pessoa que busca os serviços de saúde, há que se admitir a insuficiência de cada serviço singular para a plena realização da integralidade, por melhores que sejam os profissionais e a articulação das equipes locais. Faz-se necessária a articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa composta por outros serviços de saúde e/ou outras instituições sociais<sup>(7)</sup>. Exige-se que a integralidade seja pensada também numa *dimensão ampliada* ou no nível macro com a qual se articula a *dimensão focalizada*<sup>(8)</sup>. A integralidade nessa perspectiva impõe a construção de redes assistenciais que reúnam os serviços, admitindo a interdependência entre os atores e as organizações envolvidas, levando-se em consideração que nenhuma delas concentra todos os recursos e competências necessárias à solução dos problemas de saúde da população<sup>(10)</sup>.

A integralidade, enquanto sentido ampliado constitui *objetivo de rede*, exigindo articulação entre a *micro* e a *macropolítica*. Depende de uma articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais. Nessa perspectiva, pressupõe a superação da organização racional dos serviços em pirâmide, hierarquizada por níveis de complexidade crescente, cuja porta de entrada resume-se na unidade básica de saúde (de atenção primária) que deve encaminhar para os demais níveis os usuários que apresentam problemas de saúde mais complicados, cada nível respondendo por um aspecto de forma pontual. A rede assistencial pode apresentar-se com múltiplas entradas e com a possibilidade de *integralidade focalizada* em cada situação e cada espaço em que se deu o acesso do usuário. *A integralidade ampliada resulta assim da articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas*<sup>(8)</sup>.

A integralidade deve fazer parte das preocupações dos gestores nas três esferas de governo, os quais precisam responsabilizar-se pela organização dos serviços, de forma a garantir o acesso de todos à atenção de qualidade na rede assistencial. Para a organização dos serviços de saúde nessa direção mudanças são necessárias na forma de gestão para que os processos de planejamento, execução, regulação e avaliação das ações e serviços sejam

compartilhados entre gestores, trabalhadores e usuários, na busca da comunicação, integração e dos fluxos entre os diversos serviços. Arranjos organizacionais em rede exigem estratégias de comunicação e relações, nos quais, um sistema adequado de informação entra como um facilitador dos diversos processos de trabalho<sup>(11)</sup>.

Assim, são necessárias operações em diferentes níveis, o que aumenta os desafios, sendo um deles, o institucional — para a reestruturação da forma de organização dos distintos estabelecimentos do setor saúde que ainda atuam de forma desarticulada e o outro, o das práticas dos profissionais, para que bons encontros se concretizem nas relações com os usuários<sup>(2)</sup>.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, considerada uma abordagem que permite ao pesquisador perceber como os sujeitos que participam do estudo significam suas experiências relacionadas a um determinado fenômeno que se pretende compreender<sup>(12)</sup> nesse caso, a operacionalização do princípio da integralidade na assistência à saúde.

Foi realizada no período de junho a agosto de 2009 tendo como sujeitos 5 trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Área de Supervisão Técnica de Saúde de Guaianases, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste — uma das cinco regionais de saúde da cidade de São Paulo. Essa Supervisão de Saúde possui seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), sete Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Ambulatório de Especialidades (AE), duas unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), um Pronto Socorro Municipal (PSM), um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA) e um Hospital Geral (HG), além da Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS). Dessas unidades, o Hospital Geral tem administração estadual, o CAPS, o PSM, o CTA e a SUVIS são administradas diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde e os demais serviços têm a administração de uma Organização Social.

A escolha da unidade se deu em função da atuação das pesquisadoras como integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família realizado pela Faculdade Santa Marcelina em parceria com o Ministério da Saúde no período de 2007 a 2009. A unidade é composta por quatro equipes e atende uma população adscrita de 4.062 famílias e 15.494 pessoas. Trata-se de uma população de baixo poder aquisitivo, ocupando um território extremo de periferia da cidade. Por se tratar de uma unidade com falta de alguns profissionais, foi escolhida para o estudo a equipe considerada completa — composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um auxiliar administrativo. Apenas o Agente Comunitário de Saúde e o auxiliar de enfermagem foram escolhidos

por sorteio, uma vez que mais de um se interessou em participar do estudo.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a coleta de dados se deu por meio de entrevistas, utilizando-se um roteiro semi-estruturado, contendo além de dados do perfil demográfico dos participantes, as seguintes questões orientadoras: a) o que você entende por integralidade? c) relate uma situação vivenciada na qual ocorreu o princípio da integralidade; c) relate uma situação vivenciada na qual não ocorreu o princípio da integralidade; d) fale sobre o princípio da integralidade na organização do serviço em que você trabalha. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, transcritas na íntegra e depois submetidas aos mesmos para aprovação dos textos transcritos. Os dados demográficos foram anotados pelas pesquisadoras.

Para a análise das entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, especificamente a análise temática<sup>(12)</sup>. Para tanto, após a transcrição, as entrevistas foram lidas sucessivas vezes para apreensão do sentido expresso no conteúdo e a identificação dos temas emergentes. Em seguida procedeu-se à organização, interpretação e análise desses temas com os respectivos trechos das falas reveladoras dos sentidos e percepções dos trabalhadores quanto à integralidade da atenção à saúde. As concepções teórico-filosóficas expressas na revisão da literatura deram suporte à análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados cinco trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família, sendo eles: uma agente comunitária de saúde, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um médico e uma auxiliar administrativa. A média de atuação na Estratégia de Saúde da Família em outras unidades é de oito anos, sendo que a permanência variou entre quatro e 13 anos. Já na unidade que serviu de cenário para o estudo, a média de tempo de trabalho é de aproximadamente cinco anos, sendo que em três casos, o tempo de atuação na estratégia coincide com o tempo na unidade. Com exceção de um trabalhador, todos são casados e a idade oscila entre 33 e 45 anos, com média de 40,2 anos. O menor grau de escolaridade é o ensino médio e entre os profissionais de nível superior, apenas um deles declarou ser pós-graduado.

Os trabalhadores entrevistados percebem que o princípio da integralidade passa pelas seguintes dimensões: perfil e práticas dos profissionais de saúde, com ênfase na humanização do cuidado; organização do serviço e do processo de trabalho em saúde; e integração da Unidade Básica de Saúde da Família com outros níveis de atenção — com ênfase na organização do sistema. Em cada uma dessas dimensões da integralidade — desvela-se a percep-

ção da ausência ou presença desse princípio como norteador da atenção à saúde, problematizando-se os avanços e entraves vivenciados que revelam o desafio da mudança do modelo assistencial, via Estratégia de Saúde da Família.

### **Integralidade enquanto perfil e prática dos profissionais de saúde, com ênfase na humanização do cuidado**

Os trabalhadores entrevistados percebem que o princípio da integralidade passa pela abordagem acolhedora e respeitosa no ato do cuidado ao usuário, destacando-se: a abrangência de se olhar o homem em sua totalidade - nas dimensões físicas, psicológicas e sociais; a importância de se captar as necessidades trazidas, nem sempre expressas como doença ou alteração biológica e o diálogo que se estabelece entre trabalhador e usuário para construção de vínculo e acolhimento. Destaca-se a disponibilidade de cada trabalhador para uma atenção humanizada, mesmo nas circunstâncias de ausência do recurso procurado pelo usuário, muitas vezes, a consulta médica.

(...) Integralidade é você tratar a pessoa como um todo! Como um ser humano e suas necessidades...Porque as pessoas vêm na Unidade Básica de Saúde e às vezes só querem ser acolhidas! Às vezes o problema não é doença. Então ela quer que você acolha e entenda o que está acontecendo. Metade do problema já está resolvido!(...) Porque hoje em dia você vai num serviço público e é muito frio o atendimento devido à correria e ao mau humor das pessoas! Na UBS também tem isso (...) (E 05).

A integralidade manifesta no cuidado humanizado e na abordagem integral do ser humano, que não admite a sua redução à doença ou queixa física<sup>(7)</sup>. Essa abordagem muitas vezes está ausente na realidade da unidade, em decorrência do perfil dos profissionais – nem sempre comprometidos em prestar um bom atendimento – na opinião dos entrevistados – dependentes de uma escuta, uma atitude respeitosa ou o interesse em resolver pequenas situações que estão ao alcance do profissional. Evidencia-se nas falas uma percepção da ausência da *integralidade focalizada* no espaço da micropolítica de saúde por falta de compromisso e esforço dos profissionais e/ou equipe para apreensão e atendimento das necessidades de quem busca o cuidado<sup>(8)</sup>.

Alguns entrevistados problematizam a questão do perfil dos profissionais, que deveria ser mais adequado para a Estratégia de Saúde da Família – emitindo uma percepção de que o modelo assistencial proposto exigiria pessoas mais comprometidas. Questionam o perfil do profissional médico, nem sempre compatível com a proposta que é preconizada para a mudança do modelo assistencial.

(...) As pessoas não têm uma boa vontade. (...) Às vezes, me deixa indignado porque são todos de um mesmo sistema (...) E quando a gente chega, o pessoal está com cara feia pro seu lado, porque você trouxe mais trabalho pra ele, sabe?(...) Às vezes, não é falha do sistema, mas falha dos profissionais que estão agindo nesse sistema. E

por culpa disso, essa integralidade acontece. Primeiro a qualidade dos profissionais (...) Segundo, a boa vontade! Às vezes, são aptos e não tem a boa vontade, o que é essencial (E 03).

(...) A gente tem que ser realista. Existem aquelas pessoas que estão aqui por estar. Fazendo as coisas por fazer... Tem aqueles que se interessam mesmo, chegam junto e vão junto com a gente. (...) Porque é feito tanto questionamento sobre nós funcionários pra entrar... E o médico? Que questionamento é feito? (E 01).

Os entrevistados emitem uma percepção de que a integralidade passa pela atenção centrada no usuário e pelo perfil dos profissionais que incluem competências e habilidades técnico-científicas e disponibilidade para o diálogo. Refere-se a um dos sentidos da integralidade como atributo e valor das práticas de cuidado<sup>(4)</sup>. No entanto, a integralidade nessa perspectiva não é apenas atributo dos profissionais, pois as atitudes podem ser resultantes de processos que incidem sobre eles. Nessa direção, as políticas de gestão e as políticas de capacitação/formação podem resultar em benefícios ou não para as mudanças desejadas nos valores e nas práticas assistenciais<sup>(4)</sup>.

### **Integralidade enquanto organização do serviço e do processo de trabalho em saúde**

A segunda dimensão do princípio da integralidade na percepção dos entrevistados refere-se à organização interna do serviço de saúde e aos seus processos de trabalho. Emergem dos discursos algumas questões como a hegemonia do modelo biomédico, curativista e fragmentário, visto como um dos entraves para a operacionalização da integralidade. Chama a atenção a ênfase dada à atuação do profissional médico tanto pela equipe quanto pela população, evidenciando que o modelo predominante de atenção com enfoque na doença e na solução medicalizante encontra-se na cultura interna da unidade e também na expectativa dos usuários. Como esse profissional nem sempre é disponível pela questão numérica e, talvez por outras razões, acaba por impor limitações e gerar insatisfação dos usuários e da equipe. Destaca-se em uma das falas, certa culpabilização do usuário por demandar assistência médica e ação curativa — desconsiderando o peso da herança que as práticas medicalizantes em saúde produziram ao longo de história, tanto na maneira de pensar e agir dos profissionais, quanto na forma de perceber a doença por parte da população em geral.

(...) Esse médico é o Deus, é o Todo Poderoso, ainda existe isso (...) Você vai, orienta, faz grupo, faz busca ativa. Mas se o médico não estiver presente o grupo não funciona. Então eles ainda vêem o médico como centro de tudo. E como há uma falta de médico na unidade muita coisa fica falha. Muitas vezes você começa um grupo, tem a participação do médico (...) Então o médico sai e parece que desmorona um pouco. Perde-se todo o valor daquilo que foi construído. Porque a população tem essa visão. Ela quer ver resultados agora. Passou uma receita,

o resultado está aí. Não consegue ver o resultado de uma prevenção (...) (E 01).

Desvela-se uma percepção de que a integralidade é prejudicada pela postura da população que busca uma solução médica para o seu problema. No entanto, aparece a insuficiência desse profissional dentro do modelo proposto e da insatisfação da população quanto ao pacote de ações ofertadas — demonstrando-se que a *integralidade focalizada*<sup>(8)</sup> nessa unidade não acontece a contento. Está posto aí um desafio para a atenção integral, exigindo que as equipes de saúde e seus processos de trabalho passem por transformações de modo a ampliar a capacidade de percepção das necessidades dos usuários<sup>(4)</sup>. Os discursos a seguir destacam aspectos importantes do trabalho em equipe apontando a necessária comunicação e diálogo entre os profissionais que contribuiriam para o alcance da atenção integral.

(...) O perfil e a boa vontade dos profissionais que estão atuando que tem que se correlacionar e se interligar. Eu acho que essas são duas situações a priori, porque muitas outras situações, como falta de recursos e outras, a gente consegue driblar. Mas isso aí, acho que é essencial. (...) Algumas pessoas são um pouco individualistas no seu trabalho. Não que elas não sejam aptas e pequenas no trabalho que fazem. Porém, não existe essa cooperação. Essa falta de comunicação, às vezes, é complicado (...) (E 03).

Os trabalhadores percebem que a integralidade não se reflete na gestão do sistema, demonstrando insatisfação quanto às cobranças que recebem dos níveis hierárquicos, cuja preocupação se caracteriza pelas metas quantitativas em detrimento de ações coletivas de caráter multiprofissional. Evidencia-se a existência de uma forma de gestão pouco participativa, o que pode gerar processos de trabalho alienadores e não produtores de satisfação e motivação para uma assistência que se pautar pelo princípio da integralidade.

(...) Aqui só tem deveres... Direito, nenhum! Nesses últimos dias, só está tendo dever. Agora está mais assim, cada um por si e Deus por todos, né! Mas já teve trabalho integral... Parceria (...) Agora, a gente está trabalhando muito sob pressão. Então, cada um só quer ajudar o seu lado! Ninguém quer se reunir mais (...) Vamos fazer uma integração vamos fazer a equipe. Agora é cada um... Se descabelando pra fazer 100% de visita, fazer seus relatos (...) É assim, ou você faz ou você dança, né? (E 02).

Enfatizam a falta de democratização das informações e a necessidade de mudança nos processos de trabalho, de modo a garantir uma efetiva comunicação — condição para que o trabalho de equipe se realize, e, conseqüentemente, a integralidade da assistência. Desprende-se a percepção de que não basta aglomerar diferentes profissionais com objetivos distintos — *equipe agrupamento*<sup>(9)</sup>, deixando de lado a construção de um projeto assistencial comum, o que não potencializa as práticas de saúde integradoras.

(...) Até aqui dentro mesmo com essa equipe nova, do NASF (...) Eu estou tendo um pouco de dificuldade. Porque a gente não tem feedback. Só quando a gente vai atrás: “E aí, como é que está? Aí é que tem certo feedback. Depois de começar a cobrar bastante, estou sentindo que está tendo um retorno melhor. Nas reuniões de equipe, estão passando as coisas, está tendo mais integralidade (E 03).

A falta de informação dificulta a operacionalização da integralidade (...). A integralidade é você unir forças pra um senso comum. Aqui é muito difícil, porque existe uma coisa aqui que chama parcialidade e não integralidade (...) Quando a gente fala de integralidade, você olha num todo! Pra um só bem (E 04).

Por outro lado, alguns trabalhadores trazem exemplos bem sucedidos de integração das equipes no cotidiano do trabalho. Consideram positivas as situações nas quais: os profissionais se envolvem e buscam conjuntamente as soluções para os problemas; os profissionais de nível universitário se comprometem em resolver demandas trazidas por outros de nível médio (auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde); ocorre troca de saberes e respeito pelo saber do outro nas discussões de casos. São situações nas quais se acredita que foi possível desenvolver o trabalho em equipe e exercitar a integralidade. Quando as equipes de saúde conseguem estabelecer um projeto terapêutico para os usuários do serviço, estaria exercitando a *equipe integração*<sup>(9)</sup> — que resulta em maior satisfação de usuários e equipe.

Eu acho que aqui dentro existem pessoas que participam do que está acontecendo com o paciente, buscam uma resposta (...) E o enfermeiro ou o médico, o agente comunitário, todos buscam essa resposta (...) Olha, foram várias vezes de a gente expor uma situação dentro da equipe e ter um retorno. Já trabalhei com muitos médicos que davam esse retorno. O enfermeiro dava esse retorno (...) Então era um trabalho em equipe (E 01).

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia proposta para a mudança do modelo assistencial e uma de suas prerrogativas para o alcance de tal objetivo é o trabalho em equipe. No entanto, esse é mais um desafio, uma vez que exige a superação de valores e paradigmas adquiridos ao longo da formação e vivência no trabalho em saúde, além de espaços intencionalmente previstos na gestão que favoreçam práticas coletivas do processo de trabalho. Destaca-se a complexidade do trabalho de equipe que precisa ser construído no cotidiano por meio de relações mais dialógicas, democráticas e solidárias entre os seus componentes, especialmente de construção de um projeto de atenção integral a partir dos diversos saberes e práticas. Destaca-se que reside no entendimento da importância da diversidade e de ações que não se limitam ao fazer específico de cada categoria, a potencialidade para a prática da integralidade<sup>(13)</sup>. No discurso a seguir evidenciam-se situações que não possibilitam o trabalho de equipe por caracterizar-se por relações desiguais e falta de interação.

(...) Às vezes existem críticas, só que você não tem abertura pra falar, você quer falar, mas acaba se isolando e deixando de falar muitas coisas. Então a gente acaba só observando e se calando (E 01).

(...) Esse trabalho é um trabalho horizontal, é um trabalho que você tem que trabalhar de mão dada, sem descon-fiança. Isso é integralidade! De construção e de crédito. E não de destruição. (...) Ninguém pode se sentir dono do poder, o sabe tudo! Está todo mundo construindo. Por isso todo dia tem um documento novo, um protocolo novo, gente trazendo coisas e informações novas. Se não for assim, esse programa não anda. E aqui nessa unidade, esse programa não tem chance! (...) (E 04).

Observa-se que grande ênfase recai sobre as questões pertinentes à organização do trabalho, ao trabalho de equipe, às relações interpessoais – desvelando satisfações de alguns e insatisfações de outros – refletidas na produção do cuidado. É interessante notar que a importância do trabalho em conjunto com a comunidade surgiu em apenas uma das falas. Nesse sentido, os usuários de serviços de saúde não costumam protagonizar a produção de seu cuidado e o seu próprio viver, uma vez que as decisões são tomadas apenas pelos trabalhadores, deixando de lado a população, a quem as ações se destinam<sup>(14)</sup>.

(...) Uma vez, uma lixeira que tinha na rua, né... Aí eu achei que aquela lixeira estava provocando problemas de saúde, estava poluindo o ambiente. Aí eu falei com algumas usuárias que se a gente desse um jeito de tirar aquela lixeira dali iria melhorar pra todo mundo! Quando eu apareci no outro dia, a lixeira já não estava mais lá (...) Elas se integraram naquela coisa, limparam aquilo lá e saíram avisando... Que o lixo cada um ia por na sua porta, pois estava prejudicando a saúde e o meio ambiente, sabe? Aqui pareceu um trabalho que eles integraram tudo! (...) (E 02).

### **Integralidade enquanto articulação da unidade com outros serviços de saúde, com ênfase na organização do sistema**

Desprende-se dos discursos uma concepção de integralidade que se relaciona com a dimensão da organização do sistema de saúde em forma de uma rede integrada por diversos serviços e ações que devem se complementar para a satisfação das necessidades da população. Destaca-se a importância da existência de sistemas de informação que promovam a comunicação entre os diferentes níveis e serviços da rede instituída. Elementos facilitadores, assim como os obstáculos para que a integralidade ocorra de fato também emergem das falas. Os trabalhadores têm o entendimento de que não basta a rede assistencial hierarquizada, uma vez que, não havendo cooperação entre os serviços envolvidos, a operacionalização da integralidade fica comprometida. Ao se falar em rede, autores sugerem duas leituras, uma como estrutura organizacional, focada na produção dos serviços e outra entendida como uma renegociação permanente de papéis entre os atores

(gestores, trabalhadores, usuários) envolvidos, de modo a proporcionar novas soluções para os problemas já existentes, levando-se em conta um *contexto de mudanças e compromissos mútuos*<sup>(10)</sup>.

(...) Integralidade seria a junção e a cooperação entre os serviços que compõem o sistema de saúde. Tanto do nível primário, secundário e terciário... E também a cooperação, que deveria existir entre esses níveis... Que muitas vezes a gente vê que não tem. Às vezes você sai de um lugar com, supostamente, tudo bem organizado, contato feito, hospital esperando e você chega lá e ninguém sabe informar (...) (E 03).

A falta de comunicação entre os serviços de saúde é posta como um dos entraves para a realização do cuidado integral, uma vez que, apesar dos encaminhamentos se realizarem, principalmente quando se trata da referência, a contra referência parece não acontecer. O usuário, que é atendido por diversos serviços, recebe um cuidado fragmentado, da mesma forma como se encontram as informações a respeito do seu estado de saúde/doença. O profissional que o atende no nível primário encontra dificuldades para acessar informações do que vem sendo realizado nos níveis secundário e/ou terciário e vice-versa. A rede de saúde da família está sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação desta com os serviços especializados e com os hospitais<sup>(15)</sup>.

(...) Muitas vezes, a gente também se depara com a falta de comunicação entre as instituições. A gente não tem um sistema informatizado. Às vezes, você necessita do prontuário de um paciente. O médico necessita de uma informação lá do hospital, não é muito fácil essa informação. Integralidade entre a unidade e os outros serviços de saúde não existe muito! Acontece a situação seguinte: os pacientes sempre são recebidos e sempre se tenta fazer a resolução. Porém, não tem muito aquele feedback, falta interação e comunicação (...) (E 03).

A falta de comunicação no sistema de saúde dificulta a integralidade na prestação de cuidados progressivos aos usuários, uma vez que os serviços funcionam com lógicas próprias e distintas, desconsiderando as necessidades dos usuários como eixo de sua organização<sup>(7)</sup>. Na opinião de alguns trabalhadores entrevistados, a referência existe e eles percebem melhorias em relação à oferta de vagas para especialidades médicas e para realização de exames mais complexos. Atribuem a melhoria à organização do sistema de regulação e à melhor alocação de recursos humanos, garantindo, dessa forma, a continuidade do trabalho iniciado pelo nível primário.

(...) Existem pessoas que abrem as portas pra gente. As especialidades, os postos de referência. Nesse ponto de especialidade [médica] melhorou bastante (...) Parece que está mais bem organizada essa questão de especialidade. Estão treinando pessoas que gostam de fazer esse tipo de trabalho. De correr atrás das vagas pra aquela especialidade (...) Acho que essa questão melhorou bastante (E 01).

(...) Acho que elementos facilitadores são a regulação, com a oferta de vagas para exames, como as reuniões onde a gente se conhece e facilita o contato. Porque a coisa não fica só na formalidade, também fica na informalidade! (...) (E 04).

## CONCLUSÃO

À integralidade são atribuídos diversos sentidos entre os quais, destacam-se aqueles relacionados ao cuidado e à organização dos serviços de saúde, seja internamente às organizações ou entre os diversos serviços que compõem a rede assistencial.

O estudo desvelou a percepção dos trabalhadores de que o cuidado integral envolve questões como a humanização, o acolhimento e o vínculo, ou seja, uma atenção centrada no indivíduo, entendendo-o em sua totalidade. No entanto, nem sempre é o que ocorre cotidianamente, pois alguns profissionais parecem não ter o perfil esperado e nem disponibilidade para buscarem o ideal de integralidade. Quanto ao perfil dos profissionais, não podemos desconsiderar a questão da formação, ainda pautada no modelo biológico, curativista, fragmentário e medicalizante, um tanto quanto distante de um processo formativo que priorize a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, o cuidado integral e a problematização dos processos de trabalho em saúde.

Grande ênfase foi dada à maneira como a unidade se organiza internamente, assim como se dão os processos de trabalho em saúde, às vezes alienantes. A insatisfação gerada pelas relações de poder instituídas, pela cobrança de metas que priorizam atividades individuais e pela ex-

pectativa de soluções medicalizantes - por parte dos usuários, emergem dos discursos como exemplos de situações consideradas como entraves à operacionalização do princípio da integralidade. O trabalho em equipe, preconizado pela equipe de saúde da família, oscila entre momentos de *equipe integração* e *equipe agrupamento*.

Destaca-se que as práticas que envolvem o usuário na produção de seu cuidado ainda são incipientes assim como a articulação de ações intersetoriais — aspectos importantes para o alcance da integralidade. Por fim, revela-se a organização entre os diferentes serviços de saúde, que na opinião dos trabalhadores, devem cooperar entre si, além de dispor de sistemas de informação eficientes, que permitam a comunicação entre os níveis. Foram observados avanços no que diz respeito à disponibilidade de vagas para especialidades médicas, atribuídos à melhor organização do sistema e capacitação de recursos humanos, porém a grande falha se deve à deficiente comunicação e articulação entre os serviços — evidenciando que a integralidade na região ressoante de uma rede devidamente organizada.

Parece que todos os ingredientes necessários para a efetivação da integralidade são como peças de um grande quebra-cabeça e estão postas no nosso dia-a-dia para serem encaixadas da melhor forma. O desafio reside, justamente, em sabermos qual seria essa “melhor forma”. Diante de tanta diversidade, muito provavelmente, um único modo de fazer não será suficiente, será necessário pensar e construir os mais diferentes jeitos. É fato que é preciso romper com as práticas há tanto cristalizadas e o modelo assistencial vigente — o que exige compromisso político dos gestores, trabalhadores e usuários nessa construção.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569-84.
3. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 7-34.
4. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
5. Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: dispositivos para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2004;2(2):271-85.
6. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4):532-37.
7. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
8. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: v; 2001. p. 113-26.
9. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
10. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):331-6.



11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Work process in the Neonatal Intensive Care Unit: building a holistic-oriented care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 May 14];43(3):647-54. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en\\_a21v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a21v43n3.pdf)
14. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Family discussion in the family health strategy: a working process under construction. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Aug 14];45(3):603-10. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en\\_v45n3a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a08.pdf)
15. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):301-6.