



Uma proposição de um centro de infectologia em uma cidade de médio porte de Santa Catarina¹

Proposal for an infectology center in a town IN Santa Catarina

LIZANDRA HAEFFNER JUNGES² & MARCO AURÉLIO DA ROS³

¹ Este texto apresentado é parte integrante do Trabalho de Conclusão do Mestrado em Saúde Pública e Gestão do Trabalho da UNIVALI – Universalidade do Vale do Itajaí de 2013/2.

² Especialista em Desenvolvimento, Elaboração, Gestão de Projetos em Saúde Pública. Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde e Mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho. *E-mail:* lizandrajunges@hotmail.com.

³ Pós-Doutorado na Università di Bologna. Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Saúde Pública, Médico com especialização em Saúde Pública e Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública de Porto Alegre e formado pela faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) Professor titular do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho.

RESUMO: O objetivo desta obra é desenvolver uma Tecnologia de Gestão baseada na lógica do cuidado em rede e na integralidade, com a criação de um Centro de infectologia em uma cidade de médio porte de Santa Catarina, a qual servirá como um facilitador ao acesso da Atenção básica de saúde até a Referência, denominada como Centro de Infectologia. Desta forma, além de facilitador, será também um capacitador e orientador da atenção básica, assumindo um papel provisório de centralizador das ações. Hoje, esta rede se encontra desarticulada da função de atenção básica e pode retomar seu papel e referenciar para a Centralidade e esta estará contrarreferenciando para não só a Rede Básica, também para a Gestão, sabendo que a atenção integral é processo e não um fim e que doenças deverão ser entendidas como determinadas socialmente não só com o enfoque restrito a medidas terapêuticas e preventivas.

Palavras-chave: Doença, Gestão, Atenção Integral à Saúde.

ABSTRAC: The aim of this work is to develop a Management Technology based on the logic of network care and integrality, through the creation of an Infectology Center in a town in the Brazilian state of Santa Catarina, which will serve as a facilitator of access the Basic Health Care and acting as a referral center. Thus, besides acting as a facilitator, it will also serve in the training and supervision of basic health care, assuming a provisional role as a centralizer of actions. At present, this network is disjointed from the function of basic health care, but in our proposal, it would act as a referral center, counter-referring not only for Basic Network, but also for the Management, knowing that integral care is a process and not an end in itself, and that illness should be understood as socially determined, not only focusing merely on therapeutic and preventive measures.

Key words: Illness, Management, Integral Health Care.

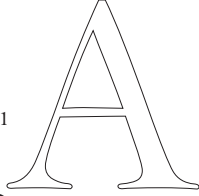


UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI

RBTS

Revista Brasileira
de Tecnologias Sociais



INTRODUÇÃO

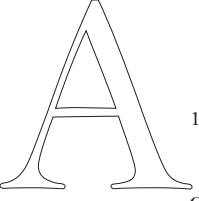
A criação de um Centro de Infectologia em um determinado município de médio porte de Santa Catarina já vinha sendo pensada por profissionais que trabalham no Programa DST/HIV/AIDS, inclusive centros similares já existem em outras cidades do Estado, mas em nenhum local são contemplados todos os serviços na mesma estrutura física de saúde. Algo de porte maior existe em São Paulo, como o Centro de Estudos Emilio Ribas, que comporta internação hospitalar. Com o amadurecimento da ideia da proposta deste Centro, vieram juntas algumas dificuldades, como o acesso a dados epidemiológicos, em função da mudança de Gestão Governamental, e desarticulação de uma equipe que pensava o Centro de Infectologia de uma forma Multiprofissional. Junto a isso, a própria dificuldade da Rede Básica de se reordenar e reorganizar para atendimento aos pacientes portadores de doenças infectocontagiosas.

Com estas dificuldades em conseguir os dados, foi então verificado que a melhor maneira seria elaborar uma revisão bibliográfica, em vez de pesquisar. Dessa forma, começou-se a reestruturar novamente o projeto para adequação e com a objetivo de propor uma lógica do cuidado em rede com a criação de um Centro de Infectologia, em uma cidade de Médio Porte de Santa Catarina. Com isso, este trabalho poderá ser aproveitado por vários municípios com interesse em implantar centros semelhantes a estes descritos neste trabalho.

Propor a criação de um Centro de Infectologia para alocar todos os Programas do Ministério da Saúde, no que se refere às principais Doenças Infectocontagiosas, não é uma ideia recente, mas se verificou que existem poucos centros deste tipo, principalmente em municípios de médio e grande porte. Na verdade, o que se encontra, na maioria das vezes, são os serviços espalhados em diversos locais da cidade, tendo o paciente que se deslocar vários dias do mês para atendimento, exames, terapias, medicamentos, etc. Verificou-se que os primeiros atendimentos dados aos pacientes são na rede secundária ou nos hospitais, para fazer o diagnóstico das doenças e poucas vezes com o retorno deste às Unidades de ESF's.

Durante muito tempo as doenças infectocontagiosas ficaram à mercê dos programas que o Ministério da Saúde alocava nos estados e nos municípios e estes, para captar um pouco mais de recursos financeiros, acabavam implantando muitas vezes sem critério e sem estrutura estes programas em qualquer local da cidade, não existindo uma rede de atenção a doenças infectocontagiosas num mesmo local. Esses programas, assim como outros do Ministério da Saúde, acabam não “conversando” entre si e os pacientes, que muitas vezes são os mesmos, acabam frequentando vários locais. Estes programas acabaram ficando na atenção de média complexidade, sendo centralizados em sua grande parte por médicos especialistas e locais especializados em determinadas patologias, excluindo a atenção básica, que não faz muito esforço de reconhecer que estes pacientes fazem parte de sua área adstrita, mesmo integrando parte de um local especializado. Mas é de fundamental importância que a referência e a contrarreferência funcionem em forma de rede nos casos de doenças infectocontagiosas, para que se possa avançar no processo de atendimento integral ao paciente.

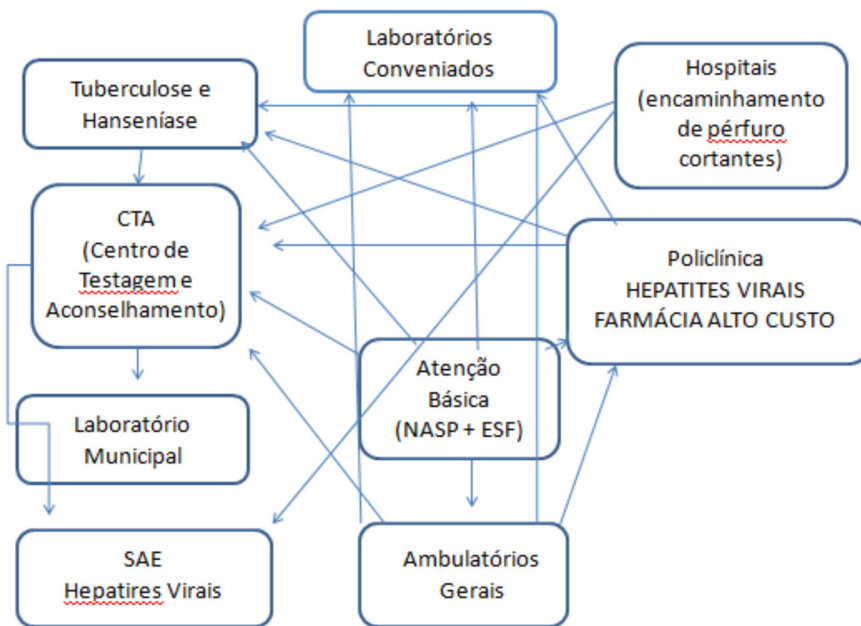
Não se pode esquecer e nem deixar de reconhecer que ocorreram avanços desde a implantação dos PSFs, hoje chamados ESFs que, atualmente, constituem a maior parte de nossa Rede de atenção Básica e esses estão principalmente na reorganização de serviços, como o acolhimento e o vínculo com pacientes (TEIXEIRA, 2003, p. 89-112; LOPEZ; LIMA; MATHIEU, p. 577-584; MALTA, 2001, *on-line*; FRANCO, 1999, p. 345-353; MERHY, 1997, p. 71-113) no



que diz respeito à integralidade, à universalidade e à equidade em saúde vínculo (TEIXEIRA, 2003, p. 89-112; LOPEZ; LIMA; MATHIEU, p. 577-584).

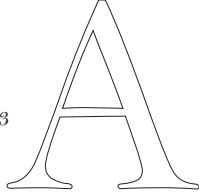
Conforme Figura I, esta rede de saúde do município funciona atualmente de uma forma desorganizada e muito complexa, em que o portador de alguma doença infecto contagiosa não necessariamente vem da atenção básica. E muitas vezes necessita acessar vários locais de saúde, no caso de ser portador de mais de uma patologia, ocasionando a demora no diagnóstico e na falta de adesão ao tratamento.

FLUXO DE COMO FUNCIONA A REDE ATUALMENTE



Para descrever como será este Centro de Infectologia, é necessário salientar a proposta inicial de criação de uma tecnologia de gestão, em que o local se baseia sempre na ideia que a porta de entrada do paciente é a atenção primária, ou seja, o ESF – Estratégia de Saúde da Família –, em virtude da sua proximidade com o paciente e o conhecimento do seu histórico de vida e de saúde, sendo desta forma o local onde o referenciará para um tratamento com uma equipe multiprofissional no Centro de Infectologia, cujo local comportará todos os programas do Ministério da Saúde relacionados a doenças infectocontagiosas em um mesmo espaço.

Neste local, estará disponível para o paciente e seus familiares o laboratório municipal para diagnóstico das doenças infectocontagiosas, algumas já com teste rápido, com agilidade no diagnóstico e no tratamento destes pacientes e seus familiares. Com um Centro de Infectologia, a educação em saúde é fator primordial, pois o Centro possui um papel de capacitador e facilitador tanto para a atenção básica como para o acréscimo desta educação em saúde, que poderá servir de apoio a Hospitais do Município, visto que é um local de referência para acidentes de trabalho do setor saúde. O Centro de Infectologia possuirá um papel relevante quanto a treinamentos em saúde, como um matriciador para a rede básica, com atividades de orientação a pacientes e seus familiares, fazendo assim uma educação em saúde, cujo paciente encontrará no centro atividades como: sala de espera e grupos terapêuticos, com famílias que ali, mensalmente, retornarão para



consultas de controle em busca de medicamento e apoio psicossocial. É fundamental salientar que estes pacientes, a cada consulta, retornam com uma contrarreferência para seu ESF, pois lá está seu médico de origem que estará em constante acompanhamento do seu quadro clínico. Caso haja a necessidade de retorno, o paciente agendará no ESF para o Centro de Infectologia, assim proporcionando o atendimento, que se chama Rede em saúde.

FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE INFECTOLOGIA

Quando se fala em Centro de Infectologia, é necessário mencionar o fluxo e o funcionamento desta articulação. Entretanto, para que isso aconteça, mister existir uma comunicação entre os profissionais das redes de atenção, visando facilitar o encaminhamento do usuário dentro do sistema de saúde. Essa comunicação está presente no SUS, através do mecanismo de referência e contrarreferência. Para que esta articulação ocorra, é preciso haver uma comunicação entre os profissionais das redes de atenção, com o intuito de facilitar o encaminhamento do usuário dentro do sistema de saúde. Esta comunicação está presente no SUS através do mecanismo de referência e contrarreferência. “A referência significa o encaminhamento do usuário para os maiores níveis de complexidade que este precisa para a resolução de suas necessidades de saúde. São encaminhamentos para serviços da rede, especializados e de maior complexidade, como os hospitais, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ou seja, seguir o fluxo de atenção a saúde segundo sua amplitude, desde a Unidade Básica de Saúde, para o primeiro atendimento, caso não contemple a complexidade da situação do usuário, este segue o fluxograma de atendimento dentro da pirâmide da complexidade sendo referenciado para os demais serviços especializados. Já a contra referência diz respeito ao retorno do usuário para o nível de menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples e o usuário poderá dar continuidade a seu processo de reabilitação, prevenção e promoção da saúde na Unidade Básica de Saúde em sua área de abrangência chamada de territorialização”. (SILVA et al., 2010, on-line).

O fluxo será descrito de acordo com o caminho que o paciente realiza através da porta de entrada, tendo seu início nos ESFs (Estratégia de Saúde da Família). Neste momento, o Centro de Infectologia passa a ter um Papel de Centralizador das ações, no que se refere a todas as ações de infectologia, como as de prevenção, promoção e reabilitação, mas este papel é momentâneo, após o treinamento da rede de atenção básica. O papel de prevenção e de primeiros atendimentos passa a ser nos ESFs, deixando claro que neste momento a rede não está cumprindo este papel. Por isso, a descrição e o fluxo servirão para esta rede se reordenar e se rearticular em função das doenças infectocontagiosas, de acompanhamento dos pacientes, como forma de orientação para os profissionais, até como um padrão a ser seguido, por que não dizer um guia.

Conforme Figura II, com a rede de serviços em saúde organizada tendo como base a Atenção Básica e a referência o Centro de Infectologia, a rede de atenção à saúde fica bem mais organizada e de fácil acesso ao paciente (usuário), podendo assim ter uma melhor resolução, agilidade e mais adesão ao seu tratamento.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Com a municipalização da saúde e do fortalecimento dos sistemas locais de saúde no Brasil, em 1994 nasceu o Programa Saúde da Família (posteriormente nomeado de Estratégia

Saúde da Família) como uma estratégia para mudar a estrutura da rede de serviços e dos modos de trabalho em saúde.

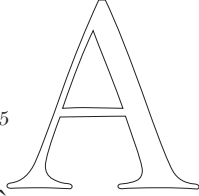
FLUXO DA REDE COM O CENTRO DE INFECTOLOGIA



** CTA, DST/HIV/AIDS, Hepatites Virais, Laboratório Municipal, Tuberculose, Hanseníase, Farmácia Especializada, Equipe de Apoio Multiprofissional, Médicos Especialistas.

É necessário: “[...] Transitar de um modelo de atenção médica, fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma da produção social da saúde. É desta forma, que os reformistas ingleses falam hoje de uma imprescindível ‘revolução silenciosa’ no sistema de saúde que derive as preocupações da parte médica para resultados medidos para uma melhoria da qualidade de vida da população. Tais considerações permitem, novamente, sustentar a pertinência do SUS como processo social de construção da saúde”. (MENDES, 1996, p. 9.) O Ministério da Saúde apontou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como sua principal tática para reorganização do acesso da população aos serviços de saúde básicos (BRASIL, 2005). Nesse sentido, foi criada para responder à crise do sistema de saúde provocada pela assistência centrada no modelo biomédico (medicalizante, verticalizado e focalizado na produtividade). Foram propostas modificações das diretrizes do trabalho em saúde, voltados para a doença, reorientando-o para um modelo que privilegiasse parcerias com as famílias, tendo-as como importantes aliadas para efetivar um trabalho baseado na promoção da saúde. Esse dispositivo visava à resolutividade do sistema e à prática assistencial em equipe, centrada nas necessidades da população, considerando-a como participante do processo de produção de saúde, através de seus saberes e práticas sociais. Foi ainda proposta uma atuação centrada no vínculo e na responsabilização das ações coletivas e individuais (MATUMOTO, 2003). Assim, destaca-se que o objetivo da ESF se destinava à Reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (MERHY; FRANCO, 2000, p. 145).

Hoje o cenário de uma política intersetorial centra na produção social de saúde como um modelo tecnoassistencial que se apoia nas ações de saúde que sejam resolutivas e integradas

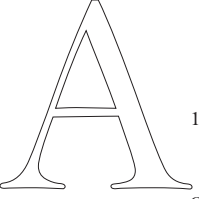


com a rede de serviços de saúde. Propõe-se a substituição do modelo tradicional da assistência à saúde, curativo, hospitalocêntrico, de alto custo e baixa resolutividade, carente de uma eficiente articulação em rede, hierarquizada por complexidade, e sem criação de vínculos de cooperação e corresponsabilidade com os usuários (BRASIL, 1994, 2000). A proposta de reordenação dessa lógica de trabalho e de organização da assistência em saúde é a que também orienta os processos de transformação da assistência psiquiátrica em curso no país. Com base nos mais variados autores e atores do campo da reforma psiquiátrica, é possível dizer que a implementação

de uma nova lógica de cuidados ao portador de transtornos mentais implica a superação do modo asilar e na implementação do modelo de atenção. Concebido como estratégia, esse modelo paradigmático vem evidenciando que, para além de mudanças restritas ao aparato assistencial, é preciso avançar na construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e cuidado. Dessa forma, a EAP é uma lógica baseada na “integralidade das problemáticas de saúde e na ação territorializada sobre elas” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 36).

Ultrapassar a lógica tradicional que orienta os processos de trabalho em saúde impõe a necessidade de discutir o planejamento, a organização dos serviços e as formas de gestão (SANTOS-FILHO, 2008), enfim, os processos de trabalho em saúde. Em função disso, considera-se que a Estratégia Saúde da Família e a Estratégia apresentam-se atualmente como uma força instituinte que busca a modificação das práticas de cuidado, seja na atenção básica, seja na atenção especializada, tendo como foco de intervenção os processos de trabalho e de gestão aí desenvolvidos. Desse modo, tal transformação implicará a substituição dos modelos assistenciais hierarquizados, fragmentados e calcados em uma perspectiva técnico-burocrático, por tecnologias de escuta, acolhimento/diálogo e negociação. Implica também a produção de um modelo de gestão em saúde, no qual gestores, trabalhadores e usuários sejam do setor saúde e do campo intersetorial e possam dialogar e deliberar sobre a condução, implementação, financiamento e avaliação das políticas públicas de saúde, bem como sobre os processos de trabalho realizados no cotidiano dos serviços, produzindo assim uma gestão dos modos de cuidado, para além de um controle de dados, índices e planilhas, tal como se observa comumente.

São necessários, para que esta proposta seja efetivada e assuma seu estatuto de política, processos de subjetivação transformadores, ou seja, “sujeitos coletivos que nas práticas concretas e cotidianas transformam o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também” (DESLANDES, 2005, p. 402). Enfim, significa produzir um novo modo de gestão do cuidado em saúde e novas relações entre trabalhadores e usuários. Nesse contexto, diversas instituições (saúde, família, trabalho e comunidade) entram em cena e processos tecnológicos operam para que a prática de cuidado seja efetivada (FRANCO e col., 1999). Nesse encontro entre trabalhador e usuário está sendo produzido um “trabalho vivo em ato”, que objetiva a produção de escuta e responsabilização, a constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção (MERHY, 2002b). O “trabalho vivo” em saúde a partir desse autor é entendido como trabalho em ação. Isso, por sua vez, possibilita a expressão da inventividade/criação por parte do trabalhador que o realiza através da utilização de determinados instrumentos materiais e de certo saber operante (instrumentos imateriais), atendendo às suas necessidades cotidianas. Ao contrário do “trabalho vivo”, há o “trabalho morto” (MERHY, 2002a), que são todos os produtos que estão relacionados ou com a matéria-prima ou com as ferramentas utilizadas. Para Merhy (2002a; 1999), qualquer abordagem assistencial dentro de um serviço de saúde, seja ele de saúde mental ou de atenção básica, produz-se por meio de um “trabalho vivo em ato”, em uma relação. Sobre o



outro, há uma confluência de expectativas e produções, criando-se, intersubjetivamente, alguns momentos importantes, como o acolhimento, a produção de responsabilização e a confiabilidade, que dão sustentação às relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999).

Assim, o “trabalho vivo” em ato deve ser a finalidade de qualquer ação em saúde. Isso, porém, demanda o uso de tecnologias de trabalho, bem como um conjunto de conhecimentos e ações que se materializam em recursos teórico-técnicos, instrumentos e máquinas. São as “tecnologias leves, leve-duras e duras”. Estas últimas são as que estão inscritas nas máquinas e nos instrumentos, ou seja, nos equipamentos. As “tecnologias leve-duras” são saberes bem-estruturados, os quais podem se observar, por exemplo, na clínica, na epidemiologia, nos diagnósticos. Finalmente, as “tecnologias leves” são as chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e do cuidado.

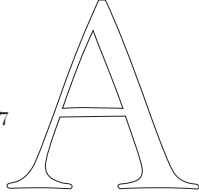
O trabalho em saúde é essencialmente relacional e intercessor, no qual as “tecnologias leves” devem conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços/ estabelecimentos de saúde.

Essas tecnologias, entendidas como o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo, têm a potência de criar estratégias para a produção de processos cuidadores como o acolhimento e os vínculos a partir das relações e dos afetos resultantes dos encontros entre os trabalhadores da saúde e os usuários (MATUMOTO, 2003). Essas tecnologias das relações acontecem no momento de interação/conexão entre trabalhador e usuário no ato da produção de saúde, cujo total controle escapa do trabalhador por envolver processos de subjetivação. Desse modo, na relação atenção básica e saúde mental, o ponto crucial está nos processos de trabalho que são desenvolvidos cotidianamente junto aos usuários portadores de transtornos mentais. Em outras palavras, tanto a reforma sanitária quanto a psiquiátrica partilham a ideia de que a produção de saúde implica a produção de sujeitos (BRASIL, 2004b).

CENTRO DE INFECTOLOGIA E INTEGRALIDADE

Parte-se do entendimento que, com os avanços ocorridos, evoluiu-se também no entendimento do que é integralidade, vínculo e acolhimento acabam se diferenciando um do outro, deixando o vínculo para a atenção básica, que tem um contato mais próximo com as famílias, pois faz visitas domiciliares, acarretando a criação de “vínculos”. Não que na atenção secundária não se criem vínculos e não se pretende afirmar que na atenção secundária ocorre a criação de vínculos; entretanto, estes vínculos serão considerados como “tratar o paciente na sua integralidade”. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

Para isso a proposta de criação do centro de infectologia será para desenvolver o processo de trabalho em saúde, em que este deverá ser um facilitador, capacitador e orientador da atenção básica, integrando, assim, os programas e facilitando o acesso dos pacientes que hoje necessitam deslocar-se para vários locais para acessá-los e, conseqüentemente, agilizando e proporcionando uma maior praticidade e rapidez em seu atendimento. Mas é de fundamental importância que, além dos pontos positivos, também se possam pontuar algumas críticas que ocorrem na Rede Básica, tais como: dificuldade de atendimento dos ESFs das 4.500 pessoas de suas áreas adstritas, gerando uma rede básica insuficiente, despreparada e mal dimensionada, resultando num atendimento à



população de maneira restrita e até mesmo precária, com óbice ao acesso na Rede Básica e fazendo com que muitos pacientes acabem procurando a Rede Secundária como porta de entrada, como é o caso do Centro de Infectologia.

Com a Criação de Centros de Infectologia, espera-se que os pacientes consigam reproduzir com maior facilidade as técnicas de promoção e de prevenção, para uma maior qualidade de vida do paciente e de seus familiares, resultando, assim, em uma maior taxa de adesão e menor taxa de abandono aos tratamentos e, conseqüentemente, um grau de satisfação maior dos serviços de saúde. Para isso, é necessário entender o processo de integralidade, fazer uma revisão sobre modelos assistenciais em saúde e sua evolução histórica, seguido por modelos alternativos e de gestão, criando um paralelo entre a determinação social, com suas variáveis, pacientes com doenças infectocontagiosas e a organização da rede em um município de médio porte com base na atenção básica. Este estudo se resume a um estudo bibliográfico com enfoque na integralidade e principalmente na proposta de um Centro de Infectologia, como uma tecnologia leve e de gestão, que de alguma forma proporcione a melhoria da qualidade de vida e acesso dos pacientes e familiares de doenças infectocontagiosas e que assume, provisoriamente, a Centralidade do modelo de atenção até a Atenção Básica poder assumir definitivamente estes serviços de saúde.

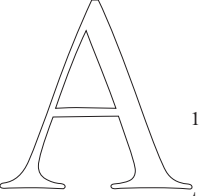
Os programas criados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde destinados às pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas, muitas vezes, se encontram desconectados ou em locais distantes para o acesso da população que em vários casos são portadores de mais de uma patologia, dificultando o tratamento e a sua reabilitação. A proposta de criação de um Centro de Infectologia, em cidades de médio porte, vem ao encontro desta necessidade para a reorganização da demanda e dos serviços, para que o paciente, dentro de um mesmo local de saúde, consiga ter acesso à orientação, à consulta, ao tratamento, ao medicamento, à diagnose, à reabilitação e, principalmente, ser contrarreferenciada a sua unidade básica de saúde próxima de sua residência para dar acompanhamento ao seu tratamento.

O Centro de Infectologia não se trata de um centro que ficará com o paciente vinculado a ele, na verdade, este vínculo será dado através das unidades básicas de saúde e encaminhado ao Centro de Infectologia. Além disso, o Centro terá o papel e a responsabilidade de atender tanto o paciente quanto sua família de forma integral. A integralidade está nos níveis primários, secundários, terciários, quaternários, etc. e existe quando há: Promoção da Saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e cuidado; quando existe integralidade social, física e psicológica; admitem-se todas as possibilidades terapêuticas, dando acesso, por exemplo, à acupuntura; deve haver trabalho interdisciplinar e intersetorial; deve-se entender integralidade como processo e não como fim; a educação em saúde tem que ser horizontal e necessita de aceitação das diversidades (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007, p. 72)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade do trabalho desenvolvido na área da saúde remete à necessidade de um processo constante de reflexão e avaliação deste, que tenha como foco a qualificação da assistência, o atendimento às necessidades do usuário e a construção de um modelo de atenção à saúde universal, integral e resolutivo.

A existência de diferentes atores envolvidos no processo de trabalho em saúde – gestores, profissionais e usuários – demanda a organização de um trabalho integrado e horizontal em que



todos os sujeitos participam, seja como produtor ou como consumidor dos serviços ofertados, da construção do sistema de saúde.

Associada à integração dos diferentes sujeitos envolvidos no ato de cuidar, a perspectiva de direito deve perpassar toda a rede de saúde, incluindo os processos de formulação e execução das políticas, os processos de gestão e gerência destes até o plano de micro-organização do trabalho nas unidades e nos serviços de saúde. É nesse âmbito que se destaca a potencialidade do uso das tecnologias leves em função da autonomia relativa presente na área da saúde, enquanto tecnologias das relações permitem a humanização e a resolubilidade da assistência ao contribuir para a construção de relações de vínculo e confiança entre usuários e profissionais.

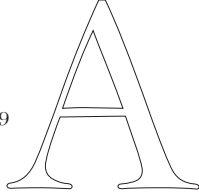
No âmbito dos processos de trabalho em rede, o acolhimento em especial sobressai como uma diretriz essencial nos serviços de saúde capaz de contribuir para a construção de um modelo de atenção à saúde centrada no usuário. É entendido como escuta qualificada que objetiva ouvir, interpretar e buscar respostas às necessidades de saúde, apresentando amplas possibilidades para: a) estimular o trabalho em equipe, ao ter como objetivo responder as necessidades do usuário, o profissional, necessariamente, se vê impelido a integrar-se com os outros membros da equipe e até mesmo profissionais de outros serviços e setores; b) ampliar o acesso, ao decodificar as necessidades do usuário, compreendendo-as no contexto em que se insere o acesso do usuário aos diversos serviços da unidade que é ampliado (serviços que, muitas vezes, o próprio usuário não foi buscar como atendimentos de outros profissionais, grupos educativos, etc.), além de romper com o acesso restrito à ordem de chegada no serviço e na distribuição de senhas e fichas; c) impulsionar a integralidade, articulando ações de cura, prevenção e reabilitação e considerando o usuário em seu contexto social, econômico e familiar; (d) reorganizar o processo de trabalho, rompendo com a lógica fragmentada e curativista dos serviços de saúde.

Tendo por base essa concepção, a integralidade no atendimento pode ser apontada como um dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho, uma vez que, ao atuar com foco no usuário e nas necessidades deste e com base no conceito ampliado de saúde, a integralidade contribui para o fortalecimento da perspectiva de direito e para a qualificação da assistência. Os processos de avaliação dos serviços de saúde devem, permanentemente, buscar dispositivos e estratégias, como o acolhimento e a integralidade, que contribuam para a consolidação de um modelo de atenção à saúde, atuante na perspectiva da saúde e não da doença.

Após essa reflexão e revisão bibliográfica, constatou-se que a integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – em que se constrói a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico –garantindo-se a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

Foi verificado também que há uma necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área de saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e às necessidades das pessoas, como grupos e coletividades. O trabalho cotidiano apresenta-se instituído dentro dos padrões conhecidos e pouco inovador. Os processos de trabalho são esquadrihados a partir de cada categoria profissional e o usuário não é compreendido a partir das problemáticas sociais do território onde vive.

Além disso, os participantes deste estudo apontaram outras questões centrais na discussão atual da atenção básica e sua integração com as equipes de saúde mental: a falta de clareza acerca



das atribuições da ESF, os limites da sua atuação nesse campo, o papel dos ACS como mediadores do processo, a necessidade de formação continuada para essas equipes, a redefinição da perspectiva de matriciamento que tem se mostrado pouco eficiente na implementação de práticas de cooperação entre as equipes desses dois níveis de atenção, bem como a proposta de implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASFs no país.

Não basta inserir profissionais de saúde na atenção básica; não é suficiente planejar ações de supervisão às equipes da ESF. É preciso ter profissionais capacitados para detectarem problemas de saúde em seu território e propor formas de intervenção adequadas, além de criar redes de cooperação e trabalhadores com mecanismos institucionais claros que articulem essas equipes cotidianamente em relação à organização do trabalho.

Por fim, percebeu-se a necessidade de uma maior compreensão a respeito do termo integralidade da assistência à saúde das pessoas, o que proporcionou uma visão ampliada acerca do tema em questão, uma reflexão sobre as práticas e as ações como profissional de saúde, bem como questionar a qualidade da assistência à saúde que é oferecida à população nos serviços de saúde.

Ao finalizar este trabalho, analisou-se que os conhecimentos e a compreensão acerca da temática foram ampliados, o que permitiu refletir sobre as práticas e as ações como profissional, bem como levou a questionar a importância e a qualidade da assistência tanto na atenção básica quanto nos níveis secundários e terciários de saúde.

É preciso que ocorra uma mudança na atitude profissional dos trabalhadores e dos gestores, além de mudança na concepção do povo que necessita do serviço, que muitas vezes não entende seu atendimento como um direito de todo cidadão, e sim como um favor do Estado, e esta compreensão é necessária.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. Programa Saúde da Família: história, princípios, desafios atuais e futuros. In: SILVA, A. C. *et al* (Orgs). **Livro do Médico de Família – Medicina de Família e Comunidade – Saúde da Criança e do Adolescente**. 1. ed. Fortaleza: Gráfica e Editora LCR Ltda, 2008. v. 250, p. 31- 43.

AYRES, J. R. C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004

BAREMBITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

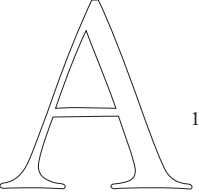
BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003. p. 196-206.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Âncora Comunicação, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de

Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: análise por Estados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde/ DAPE. **Saúde Mental no SUS: os**



centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.15, p.345-353, abr/jun. 1999.

LÓPEZ, Paloma Portero; LIMA, Roberta Cirne; MATHIEU, Gladys. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 76, n. 5, p. 577-584, set/out. 2002.

LOURAL, R. **O instituinte contra o instituído**. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo:

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte**. Campinas, 2001. Tese Doutorado em Saúde Coletiva (Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 116-160.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros; MATTOS, Ruben Araujo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

SILVA, A.C.; SARAIVA, J.N.S.; KIST, L.; SANTOS, M.J.W.; SARAIVA, R.V.S.. **Promoção da contra-referência no ambulatório com uso do prontuário eletrônico pela neurologia clínica pediátrica do hospital da criança conceição**. Porto Alegre, 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz.

TEXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2003. p. 89-112.