

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**As redes de atenção à saúde e a percepção dos profissionais da
atenção básica sobre a integralidade**

Renata Cristina Ventura Mascarelle

**São Paulo-SP
2018**

As redes de atenção à saúde e a percepção dos profissionais da
atenção básica sobre a integralidade

Renata Cristina Ventura Mascarelle

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do
Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

São Paulo
2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

As redes de atenção à saúde e a percepção dos profissionais da
atenção básica sobre a integralidade

Renata Cristina Ventura Mascarelle

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do
Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Área de concentração: Sistemas e Serviços de
Saúde

Orientadora Prof^a Dr^a Sonia Isoyama Venâncio

São Paulo
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Mascarelle, Renata Cristina Ventura

As Redes de Atenção à Saúde e a Percepção dos Profissionais da Atenção Básica sobre a Integralidade/ Renata Cristina Ventura Mascarelle. São Paulo, 2018.

111p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Sistemas e Serviços de Saúde

Orientadora Profª Drª Sonia Ioyama Venâncio

1. Atenção Primária em Saúde 2. Integralidade em Saúde 3. Sistema de Saúde 4. Educação Permanente 5 Saúde Pública

Dedicatória

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Luiz e Sueli pelo exemplo de amor.

Aos meus filhos, Rafaela e Leonardo, minhas preciosidades e que são a maior de todas as minhas vitórias. Em especial ao meu querido Ediel que sempre me incentivou para a realização dos meus sonhos, encorajando-me a enfrentar momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por ser essencial em minha vida, autor dos meus caminhos.

À secretaria municipal de saúde de Embu das Artes pela autorização e colaboração para a realização desta pesquisa.

À todos os participantes da pesquisa que compartilharam comigo suas reflexões valorosas.

Aos amigos que torceram por mim

Aos Prof Dr^o Tiago Lavras Trapé, Dr^a Tereza Rosa, Dr^o Volnei Pedroso e Dr^a Maria Cezira Nogueira Martins pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Agradeço aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde pelas trocas significativas e ensinamentos.

Aos colegas de mestrado pelos momentos de partilha, descontração e construção de saberes.

Em especial, a minha orientadora, Prof. Dr^a Sonia Venâncio pelo apoio, atenção constante e cuidado durante todo o estudo. Foi um prazer esse período de convivência.

As meus pais, por serem a minha referência de tantas maneiras e estarem sempre presentes na minha vida.

Ao meu marido, que representa minha segurança, meu companheiro incondicional, o abraço espontâneo e tão necessário.

Com carinho aos meus filhos, que foram inspiração para esta caminhada.

Mascarelle, RCV. As Redes de Atenção à Saúde e a Percepção dos Profissionais da Atenção Básica sobre a Integralidade. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.

RESUMO

Introdução: Talvez o princípio menos visível no percurso do SUS seja o da integralidade, fato este que pode estar associado às consequências do antigo modelo de saúde, no qual predominava o paradigma biomédico. A integralidade traz uma mudança significativa para o sistema de saúde, demonstrando que a atenção à saúde precisa considerar as necessidades do indivíduo e sua coletividade. Porém é um princípio amplo e pode apresentar diferentes concepções, que vêm sendo descritas por vários autores. Na perspectiva de que a organização dos serviços de saúde seja regionalizada e integrada e que ofereça uma condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, propõe as Redes de Atenção à Saúde. Passados alguns anos da publicação da portaria que implanta as Redes de Atenção à Saúde, os desafios para consolidação da integralidade vêm sendo superados?. Repensar as formas de organizar a atenção no SUS, desde o nível macro até a micropolítica, requer se reinventar e apostar no movimento de profissionais da saúde como sujeitos sociais com capacidade de raciocínio crítico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, bem como considerar a subjetividade presente no contexto. **Objetivo:** Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica quanto ao princípio da integralidade e Redes de Atenção à Saúde, analisando a percepção sobre os elementos de práticas de cuidado, organização dos serviços e políticas de saúde. **Método:** Pesquisa de caráter exploratório de natureza qualitativa, utilizando-se da pesquisa-intervenção, que consiste em uma tendência das pesquisas participativas com a finalidade de identificar as ações do coletivo na sua diversidade, possibilitando a atuação transformadora da realidade. Tendo como técnica de coleta os grupos focais, em que é possível tornar o espaço um fórum de expressões de percepções, valores, atitudes e representações sociais sobre uma situação específica. Os grupos foram constituídos por amostra intencional, tendo como critério de seleção em comum a atuação na atenção básica. As discussões dos grupos focais foram transcritas e transformadas em narrativas que pode trazer a concepção da hermenêutica dialética com a proposta de compreender os relatos do agir humano. **Resultado e Discussão:** Participaram do estudo dezoito profissionais que discorreram sobre as suas percepções em relação às RAS e a integralidade e os resultados foram agrupados baseados nos três eixos do referencial teórico metodológico: eixo macro, meso e micro, surgindo quatro categorias: conhecimento da política de saúde; desenvolvimento da política de saúde; organização do serviço de acordo com a necessidade de saúde da população e articulação dos saberes dos profissionais. **Considerações Finais:** O sentido das diversas vozes sobre a concepção da integralidade e RAS levou a reconhecer que a pouca efetividade das redes dificultam o desenvolvimento de um cuidado integral nos serviços de saúde, tornando a integralidade vulnerável e reforçando um modelo de saúde fragmentado, centrado apenas na doença.

Descritores: Atenção Primária em Saúde. Integralidade em Saúde. Sistema de Saúde. Educação Permanente. Saúde Pública.

Mascarelle, RCV. The Health Care Networks and the Perception of the Professionals of the Basic Attention on the Integrality [Dissertation]. Master's Program in Collective Health of CRH / SES-SP. São Paulo: State Secretariat of Health; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Perhaps the least apparent principle in the path of SUS is that of Integrality, a fact that might be associated with the consequences of the old health model, in which the biomedical paradigm prevailed. This principle significantly changes the health system and demonstrates that proper health care must consider the needs of the individual and those of the community. However, it is a broad principle and can present different conceptions, which have already been described by several authors. In order to ensure that the health services organization is not only regionalized and integrated but also offers more structurally adequate conditions for the establishing of the integrality of care, the Ministry of Health, through Administrative Rule No. 4,279, of December 30, 2010, proposes the Health Care network. After a few years of the publication of the ordinance that implements Health Care Networks, the challenges for the consolidation of integrality have been overcome. Rethinking ways to organize care in SUS, from the macro level down to the micropolitics, requires reinventing and betting on health professionals as responsible social subjects who are capable of critical reasoning and are sensitive to issues of life and society, as well as capable of considering the subjective aspects present in the context. **Objective:** To analyze the perception of Primary Care professionals regarding the principle of integrality and Health Care Networks, examining the perception about the elements of care practices, health service organization and health policies. **Method:** Exploratory research of a qualitative nature, using intervention research, which consists of a tendency of participatory research with the purpose of identifying the actions of the collective in its diversity, enabling the transforming action of reality. Having as collection technique the focus groups, in which it is possible to make space a forum of expressions of perceptions, values, attitudes and social representations about a specific situation. The groups were constituted by intentional sample, having as criterion of common selection the performance in the basic attention. The discussions of the focus groups were transcribed and transformed into narratives that can bring the conception of dialectical hermeneutics with the proposal to understand the reports of human action. **Results and Discussion:** Eighteen professionals discussed their perceptions regarding HCN and integrality and the results were grouped and based on the three axes of the theoretical methodological framework: macro, meso and micro axis. Thus four categories emerged: knowledge of health policies; development of health policy; organization of the service according to the health needs of the population and articulation of the professionals' knowledge. **Concluding Considerations:** The critical reflection of various voices about the conception of integrality and HCN has led to the recognition of the low effectiveness of networks, which hampers the development of integral care in health services, making integrality vulnerable and a fragmented health model, focused only in the disease.

Key words: Primary Health Care. Health Integrality. Health System. Permanent Education. Public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	17
1.2 O(S) CONCEITO(S) DE INTEGRALIDADE DA SAÚDE	21
1.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO AOS DESAFIOS DO ALCANCE DA INTEGRALIDADE	25
1.4 PRODUÇÃO DE SAÚDE E SUBJETIVIDADE	29
2 JUSTIFICATIVA	32
3 OBJETIVO GERAL	34
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MÉTODO	35
4.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	35
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
4.3 CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE PESQUISA	36
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	38
4.5 PARTICIPANTES	39
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	41
4.7 CONSTRUÇÃO DE NARRATIVAS	42
4.8 INTERVENÇÃO: OFICINA DE VALIDAÇÃO DAS NARRATIVAS	44
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 ARTIGO	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	82
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
INTRUMENTO COLETA DE DADOS	84
NARRATIVAS GRUPO FOCAL – ASSISTÊNCIAL	85
NARRATIVAS GRUPO FOCAL – GERENTES	93
AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	99
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	100
CURRÍCULO LATES	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de organização de serviços de saúde, apresentado no Relatório Dawson	26
Figura 2 - Mapa de Localização das Unidades de Saúde do município de Embu das Artes	37
Figura 3 - Etapas da análise dos dados coletados	41

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Categorias de análise utilizada no estudo	42
Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa da assistência com nível superior	53
Tabela 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa do grupo nível gerencial	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

A busca por novos conhecimentos na área da saúde tornou-se o propulsor pelo qual venho ao longo de alguns anos, dedicando esforços para a compreensão do Sistema de Saúde e suas nuances. Partindo desta intenção, discorro sobre as motivações pessoais e profissionais para a realização do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Em relação à minha formação acadêmica destaco: Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Santo André (2007); Especialização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pela Universidade Nove de Julho (2009); Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo (2013); Especialização em Gestão de Recursos Humanos na Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2013) e Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês (2014).

Iniciei minha trajetória na Saúde Pública no Município de Embu das Artes no ano de 2011, após aprovação em Concurso Público para o cargo de Enfermeiro. Nos primeiros meses de exercício, em uma Unidade Básica de Saúde, realizei atividades que foram perceptíveis para a coordenação de enfermagem, a qual solicitou minha atuação na Secretaria Municipal de Saúde junto à organização de fluxos para fornecimento de material domiciliar. Ao término desta atividade, em outubro de 2011, fui convidada a gerenciar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com duas equipes de Estratégia Saúde da Família, onde permaneci até abril de 2013.

Durante este período o Ministério da Saúde lança o PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, e com a contratualização das duas

equipes de ESF pertencentes à UBS na qual atuava como gestora, foi possível trazer junto das equipes, alguns aprendizados adquiridos anteriormente em unidade hospitalar com processos de Acreditação de Qualidade: ONA (Organização Nacional de Acreditação) e Joint Commission, utilizando como ferramentas de Gestão de qualidade o Ciclo PDCA (planejar, desenvolver, conferir/chechar, ajustar/atuar).

Na atenção secundária em atividade assistencial, e por prazer pelo conhecimento concluí como aluno ouvinte a disciplina de pós graduação “Gestão da Qualidade da Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP e como aluno especial a disciplina “Didática e Educação em Saúde” da Fundação Faculdade de Medicina ABC. Esses aprendizados anteriores proporcionaram uma organização das equipes de ESF para a primeira Avaliação do PMAQ.

A gestão da micropolítica do SUS foi um disparador para novos aprendizados e desafios e a qual resultou em um trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão de Recursos Humanos em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com o título “PMAQ: Um novo Modelo de Gestão de Qualidade na Atenção Primária”, que foi apresentado no 13º Congresso Paulista de Saúde Pública.

Como estudar é prazeroso, e com o objetivo de aprimorar a minha gestão na ESF, concluí a Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo, tendo como produção o trabalho “Habilidades e Atitudes para a Gestão de Unidade Básica de Saúde”.

Entre os anos de 2012 e 2013 juntamente com a atividade gerencial, atuei como docente e coordenador local, no Município de Embu das Artes, para o planejamento e execução do Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde, atividade de muito apreço. Facilitar o estímulo ao aprendizado e desenvolvimento profissional é algo intrínseco,

trazendo possibilidades de retocar a prática docente de outros momentos. Esta ação resultou em Menção Honrosa na XI Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios, XXVIII Congresso de Secretários Municipais do Estado de São Paulo em 2014, com o trabalho “A Formação do Agente Comunitário de Saúde como possibilidade de empoderamento para atuação”.

Em abril de 2013, com o convite para compor a equipe de coordenadores da Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Embu das Artes, atuei executando atividades no desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde, sendo responsável pela área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Através de um colegiado de gestão, foram inúmeros os aprendizados deste complexo Sistema Único de Saúde, desde financiamento, planejamento, monitoramento e desenvolvimento técnico e administrativo. Dentro das atribuições, inclui-se a coordenação do Núcleo de Educação Permanente e Humanização da Região de Mananciais, com o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente e a qualificação dos processos de trabalho e desenvolvimento profissional para o SUS, nesse contexto, em conjunto dos demais membros, foram desenvolvidos vários projetos de formação e qualificação para os profissionais que atuam no SUS.

Com a proposta de aperfeiçoar as práticas de Educação Permanente, conclui a Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, e com outros autores, foi possível receber Menção Honrosa no XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, 2015, com o trabalho “O planejamento estratégico como ferramenta para a implementação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde”.

Essas formações e trajetória no sistema de saúde, desde a área assistencial à gestão proporcionaram, em conjunto, uma ampliação do olhar para a importância dos profissionais

movidos para percorrer os objetivos do trabalho no SUS e foi possível observar as fragilidades para a implementação das Redes de Atenção à Saúde, quando se pensa que esta pode favorecer o princípio da Integralidade e o conceito ampliado de saúde com seus determinantes sociais.

Quando se fala de Integralidade, percebe-se que esse é um termo utilizado amplamente, porém em diferentes concepções, tanto pelos profissionais que atuam na assistência, como pelos que operam a gestão, gerando uma inquietação quanto ao assunto, motivando para a busca de uma resposta, através do mestrado profissional, com o uso da pesquisa científica.

Durante a realização desta dissertação, ao identificar a clara demanda por iniciativas de educação interprofissional em prol do fortalecimento das RAS, desenvolvi em parceria com a Universidade de São Paulo, um programa piloto de Educação Interprofissional para o cuidado às condições crônicas no âmbito da RAS" (Projeto CNPq 439155/2016-9). E escrevi para o município a linha de cuidados nas doenças crônicas não transmissíveis, DM e doenças cardiovasculares com planejamento estratégico e proposta de plano de ação para implantação, que foi entregue com todos os conteúdos a gestão.

O mestrado profissional poderá contribuir com o município, para o avanço no princípio da integralidade e maior efetivação das Redes de Atenção à Saúde, aperfeiçoando suas políticas públicas de saúde a partir da possibilidade do redirecionamento das práticas profissionais e subsidiando o planejamento de novas formas de organização.

1 INTRODUÇÃO

1.1 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Com o fim dos governos militares, entre 1979-85, o Brasil passou por uma fase de transição do regime autoritário para uma sociedade democrática, iniciando-se um novo período, caracterizado por transformações sociais e participação popular em atividade para a reformulação e ampliação do conceito saúde (FONSECA, 2006).

Inspirado pelo paradigma da medicina social surge no início de 1970 o movimento da Reforma Sanitária como disparador para mudanças necessárias ao modelo de saúde e contra hegemônico. Este amplo movimento social cresceu no país e reuniu diferentes setores da sociedade, que defendiam a saúde como uma questão social e não como uma situação exclusivamente biológica, legitimando a participação da sociedade nas discussões dos problemas de saúde, através de uma abordagem de equidade, universalidade e a integralidade das ações de saúde, com base na compreensão de saúde pelos determinantes sociais (WESTPHAL, 2006; PAIM *et al* 2011).

Mesmo que naquele período o país estivesse submetido ao comando militar, marcado pela plenitude da repressão política, principalmente até 1974, o movimento por uma Reforma Sanitária foi constituído em espaços sigilosos e emergiu de forma intensa com participação acadêmica, popular e de trabalhadores da saúde. Estes espaços se desenvolveram em forma de fóruns, para debates das ideias e propostas que ganharam visibilidade na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (FONSECA, 2006; SILVA, 2015).

“A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o instante mais significativo e democrático de debate sobre a questão social que jamais aconteceu neste país”. (SÉRGIO AROUCA, apud FALLEIROS, 2010, p. 239)

A democratização brasileira neste período possibilitou forte impacto sobre a sociedade, através da participação direta nos debates, com discussões transformadoras que permearam o campo da Saúde Pública, como a municipalização e a descentralização, frente à ruína do modelo de assistência particular vigente. Modelo este que não foi capaz de interferir no perfil de mortalidade e morbidade real, trazendo uma crescente insatisfação da população quanto aos serviços de saúde (CARVALHEIRO *et al*, 2013).

Visando romper com o modelo de medicina curativa, com intensa privatização do sistema de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi o principal marco desse processo com a formulação de um novo modelo de saúde pública, cujo relatório final e os trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, criada pelo Ministério da Saúde, em atendimento à proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde, serviram como norteador para a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde", em 1988. Instituiu-se então o Sistema Único de Saúde (SUS), com base no conceito de saúde com perspectivas sociais e resultantes de condições de vida, de acesso universal e igualitário, regulamentado através da lei 8.080 de 1990 (MERCADANTE, 2002; FALLEIROS, 2010).

O texto constitucional não foi fiel ao proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde, entretanto o fundamental foi mantido, sendo a saúde apontada como dever do Estado e direito do cidadão e a reformulação para um sistema único de saúde preservada, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, assim como a descentralização através do financiamento setorial, em relevância às relações

entre saúde e democracia, onde estados e municípios passaram a assumir as ações de saúde (MERCADANTE, 2002; FALLEIROS, 2010).

A VIII Conferência Nacional de Saúde contribuiu historicamente para a definição dos princípios do SUS, com propostas para a organização do sistema, ocorrendo em momento de transição da democracia, assumindo assim, um caráter preparatório para a nova constituição na área da saúde (FONSECA, 2006).

No cenário internacional, durante os anos 70, observaram-se importantes encadeamentos entre as ações da OPAS/OMS com o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que coincidiram em 1978 com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizado pela OMS e a UNICEF, tendo como produção, a declaração de Alma Ata, que recomenda a todos os países a repensar a atenção primária como um novo enfoque da saúde (RIBEIRO, 2007; CARVALHEIRO *et al.*, 2013).

A declaração de Alma Ata enfatizou o conceito ampliado de saúde, já divulgado em 1949 pela OMS, sendo um estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, e os governos comprometeram-se a formular políticas de saúde de forma a integrar a Atenção Primária em Saúde como essencial às suas atividades (OMS/UNICEF, 1979; RIBEIRO, 2007).

O SUS difundiu uma mudança ao nível estrutural no sistema de saúde brasileiro, focado na universalidade, utilizando a atenção primária como a porta de entrada para um sistema destinado a atender as necessidades da população, e a descentralização como forma de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, reforçada pela

crítica ao padrão construído nos governos militares, a hipercentralização (FALLEIROS, 2010).

Neste novo percurso, o SUS vem para substituir um modelo de acesso somente aos que contribuíam à seguridade social, presente no Brasil desde 1923, com a Lei Eloy Chaves, transcendendo para um conceito de saúde com alguns princípios regulamentados na Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990, como a universalidade, expressa no direito à vida e da igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação; a equidade, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a iniquidade é maior, e a integralidade, através de uma assistência integral que deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência (BRASIL, 1990).

A década de 90 foi marcada pelo compromisso para a efetivação do SUS, no campo das políticas sociais, frente à responsabilidade da redemocratização de forma a torná-lo um instrumento de redução das desigualdades sociais (MERCADANTE, 2002; PAIM *et al* 2011).

Com o objetivo de regulamentar o SUS, várias normas e portarias foram emitidas pelo Ministério da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas (NOB), e mecanismos de pactuações entre gestores, como o “Pacto pela Saúde”, que são instrumentos de Comissões Intergestores (tripartite e bipartite), que contribuíram para o avanço da municipalização das ações e serviços de saúde. Dentre as Normas Operacionais, é possível citar em especial a NOB/96 que cria o Programa de Agente Comunitário – PAC e o Programa de Saúde da Família – PSF, que instrumentalizaram o SUS para promover avanços na redução da mortalidade infantil e materna e o

controle de doenças e agravos prioritários, nos quais se incluem as doenças da pobreza, como diarreias e tuberculose (PAIM, 2003).

Mesmo diante de muitos esforços, vários problemas se colocaram para a efetivação do SUS, como o financiamento das ações de saúde, a definição de funções para os entes federal, estadual e municipal e a resistência do antigo modelo assistencial, baseado na doença e em ações curativas individuais (VIANA e POZ, 2005).

Segundo MENDES (1996), o SUS partiu para um novo paradigma, o sanitário, e de uma nova concepção do processo saúde doença, o conceito ampliado de saúde, onde a efetivação tem caráter de mudança cultural, que por natureza induz a uma temporalidade longa para a implantação.

De acordo com MATTOS (2004), o princípio menos visível no percurso do SUS, talvez seja o da Integralidade, fato este que pode estar associado às consequências do antigo modelo de saúde, no qual predominava o paradigma biomédico de saúde, com ênfase na assistência, deixando de lado ações de promoção e prevenção de saúde.

1.2 O(S) CONCEITO(S) DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

O tema da integralidade no Brasil faz parte das propostas da Reforma Sanitária, que foi assumida como princípio para organização do SUS, com a Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990, capítulo II, artigo 7, inciso II, sendo entendida

como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Esse princípio traz uma mudança significativa para o sistema de saúde, o qual foge da lógica da assistência médica curativa, demonstrando que a atenção à saúde precisa considerar as necessidades do indivíduo e sua coletividade (FREITAS *et al*, 2010).

Porém esse princípio do SUS é amplo e pode apresentar diferentes concepções, que vêm sendo descritas por vários autores, através da ideia de que a integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível.

Dentre os autores pesquisados, observa-se que o olhar para a necessidade de saúde individual é o ponto de partida para o alcance da integralidade.

CECÍLIO e LIMA (2000) destaca uma definição ampliada de integralidade a partir das necessidades de saúde, na qual a “integralidade focalizada” é resultado do esforço da equipe e dos seus diversos saberes no espaço dos serviços de saúde e a “integralidade ampliada”, resultado da articulação de cada serviço de saúde e do trabalho em rede como objeto de reflexão e das práticas da equipe de saúde. Por fim o autor define a integralidade como resultado de uma rede, institucional, de múltiplas “integralidades focalizadas” que se articulam em fluxos e circuitos sempre a partir das necessidades reais das pessoas.

Também na perspectiva da necessidade de saúde individual, MERHY (2002), refere que o cuidado integral em saúde deve ocorrer a partir de uma combinação

flexível de tecnologias duras, leve duras e leves. Tecnologias duras são aquelas ligadas a equipamentos e procedimentos; tecnologias leves duras, aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturado; e tecnologias leves, aquelas relacionais, no espaço subjetivo do profissional de saúde e paciente. Propõe a utilização das tecnologias em conjunto, tendo como ponto de partida para o cuidado em saúde as necessidades individuais.

O termo integralidade individual refere-se a uma coordenação durável das práticas clínicas, visando assegurar a continuidade dos serviços conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

CAMPOS e AMARAL (2007) destacam a clínica ampliada como processo para alcançar a integralidade, com base na construção de responsabilidades e de vínculos entre equipes de saúde e pacientes, através de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e suporte para os profissionais de saúde.

Alguns autores apontam como estratégia para o alcance da integralidade a relação entre gestão clínica e gestão organizativa.

MATTOS (2001) refere que a integralidade é a relação de um conjunto de pontos de atenção articulados com a gestão clínica para uma população adscrita, através do conhecimento da micropolítica.

HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2004) destacam a integração em saúde relacionada à gestão clínica e organizativa, que consiste em desenvolver uma governança comum de atores e organizações, através de uma rede de cuidados.

CONTANDRIOPOULOS (2001) refere que além da integração clínica e organizativa para o desenvolvimento da integralidade em saúde é fundamental uma interface da gestão clínica com todos os níveis de atuação (organização, território, região, estado), não podendo resultar apenas das relações entre organizações e profissionais, seguindo além, para outros níveis e instâncias políticas e decisórias.

Na concepção da gestão organizativa MENDES (2011) destaca que para superar o entrave que é a integralidade, é necessário combinar as diversas dimensões da vida e aponta como método que a produção do cuidado ocorra a partir da Atenção Básica como eixo estruturante deste sistema, de forma a coordenar e garantir a continuidade da assistência, de um modo integrado com os diferentes pontos de atenção.

Realizar a construção do cuidado de forma integral, que não se restringe ao acesso à rede, de forma a acompanhar o percurso do usuário para desenvolver uma rede de cuidados, utilizando-se da compreensão território, equipe e família, é fundamental. O foco na doença e não no sujeito como um todo ainda é comum, apesar de a integralidade ser um princípio básico do funcionamento do SUS e a teoria e a prática só fazerem sentido quando se articulam (KEMPER *et al*, 2015).

O reconhecimento da complexidade da integralidade em saúde nos diferentes contextos possibilita o conceito ampliado de Integralidade, que segundo PINHEIROS e MATTOS (2005) dever ser entendido como a interação entre as práticas dos profissionais, através do olhar holístico, com os pontos de atenção e com respostas governamentais aos problemas específicos de saúde.

1.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO AOS DESAFIOS DO ALCANCE DA INTEGRALIDADE

Ao considerar as necessidades de saúde da população, frente à situação epidemiológica e demográfica do Brasil, que indica para o envelhecimento da população de forma acelerada, observa-se a predominância das condições crônicas e alterações no perfil de morbimortalidade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) refletem principalmente em populações de média e baixa renda. No Brasil, pelo contexto das mudanças econômicas e sociais, pela transição demográfica que ocorreu na última década no país, as DCNT se tornaram prioridade nas políticas públicas. Dados apontam que 70% das mortes em 2007 estavam atribuídas às DCNT e que as taxas de mortalidade e sobrevivência estão relacionadas com a distribuição de renda no país (SCHMIDT *et al*, 2011).

Segundo LAVRAS (2011), é evidente a fragilidade do SUS para o enfrentamento das condições crônicas, sendo o sistema fragmentado e atuante em ações agudas. Essa fragilidade é observada na articulação entre as diversas esferas gestoras do sistema, entre os gestores municipais e as gerências dos serviços, entre os serviços de saúde e até mesmo entre as práticas clínicas desenvolvidas pelos profissionais de um mesmo serviço, o que gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção.

Na perspectiva de que a organização dos serviços de saúde seja regionalizada e integrada e que ofereça uma condição estruturalmente mais adequada para efetivação

da integralidade da atenção, respeitando a autonomia de gestão de cada município, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, propõe as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a importância de romper com o sistema fragmentado hegemônico ainda persistente, reflexo do modelo anterior (BRASIL, 2010).

Vale destacar que a primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, resultado de uma discussão para mudanças no sistema de proteção social (a garantia de inclusão a todos os cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade) depois da Primeira Guerra Mundial, com a finalidade de organizar os serviços de saúde para toda a população. Neste relatório, é apontado que para o alcance do objetivo, se faz necessária uma nova organização, com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa, tendo a Atenção Primária como ordenadora do sistema, a porta de entrada, abrangendo ainda conceitos de território, população adscrita e vínculo (DAWSON, 1964).



Figura 1. Esquema de organização de serviços de saúde, apresentado no Relatório Dawson. Fonte: DAWSON, 1964.

Em 2004, inicia-se no Brasil um impulso para a implantação das RAS, tendo como base a utilização de experiências internacionais, adequando-se à realidade brasileira: um sistema público universal e com fortes desigualdades regionais. Esse impulso culminou com a Portaria GM/MS n. 4.279/2010 e em seguida, o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que ratifica a ideia de RAS articuladas em regiões de saúde que através de pactuações na Comissão Intergestores Tripartite, resultou na priorização de cinco redes temáticas, sendo elas a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2010; CONASS, 2015).

Passados seis anos da publicação da portaria que implanta as Redes de Atenção à Saúde, os desafios para consolidação da integralidade vêm sendo superados?

As RAS vêm se organizando por um conjunto de serviços isolados, muitas vezes incomunicáveis e com dificuldades para prestar uma atenção continuada. Desta forma, fragmentados, com foco nas condições agudas, agindo de forma centrada na doença. A atenção primária raramente se comunica fluidamente com a atenção secundária e esse nível não se articula com a atenção terciária.

Em seu estudo, CONTEL (2015) expõe os olhares para a regionalização, como a relação homem e meio e como resultado da formação das redes urbanas, pilares da vida de relações e zonas de influência, que apresentam maior complexidade de ofertas de serviços criando-se regiões administrativas. A sociedade com influência do desenvolvimento do pensamento Marxista na geografia humana interfere na regionalização, que na verdade é o resultado do próprio avanço de globalização e por

mais que se tente homogeneizar, o espaço acaba-se por fragmentá-lo e regionalizá-lo ainda mais.

Porém, algumas estratégias vêm sendo utilizadas para uma rede funcionar, com base no trabalho das equipes de saúde que acionam suas redes, instituídas ou não, a partir dos projetos terapêuticos pensados para resolver os problemas de saúde dos usuários, sendo o projeto terapêutico o disparador da rede. Desta forma, o apoio matricial consiste numa organização em saúde segundo a qual uma equipe dispensa apoio especializado a outra, possibilitando a construção de um projeto terapêutico singularizado para os usuários. Desconstrói a lógica organizacional burocrática expressa na ideia hierárquica, de referência e contra referência, muito presente nas redes de serviços, facultando várias opções de “portas de entrada” e redes singulares construídas pelos próprios trabalhadores (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Para perseguir a integralidade deve-se buscar a integração das tecnologias de atenção e de gestão, que garanta não só o acesso aos diferentes serviços de saúde, mas também articulação com estratégias para implementar uma nova prática nos serviços, com a construção de uma rede de apoio à atenção básica (OLIVEIRA, 2014).

Segundo CECILIO, 2001, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e quando há uma equipe focada neste objetivo, através de uma articulação com as práticas, conseguindo escutar e atender as necessidades de saúde individual, podendo-se conseguir algum grau de integralidade.

1.4 PRODUÇÃO DE SAÚDE E SUBJETIVIDADE

Para MÉDICI *et al* (2011), as transformações no setor saúde refletiram em sua base técnica, portanto, nos profissionais e no processo de trabalho utilizado, representando para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde.

Na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, já se destacava a grande importância das questões referentes ao preparo de pessoal para que sua formação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira (MASCARELLE e BARBEIRO, 2014).

Em um contexto no qual está em evidência a necessidade de mudanças das práticas de atenção à saúde, que ultrapassem o modelo médico curativista e composto, predominantemente, por consumo de medicamentos e recursos diagnósticos, é imprescindível que a formação dos profissionais para a saúde avance, deixando para trás a formação baseada no paradigma biomédico, com atenção fragmentada, voltada para ações nas condições agudas e hospitalocêntricas e transcenda para um retrato onde o indivíduo possa ser entendido como sujeito, inserido em realidades distintas com influência dos determinantes sociais.

Repensar as formas de organizar a atenção no SUS, desde o nível macro até a micropolítica, requer se reinventar, de forma a incorporar outros valores e reformular as práticas cotidianas, transcendendo do ato prescritivo e curativo para o empoderamento dos sujeitos e produção de saúde (COELHO, 2008).

Segundo CECILIO (2001) para pensar na integralidade da atenção é necessário o olhar para como a micropolítica está na macropolítica e vice versa, de forma a observar que essa relação tem importantes implicações nas organizações das práticas de saúde, o que implica em rever os processos de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes.

Desta forma, é necessário reconsiderar o processo de trabalho em saúde, requerendo compromisso dos trabalhadores com a concepção ampliada de saúde e seus determinantes sociais, inspirados no paradigma da promoção da Saúde, considerando o caráter multiprofissional e interdisciplinar desta produção em um lugar onde se produz aprendendo e também, ao mesmo tempo, se reconstrói a própria subjetividade (COELHO, 2008; MASCARELLE e BARBEIRO, 2014).

À vista disto, CECILIO (2007) aponta que:

“mudanças na forma de se organizar o cuidado seriam quase a consequência "natural" do contato dos trabalhadores de saúde com determinados conceitos que vão sendo produzidos por um certo "pensamento crítico””

Portanto, cada trabalhador possui ideias, valores e concepções acerca de saúde e do seu trabalho e de como ele poderia ser realizado, utilizando-se de pequenos espaços de autonomia para agir de acordo com seus valores (FEUERWEKER, 2005).

Segundo CECÍLIO (2007), na gestão em saúde é necessário que ao invés de simplesmente introduzir normativas e protocolos, tenhamos o cuidado de não os levar prontos, mas fazer emergir conceitos e sentidos no encontro dialógico, lembrando que o outro também é produtor de conceitos, de categorias que nem sempre são as nossas ou têm os mesmos sentidos das nossas.

A teórica Paideia, CAMPOS (2003) reconhece as diferenças de papeis, de poder e de conhecimento, buscando estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais e considera o Efeito Paidéia como um processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam sua capacidade de buscar informações, de interpretá-las, favorecendo a compreensão de si mesmas, aos outros e ao contexto.

Segundo COELHO (2008), apesar do campo da gestão em saúde ter se ampliado após o modelo da chamada escola de Administração Científica estabelecido por Frederick Taylor, seu pilares gerais ainda não foram superados e na reconstrução do modo de governar instituições de saúde, é explícito o reconhecimento de todo o coletivo, através da aposta em dispositivos e arranjos institucionais para a aproximação teórica e técnica de como operar nas organizações e em grupos comprometidos com a produção de saúde e produção de sujeitos.

2 JUSTIFICATIVA

Na literatura, há um consenso sobre a necessidade do avanço do princípio integralidade em saúde, sendo este um desafio ou até mesmo obstáculo para a temporalidade da mudança cultural que o SUS enfrenta, reflexo do modelo de saúde anterior, baseado na saúde em hospitais e remediação com a doença já instalada, ao invés da aposta na forma de prevenção primária, tendo a Atenção Básica como porta de entrada.

Considerando que o princípio do SUS, integralidade, vem do movimento sanitário, com a perspectiva da compreensão de saúde através dos determinantes sociais, que induziu a transição da saúde pública para saúde coletiva, percebe-se que esse princípio pode remeter a diferentes interpretações, algumas tratando a integralidade como sinônima da garantia de acesso aos níveis do sistema de saúde, muito comum na organização das redes de atenção à saúde (RAS). Apostar no movimento de profissionais da saúde como sujeitos sociais com capacidade de raciocínio crítico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade e no respeito às relações entre os profissionais do nível local e da gestão em saúde, no intuito de incorporar as experiências decorrentes dos diversos saberes, bem como considerar a subjetividade presente nesse contexto, traz a conotação de que é imprescindível que os profissionais da Atenção Básica estejam implicados para que a integralidade em saúde possa ser alcançada e gerir esforços apenas em normativas pode não trazer o mesmo resultado.

Desta forma, no sentido de um **conceito ampliado de integralidade**, não apenas uma definição, mas um conjunto de significados que não resulta do aspecto unicamente da organização dos recursos disponíveis, mas do fluxo do usuário para o

acesso aos mesmos e da necessidade de saúde do indivíduo dentro da coletividade, cabe perguntar: Qual a percepção dos profissionais que atuam na atenção básica sobre o termo Integralidade na dimensão individual e organizacional, no contexto da implantação das Redes de Atenção à Saúde?

3 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica quanto o princípio da integralidade e à Redes de Atenção à Saúde.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção dos profissionais quanto a integralidade na Saúde, à luz de sua prática profissional.
- Identificar a percepção dos profissionais quanto a Redes de Atenção à Saúde, à luz de sua prática profissional.
- Identificar a percepção dos profissionais quanto os elementos das práticas de saúde, da organização dos serviços de saúde e da política de saúde que influenciam o alcance da integralidade.

4 MÉTODO

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O referencial teórico metodológico adotado neste estudo se insere na perspectiva qualitativa, onde um universo de significados podem ser aprofundados e expressos (MINAYO E COL, 2010). Para o esclarecimento do objeto de pesquisa e para a organização dos dados foi utilizado um quadro referencial, baseando-se nas três dimensões do conceito de integralidade expostas por MATTOS (2006).

1. A integralidade ancorada ao nível macro: referente às características das políticas de saúde ou respostas governamentais aos problemas de saúde, de forma a articular ações de alcance preventivo com as assistenciais;

2. Nível meso: relativo à organização e gestão dos serviços de saúde, de forma a atentar para a necessidade de articular a organização dos serviços de acordo com as reais necessidades de saúde da população, avaliando a demanda espontânea por atendimento e o planejamento das ações baseado na epidemiologia, com o uso de indicadores de saúde, de forma a eleger prioridades em torno das populações com os piores indicadores e maior vulnerabilidade. Com a organização dos serviços de saúde apenas com base em ações prioritárias corre-se o risco de rompimento da integralidade e, portanto a integralidade como princípio de organização deve ampliar a percepção das necessidades de saúde da população.

3. Nível micro: voltado para as práticas de saúde, com foco na necessidade de saúde, requerendo a articulação dos saberes dos profissionais de saúde para identificar as diversas demandas por saúde dos indivíduos e comunidades, através do trabalho em equipe.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo possui caráter de pesquisa-intervenção, que consiste em uma tendência das pesquisas participativas que segundo BRANDÃO (1987), possui a finalidade de identificar as ações do coletivo na sua diversidade qualitativa e através da proposta de atuação transformadora da realidade, é possível uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social.

4.3 CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE PESQUISA

Localizado na região sudoeste da Grande São Paulo, o município de Embu das Artes possui uma população estimada em 261.781 habitantes (IBGE 2015) e 72 Km² de área, sendo que 59% de seu território está em área de reserva ecológica, proteção aos mananciais da Represa de Guarapiranga. É recortado pela Rodovia Regis Bittencourt (BR 116) no trecho que liga São Paulo (SP) à Curitiba (PR), principal via de acesso ao Sul do país. Está distante 27 km do Centro da Capital Paulista, tendo como limite os municípios de São Paulo, Taboão da Serra, Cotia e Itapeverica da Serra.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para alcançar os objetivos, optou-se pela técnica de grupos focais que têm a finalidade de explorar como os fenômenos se desenvolvem e são expressos em um determinado contexto (KITZINGER, 2009).

A utilização de grupo focal em saúde coletiva é oportuna visto que possibilita o alinhamento de várias disciplinas para a interpretação de fenômenos que não conseguem ser compreendidos e enfrentados ao nível local e a facilidade de obter dados com certo nível de profundidade em um curto período. É uma técnica de pesquisa em que é possível tornar o espaço um fórum de expressões de percepções, valores, atitudes e representações sociais sobre uma situação específica (WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996).

As experiências descritas demonstram a utilização do grupo focal para o diagnóstico educativo de programas em saúde, assim como para a avaliação dos mesmos. Quanto à estratégia para capturar as percepções dos participantes do grupo, se faz necessário que os participantes discutam vários aspectos da temática em questão e não se limitem a alternância entre perguntas de um pesquisador e respostas dos participantes (WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996).

Os grupos focais iniciaram-se com a entrega, leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I) e com abertura para dúvidas. O pesquisador, moderador, realizou uma breve apresentação pessoal e do observador, convidado, com formação de nível superior na área da saúde, que registrou todas as impressões do grupo.

Foram oferecidas etiquetas com nome de flores para cada participante como forma de identificação para que pudessem se sentir seguro, no que diz respeito ao anonimato e sigilo, durante as discussões. Em cada grupo focal o pesquisador abordou as questões para discussão, a partir de um instrumento (anexo II) construído previamente, baseado nos objetivos do estudo, que pretendia captar a opinião dos participantes e incentivou os participantes a expressarem seus sentimentos e opiniões.

Dessa forma, pretendeu-se reunir informações sobre a percepção dos participantes quanto às Redes de Atenção à Saúde e a integralidade, a partir de um grupo selecionado, buscando uma análise em profundidade, por meio da interação grupal, explorando de que modo as pessoas qualificam suas experiências e conceitos, como definem um problema, e como suas opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos (WESTPHAL, BÓGUS, FARIA, 1996).

4.5 PARTICIPANTES

Os grupos focais contaram com a participação total de 18 profissionais que atuam na Atenção Básica do Município de Embu das Artes, considerando que esse nível de Atenção deve ser estruturado como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, de modo que a Atenção Básica possa favorecer a efetivação da integralidade.

Os dados foram obtidos por meio de dois grupos focais com características distintas e a fim de evitar restrições aos relatos. Considerando a posição de algumas

ocupações, realizou-se um grupo focal com profissionais da assistência com nível superior (enfermeiro, psicólogo e dentista) e um grupo com gerentes de Unidades Básicas de Saúde.

O critério de seleção em comum entre os grupos foi a atuação na atenção básica. Para o grupo de profissionais da assistência, foi utilizado também o critério de no mínimo dois anos de atuação na Atenção Básica. Não foi possível adotar o mesmo critério para o grupo de gerentes, devido às mudanças de gestão que inviabilizariam esta pesquisa.

Os grupos focais foram constituídos por cerca de 5 a 13 pessoas, por meio de amostra intencional, onde foi enviado convite às Unidades Básicas de Saúde para a participação dos profissionais e liberação no horário de trabalho. Porém, mesmo com o envio de convite antecipado e articulação com a gestão das unidades e com a SMS – Secretaria Municipal de Saúde sobre a melhor data e horário, o primeiro grupo focal agendado para ser realizado com profissionais da assistência de nível superior teve que ser remarcado, quando na confirmação da participação observou-se que um número mínimo de participantes não seria atingido, justificado pela não liberação dos profissionais em horário de trabalho devido à agenda de atividade na UBS. Na segunda data agendada houve a confirmação de oito participantes, porém apenas cinco compareceram, os demais fundamentaram não conseguir ausentar-se devido às suas funções.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As discussões dos grupos foram audiogravadas e suas falas transcritas na íntegra, para a análise, na qual a estratégia de análise escolhida foi a narrativa e o foco da análise foi os temas nelas presentes.

Os diferentes momentos da análise são descritos a seguir:



Figura 3 – Etapas da análise dos dados coletados.

O quadro 1 demonstra os eixos, as dimensões de análise baseado no referencial teórico metodológico escolhido para este estudo, surgindo quatro categorias: conhecimento da política de saúde; desenvolvimento da política de saúde; organização do serviço de acordo com a necessidade de saúde da população e articulação dos saberes dos profissionais.

Eixo	Dimensão da análise	Categoria de análise
Nível Macro	Características das políticas de saúde ou respostas governamentais aos problemas de saúde.	Conhecimento da política de saúde (integralidade e Redes de Atenção à Saúde)
Nível Meso	Organização e gestão dos serviços de saúde	Desenvolvimento da política de saúde pautada na integralidade. Organização do serviço de acordo com a necessidade de saúde da população.
Nível Micro	Práticas de Saúde	Articulação dos saberes dos profissionais de saúde para identificar as diversas demandas por saúde dos indivíduos e comunidades, através do trabalho em equipe.

Quadro 1. Categorias de análise utilizada no estudo.

4.7 CONSTRUÇÃO DE NARRATIVAS

A escolha pela abordagem de narrativas vem ao encontro do objetivo do estudo podendo favorecer a compreensão dos dilemas e impasses das práticas de saúde, assim como a possibilidade de produzir documentos que possam ser utilizados no processo de trabalho no SUS.

As investigações dos processos de trabalho em saúde têm exigido estratégias sistemáticas sensíveis e refinadas, para além de uma única via de acesso metodológico, especificamente a forma tradicional de fazer pesquisa, na qual os sujeitos de pesquisa permanecem como meros coadjuvantes (MAGNABOSCO-MARTINS e CECILIO, 2014).

Nesse sentido, a narrativa traz a concepção da hermenêutica dialética com a proposta de compreender os relatos do agir humano, movimento este onde não é

obrigatório que se esqueça de todos os conhecimentos prévios sobre o assunto, porém é imprescindível ter uma postura aberta para ouvir o outro e realizar a conexão da opinião do outro com os conjuntos das opiniões próprias (PINTO *et al*, 2016).

Ao entrar em contato com as primeiras dialéticas é habitual que o intérprete perceba um primeiro sentido e é necessário que este sentido seja revisado constantemente, com base no que vai surgindo à medida que se avança na percepção do fenômeno. Opiniões adversas devem ser colocadas na elaboração da narrativa até que se possa estabelecer uma unidade de interpretação (PINTO *et al*, 2016).

ONOCKO CAMPOS e FURTADO (2008) relatam que a origem da narrativa surgiu com Aristóteles e com Santo Agostinho, este último, apresenta em sua obra a incerteza do ser e não ser do tempo, trazendo à narrativa um caráter temporal da experiência humana, onde a narração implica memória e não se deve abolir a temporalidade, mas sim, aprofundá-las. A narrativa é uma linguagem, mas a experiência e a ação que se articulam resistem, onde a memória (passado), a ação (presente) e espera (futuro) é um tríplice presente.

Aristóteles descreve a narrativa como uma experiência humana, com forma e estilos, sendo a forma o meio como descreve a ação, a sua representatividade e a maneira que os fatos se passaram, gerando uma inquietação e assim, produzindo uma ação que pode trazer uma reflexão sobre a prática, este sendo o estilo, ou seja, como tornou-se após a reflexão: melhores, iguais ou piores (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

A narrativa descreve a relação entre a particularidade do sujeito e o que o intrigou, sendo que a provocação intrínseca faz surgir o necessário e gera uma ação

que é a compreensão do agir humano, o significado para o indivíduo, sendo então a narrativa as histórias não contadas (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

Partindo desse pressuposto, pretendeu-se fazer emergir das discussões dos grupos focais um sentido para as histórias vividas e a percepção dos participantes sobre o tema abordado.

4.8 INTERVENÇÃO: OFICINA DE VALIDAÇÃO DAS NARRATIVAS

As vivências vão transformando de forma temporal os significados, a ação é que marca o sentido e é nessa passagem de constante metamorfose que ocorre a ampliação e significado do conhecimento, que não é estático e sim se estende e amplia. O acontecimento ocorre na temporalidade, gerando transformação e tornando-se marcado, ou seja, não é passageiro e sim faz parte (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

Neste sentido, a intervenção buscou influenciar o universo pesquisado, propiciando um fortalecimento dos próprios participantes, através do envolvimento dos atores na retomadas de sua narração, através do círculo hermenêutico, possibilitando o contato com as narrações de outros participantes.

A intervenção se deu após a realização dos grupos focais, transcrição dos áudios, definição das categorias de análise (expresso no quadro I), elaboração das narrativas de cada grupo focal (anexo III), seguido, então, por uma oficina com cada grupo focal, com o propósito também, de validar as narrativas produzidas.

Na oficina de validação com o grupo focal assistencial, nível superior, estiveram presente 80% dos participantes, justificado por férias dos profissionais. No grupo focal gerentes participaram 76,9%, ausências relacionadas a convocações para reunião no mesmo dia e horário previamente agendado.

As narrativas produzidas pelo pesquisador foram compartilhadas com os atores no transcorrer da investigação, através das oficinas de validação, que permitiu que cada participante pudesse realizar uma reflexão acerca dos desafios para o alcance da integralidade e fortalecimento das RAS no município de Embu das Artes. Alguns participantes se reconheceram nas narrativas, realizaram considerações sobre o processo que passaram e ponderaram sobre a suas atuações no cotidiano de trabalho, com avaliação positiva sobre a ação realizada.

Após a validação, de forma a contribuir com uma possível elaboração aprofundada do assunto, foi transmitido um vídeo de aproximadamente 10 minutos de duração, que abordou sobre as RAS. Ao final do vídeo, foi aberto para comentários e as discussões de cada participante, fortalecendo a reflexão sobre o assunto e contribuindo para o avanço das RAS no município.

Antes da oficina de validação, as narrativas construídas passaram pela validação em par, ou seja, um segundo pesquisador, o orientador do projeto, teve acesso às transcrições e narrativas a fim de evitar lacunas neste percurso.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa atendeu as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/MS 466, de 12 de dezembro de 2012, preservando o respeito à integridade física e moral dos sujeitos da pesquisa. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e a coleta de dados iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde CEPIS – SP, sob o parecer nº 1.940.088. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes foram comunicados sobre as regras de sigilo e também informados que o estudo não acarretará nenhum risco aos sujeitos envolvidos ou à Unidade Básica de Saúde, de forma que ao iniciar cada grupo focal foi realizada a leitura do TCLE e esclarecimento de dúvidas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do presente trabalho serão apresentados no formato de artigo científico, que será submetido à Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, para publicação.

Os textos das narrativas, validados em reuniões com os profissionais que participaram dos grupos focais, são apresentados na íntegra nos Anexos III.

5.1 ARTIGO¹

A percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Integralidade e Redes de Atenção à Saúde: Narrativas

The perception of primary health care professionals on the topic of integrality and health care networks: narratives

La percepción de los profesionales de la atención primaria a la salud sobre la integralidad y redes de atención a la salud: narrativas

¹ Ressalta-se que este artigo encontra-se de acordo com a formatação de submissão ao periódico Interface - Comunicação, Saúde, Educação.

A percepção dos profissionais da atenção primária à Saúde sobre a integralidade e redes de atenção à saúde: narrativas**The perception of primary health care professionals on the topic of integrality and health care networks: narratives****La percepción de los profesionales de la atención primaria a la salud sobre la integralidad y redes de atención a la salud: narrativas**

Resumo: Estudo realizado através da pesquisa-intervenção que possui a finalidade de identificar as ações do coletivo na sua diversidade qualitativa com a proposta de atuação transformadora da realidade. Foram adotados grupos focais e análise através de narrativas que podem trazer a concepção da hermenêutica dialética com a perspectiva de compreender os relatos do agir humano. As narrativas foram validadas em oficina de intervenção e os resultados foram agrupados baseados nos três eixos do referencial teórico metodológico utilizado: eixo macro, meso e micro, elucidando quatro categorias: conhecimento da política de saúde; desenvolvimento da política de saúde; organização dos serviços e articulação dos saberes dos profissionais. O sentido das diversas vozes levou a reconhecer que a falta de efetividade das redes dificultam o desenvolvimento de um cuidado integral e, tornando a integralidade vulnerável e reforçando um modelo de saúde fragmentado, centrado na doença.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Integralidade em Saúde. Sistemas de Saúde. Educação Permanente. Saúde Pública.

Abstract: This study was carried out through intervention research that aims to identify the actions of the collective in its qualitative diversity with the proposal of transforming action of reality. Focal groups and analysis have been adopted through narratives that can bring the conception of dialectical hermeneutics to the perspective of understanding the accounts of human action. The narratives were validated in an intervention workshop and the results were grouped based on the three axes of the theoretical methodological reference used: macro, meso and micro axis, elucidating four categories: knowledge of health policy; development of health policy; organization of services and articulation of the knowledge of professionals. The sense of the diverse voices has led to the recognition that the lack of effectiveness of the networks makes it difficult to develop integral care and, making integrality vulnerable and reinforcing a fragmented, disease-centered health model.

Key-words: Primary Health Care. Integrality in Health. Health Systems. Permanent Education. Public health

Resumen: Estudio realizado a través de la investigación-intervención que tiene la finalidad de identificar las acciones del colectivo en su diversidad cualitativa con la propuesta de actuación transformadora de la realidad. Se adoptaron grupos focales y análisis a través de narrativas que pueden traer la concepción de la hermenéutica dialéctica con la perspectiva de comprender los relatos del actuar humano. Las narraciones fueron validadas en taller de intervención y los resultados fueron agrupados basados en los tres ejes del referencial teórico metodológico utilizado: eje macro, meso y micro, elucidando cuatro categorías: conocimiento de la política de salud; desarrollo de la política de salud; organización de los servicios y articulación de los saberes de los profesionales. El sentido de las diversas voces llevó a reconocer que la falta de efectividad de las redes dificulta el desarrollo de un cuidado integral y, haciendo la integralidad vulnerable y reforzando un modelo de salud fragmentado, centrado en la enfermedad.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Integralidad en Salud. Sistemas de Salud. Educación Permanente. Salud pública.

Introdução

Tendo como pano de fundo as lutas de redemocratização do país e inspirado pelo paradigma da medicina social, surge no início de 1970 o movimento da Reforma Sanitária como disparador de mudanças necessárias ao modelo de saúde vigente contra-hegemônico. Este amplo movimento cresceu no país e reuniu diferentes setores da sociedade, que defendiam a saúde como uma questão social e não como uma situação exclusivamente biológica, através de uma abordagem de equidade, universalidade e integralidade, com base na compreensão dos determinantes sociais^{1,2}.

Visando romper com o modelo de medicina curativa, a VIII Conferência Nacional de Saúde contribuiu historicamente para a definição dos princípios do SUS^{3,4}, com propostas para a organização do sistema, assumindo um caráter preparatório para a nova constituição na área da saúde⁵.

O Sistema Único de Saúde (SUS) partiu para um novo paradigma, o sanitário, e de uma nova concepção do processo saúde-doença, o conceito ampliado de saúde. Sua efetivação tem caráter de mudança cultural, que por natureza induz a uma temporalidade longa para a implantação⁶.

Talvez, o princípio menos visível no percurso do SUS, seja o da Integralidade, fato que pode estar associado às consequências do antigo modelo de saúde, no qual predominava o paradigma biomédico, com ênfase na assistência⁷.

O termo integralidade pode ser entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema⁶. Porém esse princípio é amplo e pode apresentar diferentes concepções, que vêm sendo descritas por vários autores, através da ideia de que a integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível.

Reconhecer a complexidade da integralidade possibilita o olhar para um conceito ampliado, que deve ser entendido como a interação entre as práticas

dos profissionais, através do olhar holístico, com os pontos de atenção e com respostas governamentais aos problemas específicos de saúde⁸.

[subtítulo] As redes de atenção à saúde como estratégia de enfrentamento aos desafios do alcance da integralidade.

Na perspectiva de que a organização dos serviços de saúde seja regionalizada e integrada e que ofereça uma condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade, respeitando a autonomia de gestão de cada município, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, propõe as Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁹.

No entanto, a RAS vêm se organizando por um conjunto de serviços isolados, muitas vezes incomunicáveis e com dificuldades para prestar uma atenção continuada. Desta forma, fragmentados, com foco nas condições agudas, agindo de forma centrada na doença. A APS raramente se comunica fluidamente com a atenção secundária e esse nível não se articula com a atenção terciária.

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede e quando há uma equipe focada neste objetivo, através de uma articulação com as práticas, conseguindo escutar e atender as necessidades de saúde individual¹⁰.

[sub-subtítulo] Produção de saúde e subjetividade

Repensar as formas de organizar a atenção no SUS, desde o nível macro até a micropolítica, requer se reinventar, de forma a incorporar outros valores e reformular as práticas cotidianas, transcendendo do ato prescritivo e curativo para o empoderamento dos sujeitos e produção de saúde¹¹.

Para pensar na integralidade da atenção é necessário olhar para como a micropolítica está na macropolítica e vice versa, o que implica em rever os processos de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes.

Desta forma, é necessário reconsiderar o processo de trabalho em saúde, o que requer compromisso dos trabalhadores com a concepção ampliada de saúde e seus determinantes sociais, inspirados no paradigma da promoção da Saúde, em um lugar onde se produz aprendendo e também, ao mesmo tempo, se reconstrói a própria subjetividade^{11,12}.

Portanto, cada trabalhador possui ideias, valores e concepções acerca de saúde e do seu trabalho e de como ele poderia ser realizado, utilizando-se de pequenos espaços de autonomia para agir de acordo com seus valores¹³.

Apostar no movimento de profissionais da saúde como sujeitos sociais com capacidade de raciocínio crítico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade e no respeito às relações entre os profissionais do nível local e da gestão em saúde, traz a conotação de que é imprescindível que os profissionais da APS estejam implicados para que a integralidade possa ser alcançada.

Desta forma, no sentido de um conceito ampliado de integralidade que não resulta unicamente da organização dos recursos disponíveis, mas do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos e da necessidade de saúde do indivíduo, questiona-se: Qual a percepção dos profissionais que atuam na APS sobre a integralidade na dimensão individual e organizacional, no contexto de implantação das Redes de Atenção à Saúde?

Assim, essa pesquisa, objetivou analisar a percepção dos profissionais da APS quanto o princípio da integralidade e as RAS.

Método

Estudo qualitativo, realizado em um município da região metropolitana de São Paulo, com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,735¹⁴ e cobertura de ESF (Estratégia de Saúde da Família) em cerca de 35% do território¹⁵. Utilizou-se como quadro referencial as três dimensões de integralidade expostas por Mattos⁷, ou seja, a integralidade ancorada em nível macro, meso e micro, através da combinação de ações referentes ao desenvolvimento das respostas aos problemas de saúde, tendo como princípio de organização a percepção ampliada das necessidades de saúde da população, com a articulação dos saberes dos profissionais, através do trabalho em equipe.

Para a coleta de dados optou-se pela técnica de grupos focais considerando que a utilização deste recurso é oportuna na saúde coletiva visto que possibilita o alinhamento de várias disciplinas para a interpretação de fenômenos que não conseguem ser compreendidos e enfrentados ao nível local e a facilidade de obter dados com certo nível de profundidade¹⁶.

Foram realizados dois grupos focais, com um total de dezoito participantes, com características profissionais distintas a fim de evitar restrições aos relatos, considerando a posição de algumas ocupações. Um grupo foi formado por profissionais da assistência com nível superior (Dentista, Enfermeiro e Psicólogo) e um grupo com gerentes de Unidade Básica de Saúde (UBS). O critério de seleção para o grupo de profissionais da assistência foi de dois anos no mínimo de atuação na APS. Não foi possível adotar o mesmo critério para o grupo de gerentes, devido às mudanças de gestão que inviabilizariam esta pesquisa.

Em cada um dos grupos focais foi utilizado um roteiro prévio referente a temática da pesquisa e os participantes convidados a falar livremente sobre suas experiências cotidianas, com a presença do moderador (pesquisador) e de um observador, que registrou todas as impressões do grupo.

As discussões dos grupos foram audiogravadas e suas falas transcritas na íntegra, para posterior análise. A estratégia de análise escolhida foi a narrativa.

[subtítulo] Construção das diversas vozes

A abordagem de narrativas traz a concepção da hermenêutica dialética, e tem como proposta, compreender os relatos do agir humano, movimento este onde não é obrigatório que se esqueça de todos os conhecimentos prévios sobre o assunto, porém é imprescindível ter uma postura aberta para ouvir o outro e realizar a conexão da opinião do outro com os conjuntos das opiniões próprias¹⁷.

Aristóteles descreve a narrativa como uma experiência humana, com forma e estilos, sendo a forma o meio como descreve a ação, a sua representatividade e a maneira que os fatos se passaram, gerando uma inquietação e assim, produzindo uma ação que pode trazer uma reflexão sobre a prática, este sendo o estilo, ou seja, como se tornou após a reflexão: melhores, iguais ou piores¹⁸.

As narrativas construídas passaram pela validação em par, ou seja, um segundo pesquisador, que teve acesso às transcrições e narrativas a fim de evitar lacunas neste percurso.

Posteriormente foi realizada uma oficina de validação-intervenção que buscou influenciar o universo pesquisado, propiciando um fortalecimento dos próprios participantes, através do envolvimento dos atores na retomadas de sua narração, através do círculo hermenêutico, possibilitando o contato com as narrações de outros participantes. A intervenção se deu após a realização dos grupos focais, transcrição dos áudios, definição das categorias de análise, elaboração das narrativas de cada grupo focal, seguido, então, por uma oficina com cada grupo focal, com o propósito também, de validar as narrativas produzidas.

A pesquisa foi desenvolvida, segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/MS 466, de 12 de dezembro de 2012 e a coleta de dado iniciou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde CEPIS – SP, sob parecer nº 1.940.088.

Resultados e discussão

No total participaram do estudo dezoito profissionais que discorreram sobre as suas percepções em relação às RAS e a integralidade.

As duas tabelas a seguir reúnem informação de cada grupo, referente à formação e tempo de atuação na APS.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da assistência com nível superior.

Participante	Graduação	Tempo na função na APS (meses)
A	Enfermagem	36
B	Psicologia	60
C	Enfermagem	60
D	Enfermagem	42
E	Odontologia	192

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do grupo nível gerencial.

Participante	Graduação	Tempo na função na APS (meses)
F	Medicina	03
G	Gestão RH	48
H	Assistência Social	03
I	Fisioterapia	06
J	Enfermagem	04
K	Enfermagem	03
L	Enfermagem	03
M	Enfermagem	168
N	Enfermagem	01
O	Administração	01
P	Fisioterapia	02
Q	Enfermagem	04
R	Enfermagem	03

Na tabela 1, chama a atenção o número de participantes no grupo focal, motivado pela não liberação dos profissionais em horário de trabalho por conta das atividades nas UBS, mesmo com agendamento prévio. Já na tabela

2, nota-se o tempo que os participantes ocupavam a função gerencial, porém, dez, destes participantes já haviam exercido anteriormente funções na APS no mesmo município.

Os resultados foram agrupados baseados nas dimensões do referencial teórico metodológico¹⁹, emergindo quatro categorias de análise: eixo macro, referente ao conhecimento sobre a política de saúde, eixo meso que foi dividido em duas categorias: uma relacionada à gestão municipal quanto ao desenvolvimento da política de saúde e a segunda com foco no nível da gerência das UBS, sobre a organização do serviço de acordo com as necessidades de saúde da população e eixo micro, no que tange a articulação do saberes dos profissionais. A seguir são apresentados trechos das narrativas validadas pelos participantes para expressar as suas percepções nos eixos e dimensões analisadas.

Eixo macro - a percepção quanto à política de saúde: integralidade e as RAS

Este eixo refere-se à integralidade ancorada ao nível macro, quanto às características das políticas de saúde.

Nos dois grupos focais, os profissionais destacam a integralidade através do conceito do atendimento do paciente como um todo no contexto da comunidade.

“Para nós a integralidade representa o atendimento do paciente como um todo. É um dos princípios dos SUS, assim como a universalidade e a equidade, porém é o mais relevante”. (GF profissionais)

“É não ver o indivíduo fragmentado, compreender que esse paciente está inserido em um contexto, enxergando-o na sua integralidade”. (GF gerentes)

A integralidade é o mais polissêmico princípio do SUS e talvez considerado o mais relevante, ao abordar as necessidades dos usuários no contexto familiar e seus determinantes sociais de saúde e impulsionar o acesso para os outros princípios doutrinários²⁰.

Em um dos grupos focais, alguns participantes apontaram o desconhecimento sobre o tema integralidade.

“Sobre integralidade alguns de nós nunca tínhamos ouvido falar, mas nós entendemos que a integralidade é o atendimento do indivíduo como um todo”. (GF gerentes)

O desconhecimento quanto à política de saúde possivelmente pode gerar impacto no movimento de consolidação do SUS, uma vez que os profissionais da APS são os grandes protagonistas deste sistema.

Os participantes de ambos os grupos focais, na sua maioria, apontam o mesmo fato quanto à percepção em relação ao conhecimento sobre as RAS.

“Sobre as RAS, não conhecemos. Ficamos na dúvida se seria os apoios, como saúde mental e coordenação e se as redes seriam individualizadas ou o NASF entraria junto”. (GF profissionais)

“Quanto às RAS, alguns de nós não conhecemos. Outros de nós já ouvimos falar da rede cegonha e crônicos”. (GF gerentes)

“Alguns de nós já ouvimos falar da rede cegonha por conta de conhecidos que trabalham em outros municípios e porque houve uma época em que se falou que poderia ser implantada essa rede na renovação da maternidade, mas não ouvimos mais nada e não ouvimos falar de outras”. (GF profissionais)

Este fato pode estar relacionado com a justaposição de saberes e a centralização de papéis, que confronta com a valiosa produção de conhecimentos através do compartilhamento das diferentes ideias, e se justifica mediante reconhecimento da complexidade dos fenômenos, dialogando com olhares diferenciados no caminho para uma nova visão em saúde^{20, 21}.

Em ambos os grupos focais, observou-se principalmente que quando os participantes foram questionados sobre as RAS, houve uma pequena pausa nas discussões em curso, certo silêncio, com posterior questionamento do que seriam essas redes, sendo necessárias pequenas introduções para continuidade nas discussões, ficando claro com as narrativas apresentadas a necessidade de maior discussão da política de saúde, junto aos seus principais atores, como precursora da APS.

“Em relação às RAS, teve uma época que o município falou que poderia implantar a rede cegonha, no acolhimento da gestante, no pré parto, pós parto, mas não conhecemos como isso ficou. A mesma coisa, para doenças crônicas não sabemos se são diferentes do programa hiperdia”. (GF profissionais)

O desconhecimento da rede e da política de saúde pode limitar a atenção ao usuário, restringindo-o ao âmbito do serviço e concentrando as ações nos agravos já estabelecidos, em detrimento de ações intersetoriais no território.

“Achamos que as redes não estão estabelecidas no município e o sistema não está preparado para aderir às cinco redes, principalmente a rede de deficientes físicos”. (GF gerentes)

“Observamos que a rede mais implantada é a saúde mental”. (GF profissionais)

“Na rede de crônicos houve uma tentativa de implantação que não prosseguiu, mas não está paralisada, não está péssima”. (GF gerentes)

As narrativas apresentadas apontam que os participantes não reconhecem as RAS dentro do território de trabalho, porém demonstram suas percepções sobre cada uma delas, atestando que há uma tentativa real de existência e reforçam a necessidade de compreender com profundidade cada uma.

“Se tivéssemos mesmo as redes de saúde e apoio ia ser magnífico”. (GF profissionais)

“Talvez tenhamos o serviço e não conhecemos e por isso falamos que não temos”. (GF gerentes)

“Precisamos entender a fundo a importância de cada rede para não ficarmos perdidos”. (GF gerentes)

Eixo Meso - A percepção quanto ao desenvolvimento da política pautada na integralidade

O eixo meso relaciona-se com o desenvolvimento da política pautada na integralidade. A partir das narrativas observa-se um modelo de saúde que carrega a fragmentação do cuidado, situação que pode ser reflexo do paradigma biomédico que dificulta um olhar ampliado de saúde.

“Complicada a forma como tudo está departamentalizado, com diversas especialidades que desintegram o paciente”. (GF profissionais)

Há um consenso quanto à criticidade às diversas especialidades que ocasionam a fragmentação do cuidado e a integralidade se contrapõe a essa abordagem reducionista do indivíduo²².

“A estrutura do trabalho não facilita a visão para a integralidade, que deveria ser uma prática bem usual, trocar informações e ouvir melhor o paciente, que muitas vezes está angustiado e em uma consulta de exame físico e conduta não resolve”. (GF profissionais)

“Acreditamos que a rede cegonha está bem melhor, mas a dificuldade para o trabalho em rede é que não temos contra referência, o que faz falta para continuidade do atendimento”. (GF gerentes)

Além disso, as narrativas revelam a importância de fluxos de referência e contra-referência bem estabelecido, salientando para essa magnitude, considerando a APS a ordenadora da RAS.

“Uma de nossas dificuldades está quando os idosos vão para alguma especialidade e quando retornam à unidade não sabem explicar como procedeu, só mostram o receituário, não vem nada escrito para sabermos o que foi feito. Sem contar os casos que não retornam à unidade”. (GF profissionais)

“Acontece muito de o paciente ir para outro serviço e nós não sabermos mais o que aconteceu, em que ponto está o tratamento, com exceção do paciente da oncologia que há um supercontrole, mas cardiopatas e até pacientes psiquiátricos, nós perdemos o paciente”. (GF profissionais)

“Por não ter contra referência orientamos os pacientes que vão para o especialista a voltarem na unidade para nos dizer o que aconteceu, mas nem sempre ele volta e perdemos o vínculo”. (GF gerentes)

Evidencia-se nas narrativas a limitação da rede de serviços e a fragmentação do cuidado, possível reflexo da ausência de fluxos bem definidos, se tornando uma urgência o estabelecimento de arranjos que sejam

efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a demanda e a capacidade física instalada.

A fragmentação da atenção é reflexo do modo de organizar o trabalho e induz os serviços a se responsabilizarem pelos usuários apenas enquanto estes estão dentro de seu espaço físico, nem antes de entrarem, nem depois de saírem.

Os participantes reconhecem que diante da fragilidade dos fluxos e volume da demanda, esforços estão sendo empreendidos a fim de garantir acesso a populações prioritárias.

“Mas uma coisa boa é que pelo menos para um público específico, exemplo gestantes, existem vagas garantidas para passar com o dentista”. (GF profissionais)

A despeito da área de saúde bucal apresentar na literatura a pouca articulação com os demais setores da APS e com o território, observa-se na narrativa uma preocupação com o cuidado, embora seja clara a inexistência da rica possibilidade de interação interdisciplinar²⁰.

“Outra situação que acontece conosco é quando fazemos o diagnóstico de certas patologias e temos que encaminhar para outro serviço e não há referência no município, dificultando o nosso trabalho”. (GF profissionais)

“Acontece às vezes de alguns de nós necessitarmos de exames ou avaliação de cardiologia para cirurgia dentária e temos que encaminhar para o clínico geral, que irá encaminhar para o cardiologista e acabamos por perder esse paciente, não existe fluxo e controle para isso”. (GF profissionais)

“A odontologia é segregada, não sabemos nada sobre as redes, no máximo sabemos sobre a rede cegonha porque envolve a grávida na saúde bucal”. (GF profissionais)

Outra área de destaque pelos participantes foi a saúde mental, evidenciando-se as Redinhas, que se refere no município estudado, a uma rede específica formada por um conjunto de até três UBS e seus territórios, com os mesmos serviços de referência e equipamentos sociais, onde os diferentes atores debatem casos relevantes de cada território como também casos mais complexos. Os achados neste campo coincidem com outro estudo²³ realizado no mesmo município.

“Achamos que na saúde mental o trabalho da integralidade é mais forte. Observamos que se trabalha muito com a promoção da saúde, onde são pessoas que muitas vezes já estão adoecidas”. (GF profissionais)

“O paciente passa na psiquiatria, volta na atenção básica, volta para o consultório e vai se discutindo o caso do paciente. Olha-se o indivíduo como íntegro, como inteiro, não só o doente, não se quer tratar só a doença e sim aquela pessoa como um todo”. (GF profissionais)

“A Redinha, que começou na saúde mental é uma forma de articular com todos os serviços, ela agora é de todos, da assistência, da guarda municipal, da educação. É muito legal quando nos reunimos e trocamos informações sobre o território”. (GF profissionais)

No contexto dos modelos de saúde, os participantes mostram-se favoráveis a ESF, correspondendo com achados na literatura^{24, 25, 26}. A ESF foi reafirmada como prioritária para a organização da APS, através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) indicando a APS como coordenadora dos cuidados na rede de saúde e com a responsabilidade de exercer a integralidade nas suas dimensões²⁷.

“Acreditamos que a ESF proporciona com maior facilidade o alcance da integralidade, a partir do momento que o médico atende desde o pequeno até o mais velho da família de forma que tudo tem que ser integralizado”. (GF gerentes)

“Na ESF as redes funcionam melhor, porque a estratégia consegue abraçar tudo com um olhar mais integral à família toda, conhece-se melhor o território, a situação do paciente, e os casos são discutidos em equipe multiprofissional”. (GF gerentes)

“Na Rede Cegonha é garantida consulta para as crianças, mas há falta constante nas consultas agendadas e na unidade que não é estratégia não se consegue procurar, sabe por que não compareceu a consulta, a busca é ineficaz”. (GF gerentes)

Implementar a concepção de integralidade na APS, requer uma articulação em rede, centrada no usuário e de acordo com suas necessidades de saúde, porém, reconhecendo a indispensabilidade da atuação com outros setores de políticas públicas para que a atuação da APS não se restrinja ao primeiro nível²⁴. Neste sentido, as narrativas demonstram a presença desta articulação.

“Entendemos que uma facilidade no trabalho em redes é a comunicação que temos com outras secretarias, a busca constante de equipe multiprofissional e parceiras”. (GF gerentes)

A atuação intersetorial é prevista na ESF e envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social e se procede na ação comunitária no território através de amarração do nível central com as políticas municipais^{22, 24}.

Ainda sobre a ESF, as falas reconhecem a importância do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) no vínculo do usuário com a unidade e a equipe de saúde.

“Acreditamos que na estratégia saúde da família muito se deve à presença do agente comunitário de saúde, pelo fato deste conhecer as famílias, morar no local e criar o elo entre a unidade e as famílias”. (GF gerentes)

“Acreditamos que nas unidades que tem ESF, possa ser mais simples porque o ACS faz a visita e pede para o paciente procurar a unidade”. (GF profissionais)

Ao discorrerem sobre as RAS, os participantes se referiram à ausência de apoio para as RAS no nível central.

“Acreditamos que algumas redes caminham fortalecidas porque estão mais sedimentadas, mas sentimos falta da representatividade dessas redes no nível central para desenvolverem uma interlocução com a atenção básica”. (GF gerentes)

“Por muito tempo tivemos, mas hoje não temos mais e dá certo medo de isso se perder ao longo do tempo. É extremamente importante ter uma pessoa que possamos procurar, para ser referência, de fato é o que precisamos, porque as pessoas saem, mas quem entra ou fica precisa dar continuidade”. (GF gerentes)

A organização das RAS nos municípios requer considerar olhares que busquem ir além do ponto de vista daqueles que as organizam administrativamente, para se aproximar dos responsáveis por dar movimento e sentido à rede, os profissionais e usuários do SUS²⁸.

Neste sentido, destaca-se o apoiador institucional descrito^{28, 29}, como um dispositivo estratégico da Política Nacional de Humanização (PNH)³⁰, dispositivo este que esteve presente nas falas, demonstrando que a PNH é um instrumento facilitador para a integralidade.

“Alguns de nós acreditamos que o programa nacional de humanização aborda justamente a questão da integralidade”. (GF profissionais)

Ainda sobre o apoio institucional, este é um mecanismo gerencial que se dispõe a estar junto dos atores discutindo os processos de trabalho e intervindo nas formas como estão organizados, garantindo a integralidade dentro dos próprios sistemas e serviços de saúde por meio de uma comunicação lateral constante, com articulação entre todos os pontos da RAS^{22, 29, 30}.

Nessa perspectiva, a gestão eficaz das redes implica na produção de consensos e decisões político-administrativas, com negociação de soluções, além do monitoramento e avaliação permanentemente dos processos²⁹.

Os participantes relatam que a função de apoiador é fundamental para o conhecimento de indicadores de saúde, de forma a possibilitar avaliações e propor melhorias, a fim de direcionar suas ações no atendimento das necessidades de saúde da população local, de modo a transformá-la em melhores condições e qualidade de vida.

“Conhecíamos os indicadores e havia cobrança por metas, mas hoje não há essa cobrança e tampouco conhecemos alguns indicadores”. (GF gerentes)

“É necessária a representação dessas redes não só pela cobrança, mas para que possamos ter respaldos”. (GF gerentes)

“Sentimos falta de ter parâmetro para avaliação, saber o que está bom e o que precisa melhorar para uma organização do trabalho”. (GF gerentes)

Os participantes reconhecem a importância dos serviços de apoio na consolidação das RAS, que se constitui por atividades institucionais que concedem serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde⁶.

“Acreditamos também que as redes de apoio são muito importantes, pois precisamos referenciar e devido ao número de vagas temos que colocar prioridade e mesmo assim há uma demora, porém, na maioria dos casos graves conseguimos acompanhar”. (GF profissionais)

“Quando tínhamos o NASF que era o grupo de apoio da estratégia, alguns de nós acreditamos que havia melhores condições para o matriciamento dos casos, mas na APS não é possível saber tudo de todo mundo”. (GF gerentes)

Eixo Meso - A percepção quanto à organização do serviço de saúde de acordo com a necessidade de saúde da população.

Este eixo meso, lança luz à organização dos serviços pautada na integralidade, segundo a ótica da gerência das UBS.

As narrativas apontam para uma agenda de trabalho voltada para a produtividade, esquecendo-se de pautar a integralidade, que poderia abranger uma compreensão das necessidades dos usuários e conseqüentemente suprir a real procura pelo atendimento de saúde. Esse indivíduo, que pode ser um potencial usuário constante, pode reconhecer que suas demandas foram atendidas deixando de buscar constantemente a unidade de saúde e surgindo, assim a possibilidade de se ampliar o atendimento para outra parcela da população do território que possivelmente ainda não foi contemplada pelas suas necessidades.

“Entendemos que às vezes para atender com qualidade é fundamental deixarmos de atender um número maior de pessoas, mas também acreditamos que os usuários que tem suas necessidades atendidas podem deixar de frequentar a unidade constantemente e assim conseguiremos atender mais e melhor”. (GF profissionais)

Em relação às RAS os participantes destacam que para o êxito do funcionamento em rede é imprescindível ter espaços de discussão a fim de organizar os serviços. Situação também relatada quando apontam a ausência de reuniões que possibilitariam em reflexos no processo de trabalho.

“Achamos que falta reunião, não sabemos por que acham que reunião é perda de tempo, mas onde que os problemas que enfrentamos na unidade podem ser ouvidos?” (GF profissionais)

“Achamos que o município deveria incentivar a ter mais espaço para as discussões intersetoriais, não entender que é perda de tempo deixar de atender para fazer discussões de caso, porque de certa forma, estaríamos evoluindo no atendimento, trabalhando extramuro”. (GF profissionais)

“Neste momento é muito complicado nós termos tempo para abordar como um todo. Não temos tempo nem para uma reunião, para trocar informações e discutir casos. Na maioria das vezes as discussões de casos acontecem rápido, no corredor mesmo. Isso é um problema”. (GF profissionais)

As reuniões podem-se constituir como uma função de controle do processo de trabalho. Gonçalves³⁰ descreve as reuniões como burocráticas e administrativas internas. As burocráticas são aquelas externas para informes, com o objetivo de discutir programas e estratégias, mas que não há debate e em seu estudo foi desvalorizada pelos participantes como reuniões por convocações, muito numerosas, que acabam por serem tratadas como reuniões sem sentido. Já as reuniões administrativas internas podem ser consideradas como instrumento de trabalho.

Neste mesmo estudo³⁰, no propósito de recuperar o sentido da reunião burocrática, a ideia a se considerar são os objetivos em comum que desencadeiam esforços em uma mesma direção e a identificação de finalidade e produtos do trabalho, concebidos coletivamente.

“Não achamos que é a reunião na secretaria, mas sim o espaço para discutir o sistema e que possamos crescer discutindo as necessidades do território, já que cada UBS tem sua comunidade e os problemas são diferentes. São as dificuldades pontuais que precisam ser vistas e pensarmos mais na área”. (GF profissionais)

No sentido das narrativas produzidas, as reuniões se referem à primordialidade de discutir o processo de trabalho e casos complexos, reforçando a indispensabilidade de se abordar no serviço projetos de cuidado que integrem os diversos saberes e ações dos profissionais.

“Alguns de nós acreditamos que a ação de troca de receita não favorece a integralidade, isso porque troca-se a receita sem nem olhar o paciente, isso não é e nunca foi integralidade”. (GF profissionais)

“Entre nós, alguns relatam que foi possível mudar a forma como acontecia a troca de receita, e agora é possível realizar essa atividade orientando o paciente e ouvindo suas dúvidas, mas as dificuldades ainda se apresentam porque os pacientes não querem participar, mesmo que utilizando técnicas grupais. Eles querem somente aquele monte de medicação.” (GF profissionais)

“Existe uma baixa adesão da população aos programas e grupos, onde podem receber orientações, além da procura não para a consulta e sim para a troca de receita. O imediatismo é complicado”. (GF profissionais)

A lógica da troca de receita, organizada possivelmente pela insuficiência de consultas médicas e acompanhamento do usuário, favorece ainda mais um modelo fragmentado de atenção à saúde. E quando as queixas deixam de ser identificadas como necessidades de saúde, reforça-se o componente biológico/curativo do atendimento favorecendo a medicalização, o consumo de exames e encaminhamentos²⁰. Com isso, corrobora-se com a ideologia

médica da autonomia profissional, que traduz a terapêutica clínica como a melhor alternativa para a doença em sua dimensão individual ou coletiva³⁰.

O momento na unidade de saúde precisa fugir de uma objetivação dessubjetivadora, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo objeto de intervenção que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam²⁰.

A pouca fixação e pouca disponibilidade de profissionais qualificados para os cuidados em saúde no SUS constitui uma importante dificuldade. Tema com destaque desde 1986, porém as instituições formadoras parecem abordar suavemente em seus currículos as questões da saúde coletiva e o trabalho no SUS, focando para uma formação tecnicista que induz a práticas essencialmente do paradigma biomédico, fragilizando as políticas de saúde.

“Entendemos também a grande rotatividade dos profissionais e a tendência é sempre chegar pessoas novas, mas não podemos deixar esfriar as atividades, tem que ir repassando o trabalho. O funcionário chega na unidade e é jogado no setor, sem capacitação para isso e depois ainda cobramos dele. Falamos em siglas que muitas vezes quem não é da área não conhece”. (GF gerentes)

“Alguns de nós apontamos que isso também aconteceu com alguns dos gerentes, que, por exemplo, nunca haviam ouvido sobre as redes, e que é necessário ter uma pessoa tanto para cobrar como para mostrar como o fluxo funciona até para prepararmos a equipe” (GF gerentes)

Eixo Micro - A percepção quanto às práticas de saúde

O eixo micro está voltado para as práticas de saúde, centrado no usuário, ou seja, com foco real nas necessidades de saúde, através do trabalho em equipe.

“A integralidade é um tema que vemos desde a graduação. Com o passar do tempo vamos vivenciando, aprendendo, porém, vemos que em algumas situações nos distanciamos da integralidade”. (GF profissionais)

“Às vezes, temos uma situação que abordamos como um todo, mas não conseguimos concluir como um todo, mas mesmo assim tentamos abordar a integralidade e não olhar só a queixa, porque é uma dinâmica muito maior que somente a dor no momento, há algo por trás dessa dor”. (GF profissionais)

Na narrativa é clara a intenção do trabalho focado na integralidade, porém as práticas cotidianas e a organização do trabalho se apresentam voltadas para a lógica curativa distanciando o profissional deste conceito.

“Para que possamos pensar no outro em sua totalidade, participante de uma comunidade e sociedade e realizarmos uma abordagem mais significativa é importante que todos nós consigamos atender o paciente e vê-lo como um todo e não somente a queixa do momento, deixando de focar no exame físico e conduta que fraciona o paciente e torna o trabalho engessado”.(GF profissionais)

É relevante tomar a integralidade como núcleo da APS, o que implica em deixar a abordagem que privilegia o componente biológico, com atendimentos pontuais, sem continuidade e vínculo e deixar emergir as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, superando condutas baseadas nas queixas que implicam em um trabalho engessado^{20, 31}.

“Pensando no paciente como um todo, acreditamos que mesmo que a gestante está no médico de alto risco, ela deveria ficar conosco na unidade, não achar que porque estamos encaminhando que o paciente não é mais da UBS, ele sim é nosso”. (GF profissionais)

Observa-se na narrativa que há a responsabilidade e uma real preocupação com o cuidado longitudinal, sendo um atributo central e exclusivo da APS e que os serviços precisam se organizar para responder a essa particularidade^{24, 33}.

As narrativas destacam para a compreensão da realidade local a fim de intervir sobre seus determinantes sociais de saúde e planejar os serviços da APS de acordo com a necessidade do território.

“Se conhecermos o território é mais fácil conseguirmos enxergar as pessoas e em que contexto elas estão e quando o paciente te aponta uma dificuldade conseguimos entender o que ele está falando. Conhecer o território é extremamente importante”. (GF gerentes)

“O trabalho fora da unidade vai além da imaginação, na visita domiciliar é que descobrimos a real vulnerabilidade da população, porém o número de visitas semanais é insuficiente para suprir o cenário”. (GF gerentes)

“Não podemos deixar perder a essência de transmitir à equipe a importância de atender o paciente na integralidade. Estar junto da equipe fortalecendo a integralidade é extremamente importante, às vezes a equipe precisa ir além do paciente e pensar na família, considerando as experiências de vida dele para poder abordar mais significativamente”. (GF profissionais)

O acolhimento constitui outro dispositivo da PNH e pode perpassar todo e qualquer espaço e momento de trabalho de um serviço de saúde. É uma potente ferramenta para o olhar da integralidade, proporcionando possibilidades de educação em saúde como forma de mudança do contexto da medicalização, fruto de uma sociedade enraizada pelo paradigma mecanicista com utilização indiscriminada de medicamentos.

“Alguns de nós observamos que no acolhimento os pacientes só querem passar em consulta para pegar aquele monte de medicação, sem um contato, mas alguns de nós conseguimos mudar essa realidade, quando entendemos que é necessário conversar com o paciente e saber inclusive sobre sua família, alimentação e medicação que está tomando”. (GF profissionais)

Alguns de nós observamos que no acolhimento conseguimos potencializar a integralidade, quando se conversa com o paciente

entendemos a real procura pelo atendimento e às vezes não é só uma consulta médica, pode ser algo básico da unidade (GF gerentes)

As narrativas abaixo apontam que o trabalho em rede se apresenta como intenção e se estabelece através do envolvimento individual e não por uma rede constituída, salientando para a magnitude e importância de redes bem estabelecidas como alternativa para o planejamento de políticas de saúde³⁴.

“Alguns de nós já recebemos ligações de profissionais do PS e conseguimos ir discutindo o melhor acompanhamento do caso, mas isso depende do profissional, que se interessou e que entende que não está engessado no sistema. Isso não acontece no dia a dia, até porque não tem um sistema para isso e então é difícil o profissional enxergar essa pessoa como um todo e até mesmo ter espaços para essas discussões”. (GF profissionais)

“Quando conseguimos fazer um trabalho conjunto, discutir o caso é uma maravilha, mas é difícil isso acontecer, principalmente em unidades tradicionais ou grandes que possuem uma realidade bem difícil e muitas vezes, com a demanda de trabalho acabamos por nos focar somente no exame físico”. (GF profissionais)

“Acreditamos que as redes facilitariam muito e ajudariam na integralidade do cuidado”. (GF profissionais)

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam a abrangência e a complexidade das redes. Além disso, é indispensável reconhecer os caminhos dos quais a informação flui e o cuidado é moldado, especialmente porque as necessidades dos pacientes reformulam o itinerário do cuidado e o papel do profissional neste processo³⁵.

No que se refere ao trabalho em equipe, estudos^{34,35} demonstram que a constituição de um grupo de profissionais que atuam no mesmo período e atendem os mesmos usuários, não estabelece uma equipe integrada.

“No trabalho com a equipe precisamos entender o contexto dos profissionais, mesmo que exista uma negatividade para o trabalho por parte de alguns, esses vão aprendendo outras formas e vamos lidando com essas situações, inclusive identificando o local adequado compatível com o perfil” (GF gerentes)

“Observamos que a forma que cada profissional vê o paciente é voltada para sua área de atuação, sendo necessário um exercício para olharmos mais integral e irmos treinando para esse olhar” (GF profissionais)

Estudos recentes^{23,34,35} destacam que o trabalho em equipe vem sendo discutido como um assunto interligado ao trabalho interprofissional e prática colaborativa, que é expressa quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes, suas famílias e comunidades, de forma que trabalham juntos para uma saúde melhor. Diante deste conceito, não bastam equipes integradas e efetivas, mas é preciso que os profissionais das equipes colaborem com

outras equipes da unidade básica e com profissionais e equipes de outros serviços a fim de melhorar a saúde do território^{36,37}.

As narrativas abaixo deixam claro um trabalho uniprofissional, tendência que expressa a formação dos profissionais isolados dentro da sua própria área de atuação. Esse contexto reforça a importância de práticas colaborativas que contribuem para o cuidado centrado no usuário, objetivos compartilhados, clareza de papéis de cada participante da equipe e autonomia técnica no trabalho³⁷

“Nós temos que escutar a população, quais são suas dúvidas, olhar mais o paciente, ir à área, fazer grupo. Existem grupos que a enfermagem faz atuando nessa visão”. (GF profissionais)

“Acreditamos que a sobrecarga de trabalho faça com que os profissionais se esqueçam do princípio da integralidade. Com isso, o atendimento fica engessado em áreas que não se articulam ‘o que é de uma área é daquela área’, sem se unir para atender adequadamente a necessidade do usuário. Os profissionais não querem fazer isso, mas com a sobrecarga acabam se perdendo e ficando naquilo que é específico da sua área de atuação”. (GF profissionais)

Os participantes enfatizam que mesmo em um contexto com expressiva sobrecarga de trabalho, se sentem no compromisso do cuidado, utilizando-se constantemente da abordagem ampliada da integralidade, contudo não enxergam uma rede de saúde preparada para esta dinâmica e acabam por carregar a influência desta lógica do trabalho rígido.

“As dificuldades vão aparecendo quando o profissional vai se esquecendo da integralidade devido à sobrecarga de trabalho, tratando só a causa, esquecendo-se do contexto desse paciente”. (GF profissionais)

“Acreditamos que o princípio de tudo é cada profissional ter a visão do todo, mesmo na correria absurda de atender um paciente atrás do outro, sem ter tempo para mais nada. É conscientizar todos os envolvidos, para fazerem um atendimento mais integral porque se um profissional atende na integralidade e outro não, isso é muito prejudicial para o paciente”. (GF profissionais)

“Sentimos que o dificultador para a integralidade é o tempo. Desenvolver a integralidade não é fácil e no curto período de tempo é complicado. Isso acontece com os médicos, há profissionais que até querem trabalhar olhando a integralidade, mas acabam com as consultas atrasadas e assim a integralidade vai sendo deixada, não só pelos médicos, mas também pelos outros profissionais”. (GF profissionais)

Os participantes apontam na narrativa seguinte uma das dificuldades para o desenvolvimento da integralidade.

“Uma de nossas dificuldades para o desenvolvimento da integralidade é parte dos munícipes que ainda procuram especialistas e não querem ser atendidos por médico generalista ou em consulta com o enfermeiro, eles já chegam perguntando do especialista, ou porque não sabem ou

porque é cultura e nós temos que convencê-los. Essa situação não ocorre só na ESF, acontece também na unidade modelo tradicional, porque é necessário passar antes com o médico clínico geral para ser direcionado para o especialista” (GF gerentes)

Este fato pode estar relacionado com o entendimento da população em compreender o papel de cada serviço de saúde, decorrente de uma política de saúde que foi uma conquista social, mas que não deu conta de promover discussões constantes. Além do fato de que as normas e portarias regulamentadoras do SUS muitas vezes são de conhecimento somente das equipes que trabalham em nível central, deixando de lado a ampla participação da população nos movimentos de organização do SUS. Nesta perspectiva, alguns autores apostam na educação da população para a utilização adequada dos serviços de saúde³⁸.

Na próxima narrativa, a situação levantada representa a importância de incluir o usuário no centro do cuidado, ou seja, um cuidado centrado no usuário, para o usuário e que ele possa ter autonomia dentro deste processo.

“Existem também casos de pacientes omitirem informações por não terem ideia do quanto as situações estão interligadas” (GF profissionais)

“Outra situação é que o paciente não compreende a sua corresponsabilidade no tratamento e o profissional acaba se sentindo fragilizado e desmotivado. Além do pouco tempo que impede o profissional de olhar o paciente na integralidade que por fim enxerga-se somente a queixa” (GF gerentes)

“Vemos que é necessário trabalhar com humanização, empatia, confiança, escuta qualificada e respeito que às vezes falta de ambos os lados. O paciente já chega bravo na unidade e não se deve devolver o modo como foi tratado e sim entender que se ele chegou dessa forma é porque já ouviu muito o não, já foi jogado de um lado para o outro e então, precisamos manter a calma e serenidade para acolher o paciente”. (GF gerentes)

Algumas narrativas se destacam de forma marcante na expressão de angústia dos participantes ao entrar em contato com o sofrimento e apontam para uma capacidade de respostas às necessidades não restritas ao morfológico.

“Muitas vezes a própria equipe se sente angustiada com determinadas situações, que não conseguimos resolver, gerando até desespero”. (GF profissionais)

“O contexto social em que estamos inseridos é bastante difícil, pessoas chegam com a higiene comprometida na unidade para curativos, por falta de chuveiro em suas casas e então nós nos mobilizamos para conseguir alguém para fazer a colocação de um chuveiro, e ajudar o paciente a melhorar sua situação de saúde”. (GF gerentes)

“Nós também estamos constantemente dentro de um contexto social difícil, onde pessoas acabam por ter a higiene prejudicada por não ter

um tanque de roupa e nem mesmo pia no banheiro e nessas horas a equipe acaba se mobilizando para conseguir doação e ajudar o paciente” (GF profissionais)

A vulnerabilidade social é uma questão complexa e o processo saúde-doença aponta para uma saúde vista a partir de seus determinantes e condicionantes que vão além do setor saúde, estes envolvidos em processos não resolvidos por conta de problemas que não seriam relativos ao setor saúde, mas que geram agravos a saúde do indivíduo e coletividade²⁴.

Ainda sobre as narrativas, alguns participantes expressaram que se as redes forem pensadas separadamente podem também fragmentar o usuário. E a importância de se investir em formações para o serviço que abordem esses temas a fim de compreenderem e se informarem para promover as políticas de saúde.

“Alguns de nós entendemos que ao pensar nas cinco redes, essas redes caem por terra, porque também é uma forma de fragmentar o paciente” (GF gerentes)

“Entendemos que são necessárias capacitações, tem que se investir na equipe, informar, conscientizar” (GF profissionais)

Considerações Finais

O estudo destaca que não se observa uma rede de saúde constituída, com fluxos bem definidos e sim serviços de saúde isolados que dependem do empenho dos trabalhadores do SUS para acionar outros pontos de atenção, para a resolução da maioria dos problemas de saúde do território.

O trabalho na APS mostrou-se caracterizado por uma atividade realizada na pressa, sem tempo para planejamento de ações que envolvam o olhar para o território e as reais necessidades de saúde, além de práticas uniprofissionais, reforçado pela falta de discussão de casos e reuniões de equipe.

À luz da prática profissional, o estudo aponta que mesmo com grandes desafios referentes a organização e desenvolvimento da política de saúde, a integralidade é persistida pelos profissionais da atenção primária.

São evidentes os esforços e as preocupações dos profissionais com outras dimensões dos sujeitos e que permanecem sem respostas, refletindo em angústias. Angústias estas intensificadas pelas vulnerabilidades sociais, tão presente nas realidades das unidades básicas de saúde no município estudado.

Questões sociais que são impossíveis de desassociar da saúde, quando se pensa que estas adversidades exercem um efeito importante sobre a saúde, com impacto na quantidade de demandas recebidas na atenção primária e que possuem características de iniquidades de saúde. Tal situação leva a considerar que apesar do avanço do IDH no município, na última década, com nível conceituado como alto, é forte a necessidade por políticas públicas que envolvam os diversos setores da sociedade civil.

O sentido das diversas vozes sobre a concepção da integralidade e RAS levou a reconhecer que a falta de efetividade da rede aumenta as dificuldades para o desenvolvimento de um cuidado integral nos serviços de saúde, tornando a integralidade vulnerável e reforçando um modelo de saúde fragmentado, centrado apenas na doença.

É válido reconsiderar o método de planejar as ações no SUS, envolvendo junto do nível macro, o micro, com o desenvolvimento de intervenções que tenham significado na necessidade de saúde da população.

A análise da percepção dos profissionais, à luz da prática permite-se propor possibilidades de trabalho interprofissional voltadas para a prática colaborativa, trabalhando em parceria entre profissionais, onde é possível promover a problematização, reconhecendo a fragmentação das ações de saúde, surgindo articulações dos diferentes saberes para atingir a integralidade.

Referências

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM de. Tratado de saúde coletiva/Treaty of public health. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz; 2006. p.635-667.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011; 1(4 Saúde no Brasil):11-31.

Mercadante AO, coordenador. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. Caminhos da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. p. 253-313.

Falleiros I. *et al.* A constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTE, CF, org. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPJSV, 2010.

Fonseca CMO. A história da ABRASCO: Política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA NT, SANTANA JP, organizador. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 21-41.

Mendes EV. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Mattos RA de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004; set-out 20(5):1411-6.

Pinheiros R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 dez 2010.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA,

organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS; 2001. p.113-26.

Coelho BP. Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde – SUS. e-cadernos ces [Online], 2008, [acessado em 05 set. 2016]. Disponível em: URL: <http://eces.revues.org/1408>.

Mascarelle RCV, Barbeiro SMF. Desenvolvimento Profissional e a Importância da Formação para Atuação no SUS sob a ótica da gestão. Boletim do Instituto de Saúde. 2014; dez 15(Supl): 140-3.

Feuerweker L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9 (18): 489-506.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. IDHM. Embu das Artes, 2013. [online] Disponível em http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/embu_sp Secretaria Municipal de Saúde (Embu das artes). Plano municipal de saúde (2018 – 2020), 2017.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam. 1996; 120(6): 472-81.

Pinto CAG, Oliveira MM, Paraguay NLBB, Gigante RL, Ferrer AL, Emerich BF, Figueiredo MD, Trapé TL. A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. Divulgação em saúde para debate. 2016; mar, 55:31-48.

Onocko Campos RTO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública. 2008; 42(6):1090-6.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006. 184p

Ayres J, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):67-81.

Erdmann AL. Hömer BH, Sousa, FGM de. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006; 59(4):560-564.

Freitas CASL, Fernandes AT, Chagas MIO, Soares CHA, Silva MJ, Brito MCC. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. Cad. Saúde Colet. 2010; 18(4): 494-9.

Agreli, HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na atenção primária a saúde [Tese]. São Paulo: Escola de enfermagem da universidade de São Paulo; 2017.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escoreal S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT de, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):783-794.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):158-64.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy – delivering community-based primary care in a universal health system, *N Engl J Med*. 2015; 372:2177-2181.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2006.

Santos VCF, Gerhardt TE. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. *Saúde Soc*. 2015; 24(4): 1164-1179.

Almeida AB, Acirole GG. Network management and institutional support: pathways in assembling mental health networks within the regional scenario of the Brazilian Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(Supl)1:971-81.

Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS; 2004.

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco; 1994.

Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJ et al, organizadores. Educação, saúde e gestão. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM-Hucitec, 2011.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4): 977-83.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO. Ministério da Saúde; 2002.

Alan W. Dow, Xi Zhu, Daniel Sewell, Colin A. Banas, Vimal Mishra & Shin-Ping Tu. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care*. 2017; 31:6, 677-8.

World Health Organisation. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [online]; 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Research*. 2008; set; 8(1):1-14.

Puccini PT, Cornetta VK, Sahyom TZ, Fuentes ICP, Botta LMG, Puccini RF. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):2941-2952.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apresentou as narrativas sobre a percepção dos profissionais da atenção básica sobre a integralidade e as RAS e desponta para a indissociabilidade entre a assistência e a gestão, sendo possível alcançar a integralidade no cuidado quando há a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde.

O limitador no estudo está relacionado à baixa participação dos profissionais da assistência no grupo focal, pela razão da agenda de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mesmo realizando a articulação com os gestores das unidades e convite com data preliminar. Há de se considerar, que este grupo foi remarcado na primeira data proposta, quando após o envio do convite de participação e posterior contato com a UBS para confirmar presença, alguns gerentes apontaram que não seria possível a liberação dos profissionais, também, devido a agenda de atividades.

O estudo destaca que não se observa uma rede de saúde constituída, com fluxos bem definidos e sim serviços de saúde isolados que dependem do empenho dos trabalhadores do SUS para acionar outros pontos de atenção, para a resolução da maioria dos problemas de saúde do território.

É válido reconsiderar o método de planejar as ações no SUS, envolvendo junto do nível macro, o micro, com o desenvolvimento de intervenções que tenham significado na necessidade de saúde da população.

O trabalho na atenção básica mostrou-se caracterizado por uma atividade realizada na pressa, buscando dar conta da demanda, sem tempo para planejamento de ações que envolvam o olhar para o território e as reais necessidades de saúde, além de práticas uniprofissionais, reforçado pela falta de discussão de casos e reuniões de equipe, atividade comumente característica da ESF.

À luz da prática profissional, o estudo mostrou que mesmo com grandes desafios referentes a organização e desenvolvimento da política de saúde, a integralidade é persistida pelos profissionais da atenção básica

O sentido das diversas vozes sobre a concepção da integralidade e ao conceitos sobre a RAS levou a reconhecer que a falta de efetividade das redes dificultam o desenvolvimento de um cuidado integral nos serviços de saúde, tornando a integralidade vulnerável e reforçando um modelo de saúde fragmentado, centrado apenas na doença.

Todavia, fica exposto que a lógica do trabalho “queixa-conduta”, reforça a fragmentação do cuidado, e na mesma conformação, a divisão rígida e inflexível do trabalho reduz em incertezas dos trabalhadores. Círculo no qual fica notória a importância em se ampliar o olhar para a integralidade como norteadora da atenção básica a fim de desconstruir essa razão.

São evidentes os esforços e as preocupações dos profissionais da atenção básica com outras dimensões dos sujeitos e que permanecem sem respostas, refletindo em angústias. Angústias estas intensificadas pelas vulnerabilidades sociais, tão presente nas realidades das unidades básicas de saúde no município estudado.

Questões sociais que são impossíveis de desassociar da saúde, quando se pensa que estas adversidades exercem um efeito importante sobre a saúde, com impacto na quantidade de demandas recebidas na atenção básica e que possuem características de iniquidades de saúde. Tal situação leva a considerar que apesar do avanço do IDH no município, na última década, com nível conceituado como alto, é forte a necessidade por políticas públicas que envolvam os diversos setores da sociedade civil.

As narrativas emergiram o conhecimento humano e transportaram para intenções de projetos de cuidado com a possível integração com os diversos saberes e ações dos profissionais.

A análise da percepção dos profissionais, à luz da prática permite-se propor possibilidades de trabalho interprofissional voltadas para a prática colaborativa, trabalhando em parceria entre profissionais, onde é possível promover a problematização, reconhecendo a fragmentação das ações de saúde, surgindo articulações dos diferentes saberes para atingir a integralidade.

Neste sentido a prática interprofissional colaborativa pode propiciar discussões sobre as dificuldades e facilidades no trabalho e quais são as mudanças necessárias dentro das práticas atuais, assim como, melhoria do entendimento sobre diferentes profissionais com os quais se interagem e o conhecimento dos papéis de cada um. De forma que a colaboração não é exercida apenas com os membros da mesma equipe e sim, também, com as diferentes equipes do serviço e de outros serviços, facilitando o trabalho em rede. Com essa perspectiva, no campo dos profissionais já formados a Política Nacional de Educação Permanente preconiza a articulação multiprofissional e é uma ferramenta potente para o trabalho interprofissional e práticas colaborativas.

O estudo apresenta resultados que colaboram para a tomada de decisões referente a: fragmentação do cuidado, com necessidade de agendas de trabalho voltadas para o cuidado e não somente a doença; constituição da função de apoio institucional; destinação de tempo na agenda dos profissionais para reuniões de discussão de casos; destinação de tempo na agenda de atividades na UBS para avaliar, através do olhar do trabalho interprofissional as necessidades do território e possibilidades de propostas de atuação; perspectiva de articulação em rede, centrada no

usuário, para o usuário e de acordo com as necessidades de saúde do usuário; discussão do trabalho interprofissional através da prática colaborativa.

No mais, como contribuição para o município, sugere-se programa de inserção no SUS para novos trabalhadores, que possam abordar assuntos que são de desconhecimento na formação e que o entendimento é fundamental para transcorrer a política de saúde no trabalho vivo. Além, de abertura para a discussão dos assuntos com os profissionais que já atuam no SUS, ponderando que há uma série de Normas Operacionais e Portarias Ministeriais frequentemente lançadas e que muitas vezes ficam restritas aos profissionais que atuam no nível de gestão, mas que são pertinentes aos trabalhadores da atenção básica e de essencial compreensão para a efetiva atuação.

Acredita-se que este estudo contribuiu para identificar possibilidades de avanços na integralidade do cuidado e nas Redes de Atenção à Saúde.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fonseca CMO. A história da ABRASCO: Política, ensino e saúde no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, organizadores. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 21-41.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva/Treaty of public health. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz; 2006. p.635-67.

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011 may;377(9779):1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. (Série Saúde no Brasil; v. 1, p. 11-31).

Silva LMV. Gênese sócio-histórica da saúde coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, organizadores. Saúde coletiva: A Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 25-48.

Falleiros I, Lima JCF, Matta GC, Pontes ALM, Lopes MCR, Morosini MVC, *et al.* A constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Ponte CF, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC: Fiocruz/EPSJV; 2010.

Carvalho JR, Marques MCC, Mota A. A construção da saúde pública no Brasil no Século XX e início do Século XXI. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H, organizadores. Saúde pública: bases conceituais. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 1-17.

Mercadante AO, coordenador. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. Caminhos da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 253-313.

Ribeiro FA. Atenção primária e sistemas de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [Dissertação]. São Paulo: FMUSP; 2007.

OMS/UNICEF – Organização Mundial da Saúde/ Fundo das Nações Unidas para a Infância. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Alma-Ata: URSS, set 1978. Brasil; 1979.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990;Seção 1:18055.

Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(20):557-67.

Viana A, Poz MRD. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2005;15(Supl):S225- 64.

Mendes EV. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004 set-out;20(5):1411-6.

Freitas CASL, Fernandes AT, Chagas MIO, Soares CHA, Silva MJ da, Brito MCC. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. Cad. Saúde Colet. 2010;18(4):494-9.

Cecilio LCO, Lima M.H.J. “Necessidades de saúde das pessoas como eixo a integração e a humanização do atendimento na rede básica”. In: Linhares AL. Saúde e Humanização: a experiência de Chapecó. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 159-82.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

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.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva. 2007 jul-ago;12(4):849-59.

Mattos RA. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. Ciência & Saúde Coletiva. 2001;6(2):377-89.

Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 2001;8(2):38-52.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Comunicação saúde educação. 2015;19(1):995-1003.

Pinheiros R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2005.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet. 2011 jun;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9. (Série Saúde no Brasil; v. 4, p. 61-74).

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011;20(4):867-74.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010;Seção 1:88.

Dawson B. Informe Dawson sobre El futuro de los servicios médicos y afines. 1920. Washington: Organización Panamericana de La Salud; 1964. (Publicación Científica; 93).

CONASS - Conselho nacional de secretários de saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília; 2015.

Contel FB. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. Saúde Soc. 2015;24(2):447-60.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007 fev;23(2):399-407.

Oliveira TF. O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde [Tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, IMS; 2001. p. 113-26.

Médici AC, Machado MH, Nogueira RP, Girardi SN. Aspectos conceituais e metodológicos dos levantamentos estatísticos sobre força de trabalho em saúde no Brasil. [S.l.]: Escola Nacional de Saúde Pública: Federal de Minas Gerais: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Mascarelle RCV, Barbeiro SMF. Desenvolvimento Profissional e a Importância da Formação para Atuação no SUS sob a ótica da gestão. Boletim do Instituto de Saúde (Bis). 2014 dez;15(Supl):S140-3.

Coelho BP. Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. [S.l.]: e-cadernos ces; 2008 [acesso em 5 set 2016]. Disponível em: <http://eces.revues.org/1408>

Cecilio LCO. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2007; mai-ago;11(22):345-63.

Feuerweker L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2005;9(18):489-506.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco; 2001. p. 39-64.

Brandão CR organizador. Repensando a pesquisa participante. 3. ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística. Censo Demográfico - São Paulo. Rio de Janeiro; 2015.

Embu das Artes. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde (2018 – 2020); 2017.

Kitzinger J. Grupos focais. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Fajardo AP, tradutor. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-41.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam. 1996;120(6):472-81.

Magnabosco Martins CR, Cecilio LCO. O “manejo de narrativas” em pesquisas qualitativas: estudo em um órgão regional de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2014; out-dez 14 (4):363-369.

Pinto CAG, Oliveira MM, Paraguay NLBB, Gigante RL, Ferrer AL, Emerich BF, et al. A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. Divulgação em saúde para debate. 2016 mar;(55):31-48.

Cecilio LCO, Carapineiro G, Andrezza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública. 2014 jul;30(7):1502-14.

Campos RTO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saúde Pública. 2008;42(6):1090-6.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. IDHM [internet]. Embu das Artes: [s.n.]; 2013 [acesso em 2016]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/embu_sp

Ayres J, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(40):67-81.

Erdmann AL, Hömer BH, Sousa FGM. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006;59(4):560-4.

Freitas CASL, Fernandes AT, Chagas MIO, Soares CHA, Silva MJ, Brito MCC. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. *Cad. Saúde Colet.* 2010;18(4):494-9.

Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na atenção primária a saúde [Tese]. São Paulo: Escola de enfermagem da universidade de São Paulo; 2017.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escoreal S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14(3):783-94.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66 No Espec:158-64.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 2015;(372):2177-81.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.

Santos VCF, Gerhardt TE. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. *Saúde Soc.* 2015;24(4):1164-79.

Almeida AB, Aciole GG. Network management and institutional support: pathways in assembling mental health networks within the regional scenario of the Brazilian Health System (SUS). *Interface (Botucatu).* 2014;18(Supl 1):S971-81.

Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2004.

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJ, organizador. Educação, saúde e gestão. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec; 2011. p. 99-113.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(4):977-83.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.

Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu SP. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care.* 2017 nov;31(6):677-8.

World Health Organisation. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [internet]. [S.l.]; 2010 [acesso em 2016]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Research. 2008 set;8(1):1-14.

Puccini PT, Cornetta VK, Sahyom TZ, Fuentes ICP, Botta LMG, Puccini RF. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(11):2941-52.

ANEXO I – TCLE

ANEXO 2 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

ANEXO 3 – NARRATIVAS GRUPO FOCAL - PROFISSIONAIS

ANEXO 4 – NARRATIVAS GRUPO FOCAL - GERENTES

ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO PARA A PESQUISA

ANEXO 6 – CURRICULO LATES

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr (a) está sendo convidado a participar da pesquisa: **“AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A INTEGRALIDADE”** que tem por objetivo: Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica quanto o princípio da integralidade e Redes de Atenção à Saúde, analisando a percepção sobre os elementos de práticas de cuidado, organização dos serviços e políticas de saúde.

Essa pesquisa será realizada com TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR E GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE EMBU DAS ARTES. Não participarão da pesquisa pessoas que não corresponde aos critérios de inclusão. Sua participação no estudo consistirá em PARTICIPAR DE UM GRUPO FOCAL sobre As Redes de Atenção à Saúde e a Integralidade e uma OFICINA DE VALIDAÇÃO DE NARRATIVAS. O grupo focal e a Oficina de validação de narrativas terá uma duração de mais ou menos 120 minutos cada.

Os riscos com essa pesquisa são MÍNIMOS, sendo que o (a) Sr (a) pode se sentir DESCONFORTÁVEL EM RESPONDER ALGUMA PERGUNTA, mas tem a liberdade de não responder ou interromper a PARTICIPAÇÃO em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

O (a) Sr (a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início do Grupo Focal e/ou Oficina de Validação de Narrativas, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. Não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a Responsável pelo estudo: Renata Cristina Ventura Mascarelle, que pode ser localizado no telefone 11 4385-7940 das 8 às 17h ou pelo email: renatamascarelle@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o(a) Sr (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone 11-3116-8597 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para contribuir para o avanço do princípio da integralidade e maior efetivação das Redes de Atenção à Saúde. Este termo será assinado em duas vias, juntamente com a responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: **“AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A INTEGRALIDADE”**. Discuti com a pesquisadora RENATA CRISTINA VENTURA MASCARELLE, responsável pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____/_____/_____
Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a sua participação neste estudo.

_____/_____/_____
Assinatura do responsável pelo estudo.

ANEXO II – ROTEIRO INSTRUMENTO DE COLETA

A - AQUECIMENTO:

Apresentação do pesquisador/moderador e do observador, leitura e esclarecimento de dúvidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explicação do funcionamento do grupo focal, preparando-os para o que irá acontecer: conversa com roteiro estruturado, gravada, para elaboração de uma narrativa, na qual não existe opinião certa ou errada, todas sendo igualmente valiosas.

O pesquisador pedirá que cada participante se apresente, dizendo nome fictício (será entregue etiqueta com nome de plantas), profissão, tempo de formado e tempo de atuação na Atenção Básica.

B - PERCEPÇÕES GERAIS SOBRE O INTEGRALIDADE

1. Vocês já leram, ouviram ou participaram de discussões sobre integralidade em saúde? O que significa integralidade em saúde para vocês?
2. No trabalho de vocês, quais as facilidades e dificuldades para alcançar a Integralidade no cuidado?
3. Vocês já leram, ouviram ou participaram de discussões sobre as Redes de Atenção à Saúde em construção? O que significa para você redes de atenção à saúde?
4. Acha que as Redes de Atenção à Saúde no município estão contribuindo para o alcance da integralidade? Como?
5. Na opinião de vocês, quais elementos são importantes na relação entre profissionais e usuários para se desenvolver a Integralidade?
6. Como é possível alcançar esse princípio na prática profissional? Vocês se recordam de alguma situação ou momento da sua prática profissional em que conseguiram potencializar ou dificultar o alcance da Integralidade?
7. Na sua opinião, o que é necessário no município para garantir o alcance da integralidade em saúde?

ANEXO III – NARRATIVAS

Narrativas Grupo Focal – PROFISSIONAIS Assistencial nível superior

Categoria de análise: conhecimento da política de saúde, com foco nas Redes de Atenção à Saúde e a Integralidade.

Para nós a integralidade pode ser entendida como o atendimento como um todo do paciente, sendo um dos princípios do SUS, que possui também como princípios a universalidade e a equidade. A integralidade é um dos princípios mais relevantes do SUS. O programa nacional de humanização aborda justamente a questão da integralidade, para que possamos pensar no outro como um ser total, na sua totalidade, participante de uma comunidade, de uma sociedade e realizarmos uma abordagem de maneira mais significativa. É necessário que todos nós consigamos atender o paciente e vê-lo como um todo e não somente a queixa do momento, deixando de focar somente no exame físico e queixa-conduta que fraciona o paciente e torna o trabalho engessado.

Temos a sensação que deveríamos resolver tudo, mas não conseguimos. Às vezes, temos uma situação que abordamos como um todo, mas não conseguimos concluir como um todo.

Contudo, tentamos abordar a integralidade e não olhar só a queixa, porque é uma dinâmica muito maior que somente a dor no momento, há algo por trás dessa dor.

Alguns de nós acreditamos que a ação de troca de receita, não favorece a integralidade, isso porque troca-se a receita sem nem olhar o paciente, isso não é e nunca foi integralidade. Em algumas experiências foi possível mudar a forma como

ocorre a troca de receita, de maneira que agora é possível realizar essa atividade orientando o paciente e ouvindo suas dúvidas, mas as dificuldades ainda se apresentam porque os pacientes não querem participar, mesmo que seja utilizado técnicas grupais que não seja só falar, querem somente aquele monte de medicação. Mas em outras experiências a troca de receita acontece só colocando as receitas em uma pasta, sem ao menos olhar o paciente, isso não é atendimento.

Sobre as Redes de Atenção à Saúde, não conhecemos. Ficamos na dúvida se seria os apoios, como saúde mental e coordenação e se as redes seriam individualizadas ou o NASF entraria junto.

Alguns de nós já ouvimos falar da Rede Cegonha por conta de alguns conhecidos que trabalham em outros municípios e também porque teve uma época em que se falou que poderia ser implantada essa rede na renovação da maternidade, mas não ouvimos mais nada e não ouvimos falar de outras.

Pensando no paciente como um todo, acreditamos que mesmo que a gestante está no médico de alto risco, ela deveria ficar conosco na unidade, não achar que porque estamos encaminhando que o paciente não é mais da UBS, ele é sim nosso.

Acontece muito de o paciente ir para outro serviço e nós não sabermos mais o que aconteceu, em que ponto está o tratamento, com exceção do paciente da oncologia que há um supercontrole, mas cardiopatas e até pacientes psiquiátricos, nós perdemos o paciente.

Observamos que na saúde mental trabalha-se muito com a promoção da saúde, onde são pessoas que muitas vezes já estão adoecidas. Nesse sentido, achamos que na saúde mental o trabalho da integralidade é mais forte. O paciente passa na psiquiatria, volta na atenção básica, volta para o consultório e vai se discutindo o caso do paciente.

Olha-se o individuo como íntegro, como inteiro, não só o doente, não se quer tratar só a doença e sim aquela pessoa como um todo. A Redinha² está tentando buscar isso e os profissionais que participam dela estão conseguindo ir neste caminho.

Acreditamos que o princípio de tudo é cada profissional ter essa visão do todo, mesmo na correria absurda de atender um paciente atrás do outro, sem ter tempo para mais nada. É conscientizar todos os envolvidos, não só a atenção básica, mas que todos com o paciente consigam fazer o atendimento de forma integral, porque se um profissional atende na integralidade e outro não é muito prejudicial para o paciente.

Categoria de análise: Desenvolvimento da política de saúde. Integralidade como princípio de organização.

Complicada a forma como tudo está departamentalizado, com diversas especialidades que desintegram o paciente e quando nós conseguimos fazer um trabalho conjunto, discutir o caso, é uma maravilha, mas como isso é difícil de acontecer, principalmente em unidades tradicionais ou grandes que possuem uma realidade bem difícil e muitas vezes, com a demanda de trabalho acabamos por nos focar somente no exame físico. Mas uma coisa boa é que existem vagas para um público específico nas unidades, por exemplo para passar com o dentista.

Alguns de nós observamos que no acolhimento os pacientes só querem passar em consulta para pegar aquele monte de medicação, sem um contato, mas alguns de nós conseguimos mudar essa realidade, quando entendemos que é necessário conversar com o paciente e saber inclusive sobre sua família, alimentação e medicação que está tomando.

² Redinha: grupos de promoção de saúde no território.

Uma de nossas dificuldades está também com os idosos, quando vão para alguma especialidade não sabemos o que aconteceu com ele e quando aparecem na unidade eles não sabem explicar como foi, só mostram o receituário, não vem nada escrito para sabermos o que foi feito. Acreditamos que nas unidades que tem ESF, possa ser mais simples porque o ACS faz a visita e pede para o paciente procurar a unidade.

Em relação às redes de saúde, teve uma época que o município falou que poderia implantar a rede cegonha, do acolhimento da gestante, no pré parto, pós parto, mas não conhecemos como ficou isso. A mesma coisa, para doenças crônicas não sabemos se são diferentes do programa hiperdia.

A Redinha que começou na saúde mental também é uma forma de articular com todos os serviços, ela agora é de todos, da assistência, GCM, educação, é muito legal quando nos reunimos e trocamos informações sobre o território. Já a odontologia é segregada, não sabemos nada disso, no máximo sabemos sobre a rede cegonha porque envolve a grávida na saúde bucal.

Acreditamos que todos os profissionais deveriam trabalhar mais em rede, exemplo o pronto socorro que se visse algo da UBS, perguntar para o paciente qual o bairro que mora e ligar na UBS passando o caso. Alguns de nós tivemos boas experiências com ligações de assistentes sociais ou enfermeiros do pronto socorro ou até mesmo ligando para saber sobre casos e conseguimos ir discutindo o melhor acompanhamento, mas isso depende do profissional, que se interessou, que entende que não está engessado no sistema, mas isso não acontece no dia a dia, até porque não tem um sistema para isso e então é difícil o profissional enxergar essa pessoa como um todo e até mesmo ter espaço para essas discussões. Achamos que o município deveria incentivar a ter mais espaço para isso, não entender que é perda de tempo deixar de

atender para fazer discussões de caso, porque de certa forma, estaríamos evoluindo no atendimento, trabalhando extramuro.

Acreditamos também que as redes de apoio são muito importantes, porque precisamos referenciar e há a necessidade de colocar prioridade, há uma demora, mas na maioria dos casos graves conseguimos acompanhar. Se tivéssemos mesmo as redes de saúde e apoio ia ser magnífico.

Mas também entendemos que são necessárias capacitações, tem que se investir na equipe, conscientizar, não participar por participar somente.

Categoria de análise: Organização dos serviços de acordo com a necessidade de saúde da população.

Acreditamos que a sobrecarga de trabalho faça com que os profissionais se esqueçam do princípio da integralidade, engessando o atendimento e muitas vezes deixando o que é de uma área para aquela área e não se dá o olhar necessário para a situação, mas não porque os profissionais não querem fazer isso e sim porque estão sobrecarregados e acabam se perdendo. Temos que ter tempo para que possamos abordar tudo, a integralidade, o que infelizmente não temos, neste momento é muito complicado termos tempo para abordar como um todo. Nós não temos tempo nem para uma reunião, para trocar informações e discutir casos e na maioria das vezes as discussões de casos, acontecem rápido, no corredor mesmo. Isso é um problema.

Entendemos que às vezes é necessário deixar de atender um certo número e atender metade, mas que nós conseguíssemos atender com qualidade e essa ação seria multiplicada.

Achamos que falta reunião, não sabemos porque acham que reunião é perda de tempo, mas onde que os problemas que enfrentamos na unidade podem ser ouvidos? Não achamos que é na secretaria, mas sim em um espaço para discutir o sistema e possamos crescer discutindo as necessidades do território, já que cada UBS tem suas comunidades e problemas diferentes. São as dificuldades pontuais que precisam ser vistas e pensarmos mais na área.

Outra situação que acontece conosco é quando fazemos o diagnóstico de certas patologias e temos que encaminhar para outro serviço e não há referência no município, dificultando o nosso trabalho. Acontece às vezes de alguns de nós necessitar de exames ou avaliação de cardiologia para cirurgia dentária e temos que encaminhar para o clínico geral, que irá encaminhar para o cardiologista e acabamos por perder esse paciente, não existe fluxo e controle para isso.

Ficamos muitas vezes angustiados por não saber a trajetória do paciente, é o exemplo um caso de fratura exposta há 3 meses, que já foi para o AME, para o HC e se ligamos lá não temos resposta, não há uma contrarreferência nos serviços estaduais. Os fluxos de contrarreferência são muitos desorganizados, com exceção da saúde mental que é bem organizada, mesmo tendo pouquíssimos psiquiatras que geram uma fila enorme de espera.

Existem também os casos de os pacientes omitirem informações por não terem ideia de quanto as situações estão interligadas.

Em relação às redes de saúde, entendemos que temos apoio do CAPS na saúde mental, mas as outras situações são diferentes.

Algumas das unidades em que nós atuamos estão se organizando para além de uma ação de troca de receita, ter uma consulta, ter a devolutiva de como foi no

especialista. É um trabalho de formiguinha, até porque os pacientes não querem, eles querem só o remédio mesmo, mas estão entendendo melhor isso.

Categoria de análise: Articulação dos saberes dos profissionais de saúde para identificar as diversas demandas por saúde dos indivíduos e comunidades, através do trabalho em equipe.

A integralidade é um tema que vemos desde a época da graduação, o tempo vai passando e vamos vivenciando, aprendendo, tentando integrar o paciente como um todo, mas vemos que tem situações que não conseguimos e não podemos perder a essência de transmitir para a equipe a importância de atender o paciente na integralidade.

Observamos que a forma que cada profissional vê o paciente é voltada para sua área de atuação, sendo necessário um exercício para olharmos de forma integral e não somente para sua área e para isso é importante treinar para esse olhar. As dificuldades vão aparecendo a partir do momento em que o profissional vai se esquecendo da integralidade devido à sobrecarga de trabalho, tratando só a causa, esquecendo do contexto desse paciente. Por isso estar junto da equipe fortalecendo a integralidade é extremamente importante, às vezes a equipe precisa ir além do paciente e pensar na família também, considerando as experiências de vida dele para poder abordar mais significativamente.

Alguns de nós relatamos o caso de um paciente diabético que não está tomando a medicação adequadamente, autonegligência, mas porque está fazendo isso? Pode ser por auto estima baixa, pode ter vários motivos e temos que saber ouvir para identificar

e ajudar e é nesse momento que entra a atividade extramuro, de conhecer onde o paciente mora e com quem.

Nós também estamos constantemente dentro de um contexto social difícil, onde pessoas acabam até mesmo sujas por não ter um tanque de roupa e nem mesmo pia no banheiro e nessas horas a equipe acaba se mobilizando para conseguir doação e ajudar o paciente.

A estrutura do trabalho não facilita a visão para a integralidade, que deveria ser uma prática bem usual, trocar informações e ouvir melhor o paciente, que muitas vezes está angustiado e em uma consulta de exame físico e conduta não resolve.

Muitas vezes a própria equipe se sente angustiada com determinadas situações, que não conseguimos resolver tudo, gerando até desespero. Nós temos que escutar a população, quais são suas dúvidas, olhar mais o paciente, ir na área, fazer grupo. Existem grupos que a enfermagem faz atuando para essa visão.

Narrativas Grupo Focal – Gerentes

Categoria de análise: conhecimento da política de saúde, com foco nas Redes de Atenção à Saúde e a Integralidade.

Sobre integralidade alguns de nós nunca tínhamos ouvido falar, mas entendemos que a integralidade é o atendimento do indivíduo como um todo. É não ver o indivíduo fragmentado, compreender que esse paciente está inserido em um contexto, enxergando-o na sua integralidade. Entendemos também que é a somatória das necessidades dos indivíduos dentro do contexto da saúde, onde o SUS deveria cobrir essas carências com uma equipe multidisciplinar.

Sobre as Redes de Atenção à Saúde, alguns de nós não conhecemos. Outros de nós já ouvimos falar da rede cegonha e crônicos e acreditamos que as redes facilitam muito e ajudam na integralidade do cuidado. Porém, achamos que as redes não estão formadas no município e o sistema não está preparado para abraçar as cinco redes, principalmente a rede de deficientes físicos.

Alguns de nós acreditamos que a rede cegonha é a saúde da mulher e saúde da criança que se juntaram, e observamos que a saúde mental é a mais forte na implantação. Na rede de crônicos há uma lacuna muito grande, houve uma tentativa de implantação, mas que parou, porém não está totalmente morta e não está tão ruim. Talvez tenhamos o serviço e desconhecemos e acabamos falando que não temos por não conseguirmos entender. Precisamos entender a fundo a importância de cada rede para não ficarmos perdidos.

Categoria de análise: Desenvolvimento da política de saúde. Integralidade como princípio de organização.

Acreditamos que a Estratégia Saúde da Família proporciona com maior facilidade o alcance da integralidade, a partir do momento que o médico atende desde o pequeno até o mais velho da família de forma que tudo tem que ser integralizado. É compreender o que está por trás de uma glicemia alterada e observamos que existem muitos profissionais que estão deixando esses olhar, de criar o vínculo e perde-se a oportunidade de cuidar daquele paciente e dar uma melhor assistência.

Na Estratégia Saúde da Família as redes funcionam melhor, porque a estratégia consegue abraçar tudo com um olhar mais integral à família toda, conhece-se melhor o território, a situação do paciente, e os casos são discutidos em equipe multiprofissional.

Entendemos que na estratégia saúde da família muito se deve à presença do agente comunitário de saúde, pelo fato de conhecer as famílias, morar no local e criar o elo entre a unidade e as famílias. Se conhecermos o território é mais fácil conseguirmos enxergar as pessoas e em que contexto elas estão e quando o paciente te aponta uma dificuldade conseguimos entender o que ele está falando. Conhecer o território é extremamente importante.

Uma de nossas dificuldades para o desenvolvimento da integralidade é a cultura de parte dos munícipes que ainda procuram especialistas e não querem ser atendidos por médico generalista ou em consulta com o enfermeiro. Uma parte da população não aceita o enfermeiro ou generalista mesmo em unidade estratégia saúde da família, eles chegam já perguntando do especialista, ou porque não sabem ou porque é cultura e nós temos que convencê-los. Mas na unidade modelo tradicional também há essa

dificuldade, porque é necessário passar antes com o médico clínico geral para ser direcionado para o especialista.

Outra situação é que o paciente não compreende a sua corresponsabilidade no tratamento e o profissional acaba se sentindo fragilizado e desmotivado. Além do pouco tempo que impede o profissional de olhar o paciente na integralidade que por fim enxerga-se somente a queixa.

Em relação às redes de atenção à saúde, para nós, para que elas funcionem é necessário discutir, estudar logísticas e é complicado com o que temos, ou muda-se o sistema ou traz-se para a realidade das UBSs.

Acreditamos que algumas redes caminham fortalecidas porque estão mais sedimentadas, mas sentimos falta da representatividade dessas redes no nível central para desenvolverem uma interlocução com a atenção básica. Por muito tempo tivemos, mas hoje não temos mais e dá certo medo de isso se perder ao longo do tempo. É extremamente importante ter uma pessoa que possamos procurar para ser referência, de fato é o que precisamos, porque as pessoas saem, mas quem entra ou fica precisa dar continuidade. Conhecíamos os indicadores e havia cobrança por metas, mas hoje não há essa cobrança e tão pouco conhecemos alguns indicadores e é necessária a representação dessas redes não só pela cobrança, mas para que possamos ter respaldo de algumas coisas.

Sentimos falta de ter parâmetro para avaliação, saber o que está bom e o que precisa melhorar para uma organização do trabalho.

Alguns de nós entendemos que ao pensar no ambiente, no contexto social essas redes caem por terra, porque também é uma forma de fragmentar o paciente.

Categoria de análise: Organização dos serviços de acordo com a necessidade de saúde da população.

Sentimos que o dificultador dentro da questão integralidade é o tempo. Desenvolver a integralidade não é fácil e em um curto período de tempo é complicado. Deparamos-nos muito com essa situação nos atendimentos médicos, há profissionais que até querem trabalhar olhando a integralidade, mas acabam com as consultas atrasadas e fichas de espera constantes e assim a integralidade vai sendo deixada, não só pelos médicos, mas também pelos outros profissionais.

Alguns de nós observamos que no acolhimento conseguimos potencializar a integralidade, quando se conversa com o paciente entendemos a real procura pelo atendimento e às vezes não é só uma consulta médica, pode ser algo básico da unidade.

O trabalho fora da unidade vai além da imaginação, na visita domiciliar é que descobrimos a real vulnerabilidade da população, porém o número de visitas semanais é insuficiente para suprir o cenário e temos ainda a questão da baixa adesão da população aos programas e grupos, onde podem receber orientações, além da procura não para a consulta e sim para a troca de receita. O imediatismo é complicado. Na Rede Cegonha é garantida consulta para as crianças, mas há falta constante nas consultas agendadas e na unidade que não é estratégia não se consegue procurar, sabe por que não compareceu a consulta, a busca é ineficaz.

Quando tínhamos o NASF que era o grupo de apoio da estratégia, alguns de nós acreditamos que havia melhores condições para o matriciamento dos casos, mas na atenção básica não é possível saber tudo de todo mundo.

Acreditamos que a rede cegonha está bem melhor, a gestante tem consulta referenciada, mas a dificuldade para o trabalho em rede é que não temos contra referência, o que faz falta para continuidade do atendimento.

Entendemos que uma facilidade no trabalho em redes é a comunicação que temos com outras secretarias, a busca constante de equipe multiprofissional e parceiras.

Entendemos também a grande rotatividade dos profissionais e a tendência é sempre chegar pessoas novas, mas não podemos deixar esfriar as atividades, tem que ir repassando o trabalho. O funcionário chega na unidade e é jogado no setor, sem capacitação para isso e depois ainda cobramos dele. Falamos em siglas que muitas vezes quem não é da área não conhece. Alguns de nós apontamos que isso também aconteceu com alguns dos gerentes, que por exemplo, nunca haviam ouvido sobre as redes, e que é necessário ter uma pessoa tanto para cobrar como para mostrar como o fluxo funciona até para prepararmos a equipe.

Categoria de análise: Articulação dos saberes dos profissionais de saúde para identificar as diversas demandas por saúde dos indivíduos e comunidades, através do trabalho em equipe.

O contexto social em que estamos inseridos é bastante difícil, pessoas chegam com a higiene comprometida na unidade para curativos e alguns de nós até nos mobilizamos para conseguir alguém que pudesse fazer a colocação de um chuveiro a fim de ajudar o paciente e melhorar sua situação de saúde.

O vínculo com a unidade é muito importante, na gestante de médio risco por exemplo, tentamos que ela passe com o especialista, mas que continue em

acompanhamento na unidade porque é uma responsabilidade da atenção básica, mas falta a contra referência. No Serviço de Atenção Domiciliar conseguimos compartilhar o cuidado, mesmo que haja um conflito por pensar o cuidado de forma diferente.

Por não ter contra referência orientamos os pacientes que vão para o especialista a voltarem na unidade para nos dizer o que aconteceu, mas nem sempre ele volta e perdemos o vínculo.

Vemos que é necessário trabalhar com humanização, empatia, confiança, escuta qualificada e respeito que às vezes falta de ambos os lados. O paciente já chega bravo na unidade e não se deve devolver o modo como foi tratado e sim entender que se ele chegou dessa forma é porque já ouviu muito o não, já foi jogado de um lado para o outro e então precisamos manter a calma e serenidade para acolher o paciente.

No trabalho com a equipe precisamos entender o contexto das pessoas e mesmo que exista uma negatividade para o trabalho por parte de alguns, esses vão aprendendo outras formas e vamos lidando com essas situações, inclusive identificando o local adequado compatível com o perfil.



Embu das Artes, 28 de Outubro de 2016

OF. 408/2016

A Secretaria da Saúde de Embu das Artes, São Paulo, autoriza a realização da pesquisa de Renata Cristina Ventura Mascarelle, aluna do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde de São Paulo, sob a orientação da Prof. Dra. Sonia Venâncio, intitulada:

As Redes de Atenção à Saúde e a Percepção dos Profissionais da Atenção Básica sobre a Integralidade do Cuidado a ser realizada com profissionais da atenção básica do município.

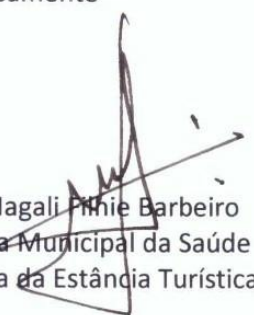
Fui informada pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa

A pesquisadora se compromete a realizar a pesquisa apenas após com a aprovação no Conselho de Ética, e a devolver os dados para apropriação dos serviços de saúde do município no âmbito das políticas e diretrizes do Sistema único de Saúde.

Outrossim, serão assegurados todos os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/2012 – Ministério da Saúde.

O Governo da Cidade de Embu das Artes agradece a escolha deste município para o aprofundamento de dados e informações relevantes para a nossa população.

Respeitosamente


Sandra Magali Pinhe Barbeiro
Secretária Municipal da Saúde
Prefeitura da Estância Turística de Embu das Artes

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Redes de Atenção à Saúde e a Percepção dos Profissionais da Atenção Básica sobre a Integralidade

Pesquisador: RENATA CRISTINA VENTURA MASCARELLE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64397017.7.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.940.088

Apresentação do Projeto:

Projeto relevante na área de saúde coletiva, que propõe por meio de grupos focais explorar a percepção dos profissionais que atuam na AB sobre integralidade e redes de atenção à saúde.

O projeto está bem formulado, apresenta boa descrição dos objetivos, metodologia e resultados esperados e revisão bibliográfica atualizada no tema do estudo.

Trata-se de um estudo realizado em unidade básica de saúde de Embu das Artes, onde serão realizados grupos focais com profissionais e com gerentes.

A amostra é composta de 20 participantes.

Apresenta cronograma adequado, com coleta de dados a partir de abril de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Básica quanto o princípio da integralidade e as Redes de Atenção à Saúde.

Objetivos Secundários:

Identificar a percepção dos profissionais quanto à integralidade na Saúde, à luz de sua prática profissional. Identificar a percepção dos profissionais quanto as Redes de Atenção à Saúde, à luz de

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3116-8597

Fax: (11)3116-8523

E-mail: cepis@saude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 1.940.088

sua prática profissional. Analisar a percepção dos profissionais quanto aos elementos das práticas de saúde, da organização dos serviços de saúde e da política de saúde que influenciam o alcance da integralidade

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora prevê possíveis desconfortos com a participação no grupo focal e endereça esse problema no projeto e no TCLE, esclarecendo que os participantes têm liberdade de não responder a qualquer questão e/ou abandonar o estudo sem nenhum prejuízo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi redigido adequadamente e a proposta é relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto devidamente assinada; projeto completo; e TCLE, em concordância com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos para a realização do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_861616.pdf	03/02/2017 12:39:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	03/02/2017 12:35:42	RENATA CRISTINA VENTURA MASCARELLE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/02/2017 12:35:23	RENATA CRISTINA VENTURA MASCARELLE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autoriza.docx	03/02/2017 12:35:07	RENATA CRISTINA VENTURA MASCARELLE	Aceito
Folha de Rosto	Untitled_20170203_120214.PDF	03/02/2017 12:28:00	RENATA CRISTINA VENTURA	Aceito

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8597 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 1.940.088

Folha de Rosto	Untitled_20170203_120214.PDF	03/02/2017 12:28:00	MASCARELLE	Aceito
----------------	------------------------------	------------------------	------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador)

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8597 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

CURRICULO LATTES

Renata Cristina Ventura Mascarelle

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6920902084335337>
- Última atualização do currículo em 06/01/2018

Resumo informado pelo autor

Graduada em Enfermagem. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS (Instituto Responsabilidade Social Sírio Libanês). Especialista Gestão de Recursos Humanos na Saúde (Faculdade Saúde Pública USP). Especialista em Saúde da Família (UNIFESP). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UNINOVE). Gestão da Qualidade Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (EEUSP). Didática e Educação em Saúde (Fundação Faculdade de Medicina ABC). Membro da ReBETIS - Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde.

(Texto informado pelo autor)

Dados pessoais

Nome Renata Cristina Ventura Mascarelle

Nascimento 25/10/1979 - Santo André/SP – Brasil

CPF 273.479.988-08

Formação acadêmica/titulação

- 2016** Mestrado Profissional em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.
Instituto de Saúde, ISaúde, Sao Paulo, Brasil
Título: As Redes de Atenção à Saúde e a percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre a Integralidade
Orientador: Sonia Ysohama Venâncio
- 2014 - 2014** Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS.
Instituto de Ensino e Pesquisa - Sírio Libanes, IEP - SÍRIO, Brasil
Título: Habilidades e Competências para o desenvolvimento da Preceptoría no SUS
Orientador: Eliana Tikami de Lima Carvalho
- 2012 - 2013** Especialização em GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-USP, FSP/USP, Brasil
Título: PMAQ: Um novo Modelo de Gestão de Qualidade na Atenção Primária.
Orientador: Fabíola Zion
- 2012 - 2013** Especialização em ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Sao Paulo, Brasil
Título: Habilidades e Atitudes para a Gestão de Unidade Básica de Saúde
Orientador: DORALICE SERVERO DA CRUZ TEIXEIRA
- 2007 - 2009** Especialização em Especialização em UTI Neonatal e Pediátrica.
Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Sao Paulo, Brasil
Título: HIPERTENSÃO PULMONAR PERSISTENTE DO RECÉM-NASCIDO
Orientador: Luiz Donizette da Silva
- 2003 - 2007** Graduação em Enfermagem.
Centro Universitário de Santo André, UNIA, Santo Andre, Brasil
Título: CATETER CENTRAL INSERIDO PERIFERICAMENTE EM NEONATOLOGIA: manutenção pela equipe de enfermagem
Orientador: MÁRCIO PETENUSSO

- 2013 - 2013** Aperfeiçoamento em Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos trabalhadores da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, Brasil
Título: DESENVOLVENDO ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS, EM EMBU DAS ARTES/SP

Formação complementar

- 2009 - 2010** Extensão universitária em Capacitação Didático Pedagógica para Enfermeiros D. (Carga horária: 80h). Associação Brasileira de Enfermagem , ABEn/NACIONAL, Brasília, Brasil
- 2010 - 2010** Gestão da Qualidade. . (Carga horária: 30h). Escola de Enfermagem - USP, EE-USP, Brasil
- 2010 - 2010** Didática e Educação em Saúde. . (Carga horária: 30h). Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Santo Andre, Brasil
- 2009 - 2009** Extensão universitária em Capacitação Didático Pedagógica para Enfermeiros. (Carga horária: 80h). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, ABEN, Brasil
- 2008 - 2008** Curso de curta duração em Liderança em Equipe. (Carga horária: 32h). Factor do Brasil, FACTOR, Brasil
- 2008 - 2008** Curso de curta duração em PICC - Cateter Central de Inserção Periférica em N. (Carga horária: 20h). Instituto da Crisnça/HC-USP, ICR, Brasil
- 2008 - 2008** Curso de curta duração em Gestor Comunicador. (Carga horária: 12h). Factor do Brasil, FACTOR, Brasil

Atuação profissional

1. Escola de Enfermagem - USP - EE-USP

Vínculo institucional

- 2017 - Atual** Vínculo: Prestador de serviço , Enquadramento funcional: Supervisão de campo do projeto Fapesp/PPSUS , Carga horária: 12, Regime: Parcial
Outras informações:
Supervisão de campo do projeto Fapesp/PPSUS

2. Prefeitura Municipal de Embu das Artes – PMEMBU

Vínculo institucional

- 2017 - Atual** Enquadramento funcional: Enfermeiro UBS , Carga horária: 30, Regime: Parcial
Outras informações:
Em licença das atividades
- 2017 - 2017** Enquadramento funcional: ASSESSORA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE , Carga horária: 30, Regime: Parcial
Outras informações:
Implementação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) municipal. Articulação para implantação do Telessaúde. Desenvolvimento com outros atores do protocolo de saúde reprodutiva, semana municipal de aleitamento materno, semana da mulher. Articulação com Universidade Privada para a residência médica e internato. Desenvolvimento e docente do curso: "Recepção SUS", como os seguintes conteúdos: História da Saúde pública e SUS; Rede Municipal de saúde; Modelos de saúde; Estratégia Saúde da Família; Redes de Atenção à Saúde; Política Nacional de Humanização; Ética e relação interpessoal; Atribuições profissionais; Sistema de regulação; Planejamento em Saúde e Fluxos de atendimento. Realizado a capacitação para novos gerentes de UBS, com cinco encontros presenciais e abordagem da política nacional de AB, SUS, RAS e demais áreas técnicas de uma SMS. Desenvolvimento de encontros Loco Regionais do Programa Mais Médicos. Projetos regionais de de educação permanente como: "A

integração das Redes de Atenção à Saúde como forma de melhorar as práticas do cuidado" e Atualização para cirurgiões dentista em semiologia bucal" .

- 2013 - 2017** Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Diretor Gestão Pessoas e Educação em Saúde , Carga horária: 30, Regime: Parcial
Outras informações:
Assessoria técnica na área de gestão do trabalho e educação em saúde. Coordenação Regional do NEPHS - Núcleo de Educação Permanente e Humanização em Saúde da Região de Mananciais. Encontros de discussão com DRS/CDQ - Centro de Desenvolvimento e Qualificação do Estado de São Paulo. Participante da Comissão de Gestão de Carreiras
- 2011 - 2013** Enquadramento funcional: Diretor de UBS , Carga horária: 40, Regime: Integral
Outras informações:
Gestão do Território através da análise epidemiológica e situacional, organização de agenda dos diferentes profissionais a fim de atender a necessidade do território. Gestão clínica, através da organização de fluxos para a articulação com as rede municipal e conversas com intersetor. Gestão de pessoas, através de reuniões de equipe, promovendo conhecimento entre as áreas e objetivos em comum.

Atividades

- 01/2015 - 10/2017** Conselhos, Comissões e Consultoria, Secretaria Municipal de Saúde
Especificação:
Coordenador do NEPHS - Núcleo de Educação Permanente e Humanização em Saúde da Região de Mananciais

3. Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim – CEJAM

Vínculo institucional

- 2013 - 2017** Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Coordenador Técnico , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Participante da Equipe de Coordenação Técnica Regional de Embu das Artes

4. Universidade Estácio de Sá – UNESA

Vínculo institucional

- 2015 - 2016** Vínculo: Professor Visitante , Enquadramento funcional: Docente Curso Especialização Enfermagem, Regime: Parcial
Outras informações:
Docente no curso de Especialização Enfermagem em Neonatologia, na disciplina de Neonatologia de Médio Risco, abordando os assuntos: Classificação do RN e Idade Gestacional; assistência imediata ao Recém-Nascido e Apgar; Unidade Neonatal - Estrutura e Organização da Unidade Neonatal; Qualidade da Assistência Neonatal: Papel do Enfermeiro; Educação Permanente e continuada; trabalho em equipe; O Recém-Nascido e a Família; Aleitamento Materno - Incentivo e Promoção; Icterícia Neonatal - Diagnóstico Diferencial e Terapêutica; Distúrbios Metabólicos; Risco Infecçioso - Prevenção e Controle de Infecção na Unidade Neonatal; Triagem Neonatal; Sífilis Congênita.

5. Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF – FUNAG

Vínculo institucional

2014 - 2015 Vínculo: Bolsista , Enquadramento funcional: Assessoria Técnica Especializada - Tutor EAD , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Assessoria técnica especializada na execução das atividades desenvolvidas para o Projeto FEC 3463 "MICROPOLÍTICA E GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE" - Tutor EAD

6. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Vínculo institucional

2013 - 2014 Vínculo: Bolsista , Enquadramento funcional: Preceptor PET SAÚDE, Regime: Parcial
Outras informações:
Preceptora no programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde/UNIFESP. Desenvolvendo o Projeto: "Investigação de óbitos precoces por doenças cardiovasculares no Município de Embu das Artes".

7. Centro de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos – CEFORH

Vínculo institucional

2012 - 2013 Vínculo: Bolsista , Enquadramento funcional: Docente coordenador do Curso de Formação ACS , Carga horária: 8, Regime: Parcial
Outras informações:
Docente e coordenador Regional. Coordenação, planejamento e execução do Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde.

8. Hospital Geral de Itapecerica da Serra – HGIS

Vínculo institucional

2010 - 2011 Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: ENFERMEIRO , Carga horária: 36, Regime: Parcial
Outras informações:
Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

9. SPDM-SOCIEDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA – SPFM

Vínculo institucional

- 2010 - 2010** Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: ENFERMEIRO , Carga horária: 36, Regime: Parcial
 Outras informações:
 Atuando na assistência médica ambulatorial (AMA) de baixa e média complexibilidade. Principais Atividades: Gestão de equipe, programas de saúde, notificação compulsória, treinamento, educação permanente.

10. Hospital Alvorada Santo Amaro-Medial Saúde – HMO

Vínculo institucional

- 2008 - 2010** Vínculo: Colaborador , Enquadramento funcional: ENFERMEIRO , Carga horária: 36, Regime: Parcial
 Outras informações:
 Principais atividades exercidas nas unidades: assistência ao paciente, SAE, orientação às mães e acompanhantes, humanização, método mãe-canguru, aleitamento materno, treinamento e avaliação de funcionários, controle de equipamentos, elaboração de escalas e manual de rotinas técnicas e administrativas da unidade neonatal. Manejo com o cateter PICC. Desenvolvimento e execução do curso e incentivo e promoção do aleitamento materno. Revisão do protocolo de educação continuada.

11. COLégio CADEN – CADEN



Vínculo institucional

- 2010 – 2010** Vínculo: Professor Visitante , Enquadramento funcional: Docente Concentração , Carga horária: 20, Regime: Parcial
 Outras informações:
 Professor aula teórica no curso de técnico de enfermagem, nas disciplinas de: urgência e emergência, ética profissional, saúde da mulher e saúde da criança.

Produção


Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1.  **Mascarelle. R.C.V**
 O planejamento estratégico como ferramenta para a implementação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso). , v.16, p.65 - 68, 2015.
2.  **Mascarelle. R.C.V**; Barbeiro. S.M.F.
 Desenvolvimento Profissional e a Importância da Formação para Atuação no SUS sob a ótica da Gestão. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso). , v.15, p.140 - 143, 2014.

Trabalhos publicados em anais de eventos (resumo)

1. **Mascarelle. R.C.V**; ANJOS, N. C.
 ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA In: XXXI Congresso de Secretários Municipais do Estado de São Paulo, 2017, Santos.
XXXI Congresso de Secretários Municipais do Estado de São Paulo. , 2017.

2. BROCKVELD, L.; **Mascarelle. R.C.V**
O Papel da Educação Permanente na implantação do e-SUS no município de Embu das Artes In: XXX Congresso de Secretários Municipais do Estado de São Paulo, 2016, São Paulo.
XXX Congresso de Secretários Municipais do Estado de São Paulo. , 2016.
3. **Mascarelle. R.C.V**
Desenvolvimento Profissional e a Importância da Formação para Atuação no SUS sob a ótica da gestão In: XXIX CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015, CAMPOS DO JORDÃO.
XXIX CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. , 2015.
4. **Mascarelle. R.C.V**
HABILIDADES E COMPETÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRECEPTORIA NO SUS In: XXIX CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015, CAMPOS DO JORDÃO.
XXIX CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. , 2015.
5. **Mascarelle. R.C.V**
O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO FERRAMENTA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE UM NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE In: XXIX CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015, CAMPOS DO JORDÃO.
XXIX CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. , 2015.
6. **Mascarelle. R.C.V**
de Saúde como possibilidade de empoderamento para atuação In: XXVIII CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014, UBATUBA.
XXVIII CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. , 2014.
7. **Mascarelle. R.C.V**
HABILIDADES E ATITUDES PARA A GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE In: XXVIII CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014, UBATUBA.
XXVIII CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. , 2014.
8. **Mascarelle. R.C.V**
Investigação de óbitos precoces por doenças cardiovasculares no Município de Embu das Artes no ano de 2013 In: XXVIII CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014, UBATUBA.
XXVIII CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. , 2014.
9. **Mascarelle. R.C.V**
'PMAQ: Um novo Modelo de Gestão de Qualidade na Atenção Primária" In: 13º Congresso de Saúde Pública, 2014, São Paulo.
Saúde e Sociedade. , 2013. v.22.
10.  **Mascarelle. R.C.V**
'A Formação do Agente Comunitário de Saúde como possibilidade de empoderamento para atuação In: 13º Congresso Paulista de Saúde Pública, 2013, São Paulo.
Saúde e Sociedade. , 2012. v.22.
11. PETENUSSO, M.; **Mascarelle. R.C.V**; PEGORARO, G. A.; RATES, M. R.
Cateter central inserido Periféricamente: Manutenção pelo Enfermeiro. In: Nursing 6º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2008, São Paulo.
Nursing 6º Congresso Brasileiro de Enfermagem. , 2008.

Produção técnica

Produtos tecnológicos

1. GUAITOLI, L. S.; **Mascarelle. R.C.V**; MORAIS, M. J. B.
Projeto "Tempo é Saúde" Revisão do processo de Primeiro Atendimento na UBS, 2014

Trabalhos técnicos

1. **Mascarelle. R.C.V**
LINHAS DE CUIDADO: DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DIABETES MELLITUS, 2017
2. **Mascarelle. R.C.V**; ANJOS, N. C.
Protocolo Saúde Reprodutiva, 2017
3. **Mascarelle. R.C.V**
Plano Regional de Educação Permanente - PAREPS, 2016

4. Mascarelle. R.C.V; BROCKVELD, L. S. M.
ATUALIZAÇÃO PARA CIRURGIÕES DENTISTAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE, 2015
5. Mascarelle. R.C.V; BROCKVELD, L. S. M.
CAPACITAÇÃO EM ATENDIMENTO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO, 2015
6. Mascarelle. R.C.V; XAVIER, A. M. H.
Capacitação em Reanimação Cardio Pulmonar para a Atenção Primária, 2015
7. Mascarelle. R.C.V; BROCKVELD, L. S. M.
FÓRUM REDE CEGONHA - REGIÃO MANANCAIS, 2015
8. Mascarelle. R.C.V; BROCKVELD, L. S. M.
OFICINA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E HUMANIZAÇÃO - REGIÃO MANANCAIS, 2015
9. Mascarelle. R.C.V; XAVIER, A. M. H.
PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - PAREPS 2015, 2015
10. Mascarelle. R.C.V; XAVIER, A. M. H.
Qualificação para manejo de grupos de gestantes e os principais cuidados da saúde bucal na primeira infância, 2015
11. Mascarelle. R.C.V; XAVIER, A. M. H.
SOCIEDADE EM SITUAÇÃO DE RISCO E VIOLÊNCIA: Identificação, notificação e fluxo de atendimento, 2015
12. GUAITOLI, L. S.; Mascarelle. R.C.V; MORAIS, M. J. B.
DOCUMENTO NORTEADOR COMPROMISSO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM A POPULAÇÃO, 2014
13. Mascarelle. R.C.V
Protocolo de Feridas, 2013
14. Mascarelle. R.C.V
Rotinas de UBS, 2013

Demais produções técnicas

1. Mascarelle. R.C.V
Desenvolvimento Gerencial, 2017. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
2. AGRELLI, H. F.; Mascarelle. R.C.V
Educação Interprofissional para o cuidado às condições crônicas no âmbito da RAS, 2017. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
3. Mascarelle. R.C.V
Recepção SUS, 2017. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
4. Mascarelle. R.C.V
Encontro de Atenção Domiciliar, 2014. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
5. Mascarelle. R.C.V
Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, 2012. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
6. Mascarelle. R.C.V
Promoção ao Aleitamento Materno, 2008. (Outro, Curso de curta duração ministrado)
7. Mascarelle. R.C.V
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, 2006. (Outro, Curso de curta duração ministrado)

Orientações e Supervisões

Orientações e supervisões

Orientações e supervisões concluídas

Monografias de conclusão de curso de aperfeiçoamento/especialização

1. Simone Morosini Atore. **A Implantação da Rede de Cuidado À Pessoa Com Deficiência No Município de Mauá, a Partir da Habilitação do Centro Integrada da Pessoa com Deficiência..** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
2. Adriana Barreto Yamasaki Goulart. **A relevância da humanização no atendimento ao pré-natal.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
3. Tania Cristina Segretti. **Nova gestão de assistência farmacêutica no município de Itariri.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
4. Sulamita Dos Reis Rodrigues Oshiro. **O papel da equipe multidisciplinar no Atendimento à gestante de alto risco em Mauá/SP.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
5. Fernanda Salles Novaes Rocha. **Plano Para Redução de Índice de Nascidos Vivos de Baixo Peso do Município de Itariri, através do Programa de Nutrição de Alimentação..** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
6. Rosa Maria Cussolini Betarelli. **Projeto de Intervenção No Setor de Higienização e Limpeza.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
7. Cleber Suckow Nogueira. **Projeto de Intervenção para a participação dos profissionais da rede pública de saúde do município de Praia Grande na construção de instrumentos de Planejamento e Gestão.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
8. Joemar Dias Pacheco. **Projeto de Intervenção para a Redução da Mortalidade Infantil no Município de Itariri..** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
9. Juracema De Azevedo. **Projeto de Intervenção para a Redução da Mortalidade Perinatal No Município de Cajati.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
10. Letícia Régio Narita Rodrigues. **Reorganização da Rede de Saúde Bucal do Município de Ilha Comprida/SP.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF
11. Patrícia Stocco Heltai. **Serviço Social - Estratégia de Organização da Saúde Mental.** 2015. Monografia (CURSO DE MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E DO TRABALHO EM SAÚDE) - Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional a UFF

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 06/01/2018 às 16:37:12.