

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos¹
Lincoln Moraes de Souza¹
Eliabe Rodrigues de Medeiros¹
Willyana Freire Bispo¹
Luiza Helena dos Santos Wesp¹
Erika Simone Galvão Pinto¹

Integrity in the perception of Family Health Strategy users

| Integralidade na perspectiva dos usuários da Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT | Introduction: *Integrality has been a constant challenge for family health teams due to several daily obstacles experienced that impair the changes to be implemented in practices and in the organization of healthcare services.*
Objective: *Analyzing how integrality has been implemented based on the Family Health Strategy (ESF) in a county in Northeastern Brazil, based on users' viewpoint.*
Methods: *Quantitative and qualitative impact-assessment case study conducted in a county in Northeastern Brazil; data were collected from October 2011 to February 2012. ESF beneficiaries living in the county were the subjects of the study, which addressed aspects related to health professionals' practices, access to the medium and the high complexity services of FHS.*
Results: *the study has shown users' poor knowledge about FHS, limitations to find specialized care at high complexity levels and health practices that remain far from integral care.*
Conclusion: *Care must seek the recognition of humans' health dimensions and the need of adapting health service responses to the specificity of each population or group of populations. It is necessary overcoming the challenges, since drastic disruptions in models already incorporated to health services are demanding.*

Keywords | Family Health; Health Practices; Primary Health Care.

RESUMO | Introdução: Alcançar a integralidade tem sido um desafio constante das equipes de saúde da família, uma vez que muitos são os obstáculos vivenciados no cotidiano para concretizar as mudanças das práticas pretendidas e mais ainda da organização dos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar, na ótica dos usuários, como a integralidade tem se constituído a partir do Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do Nordeste do Brasil. **Métodos:** Estudo de caso, de abordagens quantitativa e qualitativa, do tipo avaliação de impacto em um município do Nordeste do Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram os beneficiários da ESF no município e foram abordados os aspectos referentes às práticas dos profissionais de saúde e condições de acesso aos serviços de média e alta complexidade a partir da ESF. **Resultados:** Os resultados apontaram para o baixo conhecimento dos usuários sobre o que é a ESF, limitações para obter atendimento especializado nos níveis de alta complexidade, e práticas de saúde ainda distantes de um atendimento integral. **Conclusão:** É preciso buscar um cuidado que reconheça a dimensão humana na saúde e a necessidade de adaptar as respostas dos serviços de saúde à especificidade de cada grupo populacional. Faz-se necessário superar desafios uma vez que se exige que ocorram rupturas drásticas com modelos já incorporados aos serviços de saúde.

Palavras-chave | Saúde da Família; Práticas de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O termo “integralidade” foi incorporado aos sistemas e serviços de saúde a partir das mudanças advindas do Movimento da Reforma Sanitária. No entanto, é precisamente no final dos anos de 1980 e início da década de 90 no Brasil, com a elaboração da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passa a nortear a construção de políticas e programas de saúde¹.

Com o SUS, observa-se o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, renomeado em 1998 para Estratégia Saúde da Família (ESF) por seu caráter reorientador do modelo de atenção à saúde, onde a integralidade figura como um dos seus princípios. Vinculado à Atenção Primária à Saúde (APS), traz em seu bojo um caráter inovador e provocador de mudanças, buscando promover, dentre outros, a atenção aos beneficiários de uma determinada base territorial com ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação².

Um dos seus pressupostos é que a atenção à saúde esteja centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, permitindo aos profissionais uma compreensão ampliada do processo saúde/doença³.

Ao longo desses anos, muitos resultados e avanços são atribuídos a essa intervenção. Dentre estes têm-se, principalmente, os resultados decorrentes da melhoria dos indicadores de saúde e uma nova perspectiva de pensar a saúde de forma mais ampla e associada ao contexto de vida dos indivíduos⁴.

Essa nova forma de pensar a saúde busca refletir práticas profissionais comprometidas com uma percepção ampla do indivíduo/sujeito da assistência, buscando resgatá-lo na sua totalidade e individualidade a partir do ambiente social, econômico, político e familiar no qual está inserido, tornando-o centro da atenção dos serviços e ações de saúde⁵.

Entende-se a integralidade como um princípio orientador das práticas, da organização do trabalho e da política, que implica recusa do reducionismo, a abrangência de um cuidado generalista e a percepção das necessidades dos grupos⁶. E, como princípio formal da política de saúde e da ESF, remete a mudanças significativas na realidade dos serviços de saúde, necessitando ser dimensionada.

No entanto, além da percepção do integral a partir do indivíduo, o conceito de integralidade refere-se ao resgate do atendimento integral dentro de todo o sistema de saúde. Tendo o indivíduo o direito, pelo menos formalmente, e o acesso a outros níveis do sistema de saúde para conseguir atender suas necessidades em saúde⁷.

Essas duas facetas do conceito de integralidade requerem uma nova forma de pensar e agir das equipes de saúde, a partir da busca por mudanças resolutivas e efetivas nas suas ações, além de uma nova consciência sanitária para os profissionais e usuários. O profissional de saúde pode realizar mudanças significativas nesse processo, uma vez que, a partir de sua prática, é possível promover um olhar técnico que ultrapasse a barreira física da unidade e eleja a comunidade, a família e o indivíduo como núcleos básicos a se trabalhar⁸.

Sendo esse um dos princípios que ajudaram a elevar o PSF à condição de estratégia de reorganização da APS pelo Ministério da Saúde, tal temática adquire centralidade sobre seus resultados, e o estudo se torna significativo para todo o processo de mudanças por que têm passado os serviços de saúde na atualidade².

No entanto, alcançar a integralidade, na prática, tem sido um desafio constante das equipes de saúde da família uma vez que muitos são os obstáculos vivenciados no dia a dia para concretizar as mudanças das práticas pretendidas e mais ainda da organização dos serviços de saúde¹.

Este estudo é uma aproximação com o conceito de integralidade a partir da sua análise na ótica do usuário da ESF. Compreendendo, por sua vez, que esse conceito não se esgota nos elementos selecionados para sua análise e interpretação, mas que nos guia no sentido de buscar compreender contextos e significados desse princípio dentro da estratégia e de como ele tem sido operacionalizado e percebido na vida dos usuários.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar, na ótica dos usuários, como a integralidade tem se constituído a partir do ESF em um município do Nordeste do Brasil.

MÉTODOS |

Este artigo é parte de uma pesquisa de maior dimensão, do tipo avaliação de impacto, de abordagem quantitativa e

qualitativa, desenvolvida a partir de estudo de caso. O caso escolhido para este recorte foi um município localizado na região do Seridó, do estado do Rio Grande do Norte, que possui 100% de cobertura da ESF, composta por cinco equipes de saúde da família (quatro na zona urbana e uma na zona rural). A estratégia foi implantada nesse município desde o ano de 1998, sendo um dos primeiros da unidade da federação a concluir esse processo.

Considerado de pequeno porte, com a cidade de Acari localizada a 210 km de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,698%, que o faz ficar na 18ª posição entre os demais municípios do Estado⁹, e população estimada de 11.035 habitantes¹⁰.

Os sujeitos da pesquisa foram os beneficiários da ESF no município, sujeitos importantes para se destacar o contexto da integralidade. O critério para delimitação da amostra foi a amostragem teórica, que se trata de uma estratégia gradual de construção da amostra com base no processo de coleta e interpretação dos dados com vistas a obter um conhecimento mais aprofundado dos casos¹¹. Isso foi realizado no intuito de minimizar a inferência dos pesquisadores.

Para garantir maior fidedignidade ao estudo, a escolha dos sujeitos deuse de forma aleatória, sorteando os números dos prontuários das famílias de cada equipe de saúde da família. Foi delimitado um total de 20 questionários por equipe no Município de Acari. Os dados foram coletados com os usuários a partir de um questionário estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas, a exemplo daquelas referentes às práticas de saúde realizadas pelos profissionais, sistemas de referência e contrarreferência. No momento da entrevista, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os usuários foram contatados previamente a esta etapa e realizado um agendamento para as entrevistas, as quais foram realizadas em suas residências. Sortearam-se 100 prontuários, no entanto nem todos os usuários foram encontrados, tendo sido realizadas 73 entrevistas.

Os aspectos abordados para este estudo foram: dados de identificação do participante, práticas dos profissionais de saúde e condições de acesso aos demais serviços de média e alta complexidade a partir da ESF.

Os dados quantitativos foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel 2010* e analisados sob a luz da estatística descritiva. Para análise dos dados qualitativos, utilizaram-se os passos de uma análise de conteúdo, objetivando resumir as informações obtidas através de categorias-chave. Para tanto, seguiram-se os passos: leitura das falas dos usuários em cada item do questionário; em seguida, identificação de palavras-chave que revelassem categorias relacionadas à questão formulada; agrupamento dessas falas utilizando as categorias identificadas; classificação das categorias a partir da sua prevalência nos discursos, e identificação daquelas que mais aparecem nos discursos dos sujeitos da pesquisa, evidenciando-as para a interpretação e análise dos dados, a qual se deu à luz do referencial teórico da ESF e da literatura de avaliação de políticas públicas.

A identificação das falas dos participantes foi realizada com a letra Q, referente à palavra “questionário”, seguida do número que o Município de Acari ocupou na pesquisa maior (01) e do número correspondente a cada um dos entrevistados.

A pesquisa respeitou os princípios éticos apontados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹² e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, recebendo aprovação para execução em setembro de 2011, sob o Parecer 371/2011 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 0189.0.051.000-11.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Foram entrevistados 73 usuários da ESF, com prevalência de pessoas do sexo feminino (88%), com predominância de mulheres com idade entre 36 e 55 anos (36%) e idosas acima de 65 anos (26%). Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 41% possuíam ensino fundamental incompleto, além dos que tinham ensino médio completo (18%) e dos não alfabetizados (17%). No que se refere ao estado civil, 59% eram casadas, 19%, solteiras e 17%, viúvas, e a grande maioria dos participantes responderam que viviam em residência própria (75%).

As famílias dos participantes, em sua maioria (51%), recebiam ajuda do governo federal, a exemplo do Bolsa Família (programa social de transferência de renda do governo federal brasileiro), e a renda das famílias situou-

se em torno de um salário mínimo (53%), seguida pela daquelas que perfaziam dois salários mínimos (29%), com valor vigente no momento da coleta de dados de R\$ 545,00.

Nesta etapa são analisados os resultados da ESF no que se refere às práticas dos profissionais na visão dos usuários, buscando identificar na relação profissional-usuário a abordagem direcionada a ela, tendo como foco a integralidade da atenção. Assim, buscou-se conhecer o comportamento dos profissionais durante o atendimento nas consultas de enfermagem e médica, considerando a fala dos usuários, e assim identificar uma prática mais voltada a uma atenção integral, compreendendo o ser humano como um todo, como um ser central para o atendimento das suas necessidades.

Os resultados encontrados demonstram que, no geral, os usuários relataram compreender bem o que o médico e o enfermeiro explicavam, assim como as recomendações de ambos. Com base nos dados coletados, observou-se que 100% dos usuários já haviam sido atendidos pelo médico, e 73% tinham sido atendidos pelo enfermeiro da equipe. No que se refere à comunicação, os usuários relataram compreender bem o que o médico (91,78%) e o enfermeiro explicaram (68%), assim como as recomendações de ambos (83,56%) compreenderam as recomendações médicas, e 64% compreenderam as recomendações do enfermeiro).

Na avaliação do tempo de consulta médica, 86,30% dos usuários referiram que o tempo, em sua opinião, era suficiente.

Observou-se que os usuários estabeleceram o tempo de consulta como suficiente a partir do atendimento das suas expectativas durante a consulta. Assim, uma vez que o profissional resolvesse o problema trazido ou atendesse a solicitação do usuário, este considerava a consulta resolutive e o tempo suficiente. No entanto, observou-se que as consultas, em geral, eram rápidas, sem uma avaliação física criteriosa, e muitas vezes com condutas medicalizantes.

A consulta? É uns dois minutos cada pessoa. O negócio é ligeiro, para que ter que passar num sei quantas horas? Nammm. Fala o que está sentindo e pronto! (Q.01.51).

Ela é boa porque, sempre que eu vou, ela me atende, me medica, passa medicação. Ela é legal. A consulta demora pouco, mas para mim tá bom... Toda vida que eu vou lá, ela passa um remédio e eu fico boa (Q.01.63).

Para eles, a “boa consulta” ou o seu tempo adequado são aqueles rápidos, o paciente sai da sala com uma receita médica em mãos e a medicação resolve o problema que o trouxe para a consulta. O que fica evidente é a distorção entre o que pensavam os usuários e o que preconiza uma boa consulta clínica.

Além destes que consideravam a rapidez no atendimento como indicadora de uma boa consulta, outros participantes relataram haver profissionais médicos que procuravam fazer esse tipo de consulta, com a realização de exame clínico. Nesse sentido, para estes a boa consulta se referia, além do tempo, à capacidade de resolução, por parte do médico, dos problemas trazidos pelos usuários, ao tempo despendido para examinar, avaliar e fazer as recomendações, como também ao tratamento pessoal oferecido pelos profissionais. A satisfação com a consulta médica envolvia, para esses usuários, pensar todas essas questões de forma integrada, e os motivos de insatisfação estavam relacionados à fragmentação do indivíduo (só avalia um problema de cada vez), à ausência de realização do exame físico e à pouca valorização do médico em relação à queixa trazida pelo usuário, além da constante reclamação de que “o médico nem olha pra nossa cara”. Seguem-se algumas falas nesse sentido:

Acho que não, porque todo médico assim... A gente, quando adoce, a gente não sente só uma doença, não é? Ai eles só querem atender uma por vez, depois é que tem que voltar para tratar a outra. Ai é mais difícil, né? Eu vejo assim, que era para ele numa consulta tratar tudo o que a pessoa tem, para a pessoa não vir mais no posto (Q.01.45).

Quando tem muita gente, a consulta tem que ser rápida. Quando tem muita gente, ele fica estressado. Ele se estressa, e a gente tem que dizer pouca coisa e sair... (Q.01.76).

Apesar de eles referirem que a comunicação entre profissionais e usuários era satisfatória, fica claro, pelos relatos, que existia uma relação afetada pela pouca valorização da queixa do paciente, revelando um certo descaso para com o quadro clínico referido, agravada pela ausência de interesse do médico em comprovar a queixa através do exame do paciente ou de exames complementares, o que pode gerar um efeito grave sobre o paciente.

Eu fui para a médica daqui do posto e disse que tava com uma dor aqui embaixo (região abdominal) que não passava. Ela acabou que não era nada demais. Mas a dor continuava, não parava. Ai eu fui

lá no Hospital Regional e Dr. J. me atender, pediu para eu bater uma chapa, eu bati, aí ele encontrou o que eu tinha.... Era vesícula..., não sei direito o nome, parece que é vesiculite. Com 3 dias eu já fui operado. Tá vendo? Depois eu voltei lá no posto e apresentei à médica os exames, a cirurgia e tudo. Ela ficou surpresa e disse: "Por que você não me disse antes?". Eu disse: Eu disse à senhora, mas a senhora achou que não era nada... (Q.01.42).

No que se refere à demonstração de interesse dos profissionais em investigar sobre outros problemas de saúde que o indivíduo possa ter, observou-se que os usuários foram enfáticos ao afirmar que os médicos pediam que o usuário só relatasse um problema e agendasse um outro dia para retornar e contar sobre outro problema que pudesse ter (66,6% relataram que o médico não demonstrava interesse em saber sobre outros problemas). Por outro lado, 79,45% afirmaram que os médicos faziam recomendações de cuidados à saúde durante a consulta.

Já no caso do enfermeiro, os dados mostram que a preocupação desses profissionais era um pouco maior para saber outros problemas que os usuários pudessem apresentar (51% relataram que o profissional buscou conhecer sobre outros problemas de saúde), assim como 48% afirmaram que este profissional fazia recomendações sobre cuidados de saúde.

O nível de satisfação parecia ser maior com o enfermeiro do que com o médico, embora uma parte importante (27%) dessa população ainda não tivesse tido acesso ao atendimento do profissional enfermeiro. A melhor avaliação das ações do enfermeiro pode ter relação com o tipo de consulta realizada por tal profissional nas equipes de saúde uma vez que a eles são atribuídas as consultas, em geral, de acompanhamentos de crianças e gestantes, e exames para detecção precoce do câncer cervicouterino. As ações deles também estão mais direcionadas à saúde materno-infantil, por isso observou-se que alguns participantes relataram não conhecer a consulta do enfermeiro porque nunca haviam sido atendidos por ele.

É perceptível que a relação profissional entre médico e usuário era clara, no sentido do diálogo durante o atendimento, porém era um atendimento rápido, ainda centrado naquele problema ou doença que gerou a necessidade da consulta. Era um atendimento no qual não havia demonstração de interesse para investigar outros problemas que o indivíduo pudesse ter, mas em que fazia recomendações sobre cuidados de saúde para evitar

determinado problema ou melhorar as condições de vida geral, e que o tempo da consulta era insuficiente para realizar um atendimento de forma integral.

Esses resultados refletem não ter havido mudanças significativas na prática de saúde destes profissionais, sobretudo dos médicos, em relação a um atendimento mais integral e equânime. Ainda que os relatos dos usuários registrem uma melhor comunicação entre médicos e pacientes, essa melhor comunicação não representou, necessariamente, uma atenção melhor uma vez que eles se sentiam compreendidos, mas nem sempre atendidos em suas necessidades. Desta forma, não obstante alguns avanços, a integralidade, na prática, ainda precisa melhorar bastante.

Investigando o contexto das práticas de saúde na ESF, vários autores vão encontrar a predominância do atendimento curativo em detrimento do preventivo e com as ações de promoção e prevenção acontecendo de forma muito incipiente, especialmente as ações desenvolvidas em equipe^{13,14,15}.

Na análise dessas questões, é possível observar que as práticas ainda estão muito distantes de uma percepção do indivíduo como sujeito do seu processo de saúde/doença, como um ser integral e permeado de significados e percepções que guiam suas formas de agir e de cuidar da saúde.

Sendo assim, a APS, base da ESF, traz como características para os cuidados de saúde a orientação do cuidado para a pessoa, de forma abrangente, integrada e contínua. Isso significa pensar o cuidado baseado nas necessidades do outro. Necessidades reveladas ou percebidas, de forma a valorizar os diferentes aspectos que possam interferir nos modos de andar a vida de cada indivíduo, de cada família, de cada população¹⁶.

É preciso que os trabalhadores da saúde cuidem das pessoas no decurso de suas vidas, dentro do seu contexto de inserção familiar e comunitária, protegendo e potencializando sua saúde, e não cuidando, unicamente, de partes do corpo em termos exclusivamente físicos, com sintomas ou enfermidades que reclamam um tratamento medicamentoso^{16,17}.

Este é o desafio imposto à ESF: atuar dentro de uma abordagem integral. Para tanto, faz-se necessário que a ESF

atue efetivamente como porta de entrada, mas não só, é necessária também a garantia da continuidade da atenção através dos sistemas de referência e contrarreferência. E, ainda, é necessário mudar a ênfase dos cuidados especializados, centrados nas tecnologias duras, para cuidados generalistas, priorizados em tecnologias leves e leveduras, considerando os contextos sociais nos quais a população adscrita esteja inserida¹⁶.

Os questionamentos realizados com os usuários sobre o sistema de referência e contrarreferência do município permitiram conhecer as dificuldades no acesso/ acessibilidade aos outros níveis do sistema de saúde, e fazem parte da avaliação da integralidade, assim como das práticas de saúde, uma vez que o sistema deveria funcionar de forma articulada e complementar. Para esta análise, consideraram-se as condições de acessibilidade relacionadas às barreiras para se conseguir atendimento especializado a partir da ESF, assim como a continuidade nos outros níveis e voltando ao serviço (contrarreferência); com isso, tais aspectos vão corresponder à avaliação da integralidade no seu terceiro sentido⁶.

Dos 73 participantes do estudo em Acari, 40% já haviam precisado ser encaminhados para um serviço de média e/ou alta complexidade. As equipes da ESF obtiveram informações sobre esse atendimento em 15% dos encaminhamentos (contrarreferência), e demonstraram interesse na qualidade desse atendimento em também 15%. Ou seja, a contrarreferência ainda era pequena, sendo esta em geral feita verbalmente pelo próprio usuário. O relato dos usuários aponta ainda a percepção de “pouca preocupação” da equipe de saúde da família em saber como havia se dado o atendimento/encaminhamento para outros níveis do sistema, principalmente quando isso ocorria fora do município, configurando uma atenção descontínua. Foi possível perceber que, quando havia contrarreferência, essa era, essencialmente, decorrente de outras equipes da ESF. Explicaremos melhor adiante.

Nesse município, as reclamações em relação ao sistema de referência não foram tão significativas quanto em outros municípios de mesmo porte, por exemplo. Considerando ainda que este é um município de pequeno porte e tem uma rede limitada de serviços especializados, é preciso conhecer melhor essa realidade para entender o que acontece lá.

Conhecendo melhor as características desse município, foi possível observar uma particularidade: as equipes da ESF

possuíam o cadastro de todos os munícipes e não apenas daqueles que eram adscritos à sua equipe, ainda que sua atuação se remetesse essencialmente à área coberta pela equipe, fato esse presente em todos os serviços de saúde do município. As famílias se cadastravam na Secretaria de Saúde e recebiam um número único. Com esse número, elas eram atendidas em todos os serviços de saúde, incluindo a ESF. Outro fato, que se associa a este, está nas especialidades básicas apresentadas pelos médicos da ESF, tais como: pediatria, ginecologia e obstetrícia. Assim, a primeira “referência” às especialidades se dava de uma ESF para outra. Ou seja, um profissional “encaminhava” para receber um parecer por um colega da ESF que possuísse tal especialidade.

Nesse sentido, pode-se perceber que, em um município de pequeno porte, a rede de saúde não é tão complexa se comparada a municípios de maior porte, o que possibilita estratégias simples para a viabilidade na oferta e a organização de demandas dos serviços, que não remetem a muita burocracia. Sendo assim, o contrato de profissionais que não atuam apenas como generalistas na APS tem propiciado uma primeira referência, sem precisar que os usuários passem por uma regulação ou necessitem procurar serviços de maior complexidade. E, para operacionalizar essa estratégia, os profissionais médicos dedicam um dos seus dias de atendimento na ESF para assistir as pessoas que vem como “referência”, ou seja, usuários que não são da sua área, e que foram encaminhados por médicos de outras equipes de saúde. Dessa forma, os usuários não encontram dificuldades em serem atendidos em outras unidades que não pertençam à sua adjacência.

Desse modo, a comunicação entre os profissionais dá-se de forma mais facilitada, bem como a “primeira referência” para essas especialidades, pois há um acordo entre os médicos e os gestores da ESF.

Por outro lado, o município possui pactuações e parcerias com outros municípios, principalmente através das Associações dos Municípios do Seridó (AMSO), que reúnem cidades como Caicó e Currais Novos, municípios de médio porte com oferta de serviços especializados que suprem a necessidade desses municípios circunvizinhos.

A dificuldade, de fato, enfrentada nos serviços de referência está relacionada a serviços de alta complexidade, como seria o caso de exames como tomografia, ressonância e internações em Unidades de Terapia Intensiva, pois

demandariam encaminhamentos à capital do Estado e, nesse contexto, as dificuldades são maiores.

Então se pode inferir que a referência da ESF à média complexidade nesse município não se constitui em obstáculos para a população, posto que a maioria consegue ser atendida sem dificuldades. No entanto, em relação à contrarreferência, esta é realizada verbalmente pelo usuário ao médico da ESF, ou, em alguns casos, quando acontece a “primeira referência”, entre os próprios profissionais, por telefonemas ou em momentos de reunião com a Secretaria de Saúde, a qual geralmente ocorre mensalmente. Assim, nas especialidades básicas, como pediatria, ginecologia e obstetrícia, os usuários não têm dificuldades, e a continuidade da atenção parece acontecer. Nos demais encaminhamentos, os usuários encontram dificuldades, que são menores quando as especialidades podem ser oferecidas por municípios de médio porte que pactuaram com a AMSO; já nos casos de encaminhamento para a capital do Estado, os usuários quase sempre não conseguem o atendimento.

Além da demora, que já é uma queixa comum, observou-se que os usuários, quando conseguem a consulta, é para meses à frente, o que para alguns gera esquecimento, e por isso faltam à consulta, ou, em outras vezes, conseguem comparecer, mas o médico por algum motivo falta, e eles são reencaminhados para a APS para conseguir marcar novamente.

Outra situação corresponde às barreiras financeiras, quando não se tem o dinheiro para se deslocar a outro município no dia da consulta, deixando assim de comparecer a ela. As dificuldades decorrentes dessas barreiras de acessibilidade fazem com que os usuários tenham de retornar com frequência à Unidade de Saúde para conseguir novo encaminhamento, seja porque não conseguiram marcar, seja porque não tiveram como ir à consulta no dia agendado, e isso resulta em uma nova demanda para o atendimento médico na ESF. E assim, mais uma vez, fica constatado que, na prática, ocorrem dificuldades enfrentadas pelos usuários e que não são tão explícitas nos documentos oficiais.

Em trabalho realizado com os usuários sobre a universalização do acesso, os autores observaram que a referência, em geral, acontece, porém a contrarreferência é completamente ausente. Esses resultados parecem não ser exclusivos de cidades de pequeno porte e parecem refletir uma dificuldade generalizada da ESF em reverter

a lógica de funcionamento e organização do sistema de saúde em direção à integralidade, demonstrando uma baixa efetividade desses serviços, uma ausência de continuidade da atenção e, por conseguinte, uma limitação em provocar a reorganização do sistema a partir da APS¹⁸.

CONCLUSÃO |

Na perspectiva da integralidade junto aos usuários no município, a análise da ESF permitiu observar a presença de características particulares que, provavelmente, serão encontradas em poucos municípios, as quais têm apresentado resultados positivos na execução da ESF.

Os principais aspectos que favorecem pensar a integralidade sendo executada nos serviços desse município estão relacionados à melhoria do sistema de referência, o que atende às necessidades dos usuários. No entanto, para se ter uma ação integral, demandaria dos serviços referenciados a realização da contrarreferência. Isso contribuiria para que o acompanhamento do usuário pudesse continuar dentro da ESF, com as consultas de seguimento orientadas pela inicialmente realizada. No entanto, isso não acontece, ou melhor, parece acontecer pouco e ainda informalmente.

No que se refere às práticas de saúde relatadas através das relações entre profissionais e usuários, observou-se que a satisfação deles é grande em relação aos profissionais médico e enfermeiro. No entanto, suas expectativas diferem em relação àquilo que o próprio conceito de integralidade considera como a “boa medicina” já que o que tem acontecido pode estar refletindo apenas uma satisfação da população por ter seu problema atendido, desconhecendo seus direitos de ser atendida de forma integral, buscando opções seguras para tratamento, que nem sempre deve ser a medicamentosa.

Nesse aspecto, é preciso se avançar em busca de um cuidado que reconheça a dimensão humana na saúde e a necessidade de adaptar as respostas dos serviços de saúde à especificidade de cada grupo populacional, família e de cada situação individual. Porém, para chegar a esse ponto, a trajetória é longa e o caminho tortuoso, uma vez que se exige para tal mudança que ocorram rupturas drásticas com modelos já incorporados aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS |

1. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32(8):1-13.
2. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(5):1389-98.
3. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(2):274-81.
4. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(6):1187-93.
5. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):255-68.
6. 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*. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO; 2009. p. 43-68.
7. Oliveira e Silva CS, Fonseca ADG, Souza e Souza LP, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4407-15.
8. Franco TB, Mehry EE. PSF: contradições de um programa destinado a um modelo técnico-assistencial. In: Mehry EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55123.
9. Brasil. Instituto e Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente do Rio Grande do Norte. Perfil do seu município: Acari; 2008. p. 124.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. População estimada da cidade de Acari [acesso em 19 maio 2011]. Disponível em: URL: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>.
11. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2013; Seção 1.
13. Dutra IR. Acesso e utilização aos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana no município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
14. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(6):1027-34.
15. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1):133-41.
16. Organização Mundial da Saúde. *The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)* [Internet]. Genebra: OMS; 2008 [acesso em 15 jul 2011]. Disponível em: URL: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf>.
17. Pessoa Júnior JM, Nobrega VKM, Miranda FAN. O cuidado de enfermagem na pós-modernidade: um diálogo necessário. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):603-6.
18. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery*. 2009; 13(3):500-7.

Correspondência para/Reprint request to:

Paula Fernanda Brandão Batista dos Santos
*Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem,
BR 101, s/n,
Lagoa Nova, Natal/RN, Brasil
CEP: 59072-970
E-mail: paulafernandabb@hotmail.com*

Submetido em: 11/10/2018
Aceito em: 06/02/2018