

## INTEGRALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS NA DIMENSÃO DO ACOLHIMENTO

**Gonçalves, Israel Dourado<sup>1</sup>; Souza, Kleize Araújo de Oliveira<sup>2</sup>**

1. Bolsista PIBIC/fapesb, Graduando em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

[israeldourado@hotmail.com](mailto:israeldourado@hotmail.com)

2. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [kleizearaujo@yahoo.com.br](mailto:kleizearaujo@yahoo.com.br)

Palavras-chave: Integralidade da Atenção à Saúde, Acolhimento, Programa Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal a qual mudou o significado da saúde no Brasil, passando a ser direito de todos através de um Sistema Único de Saúde (SUS) fornecendo serviços de saúde em uma rede hierarquizada por nível de complexidade. Em 1990, através da Lei 8.080, reforçou-se o que foi exposto na Constituição: saúde como direito de todos e a responsabilização do Estado por meio da execução e formulação de políticas de saúde (BRASIL, 2003).

Seguindo a nova abordagem que a saúde obteve no Brasil por meio do SUS, a Atenção Básica de Saúde (ABS) passa a ser orientadora do modelo de saúde na esfera individual e coletiva com ações de promoção, prevenção e reabilitação. Isso converge com a perspectiva de Almeida et al (2008), que mencionam que a partir dos anos 1990 a ABS vem sofrendo mudanças relevantes.

Sendo assim, em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), enquanto estratégia para a reorganização dos serviços de saúde, buscando modificar a saúde hospitalocêntrica de amparo individual para a saúde no âmbito coletivo e social (BERNADINO, 2005).

Desse modo, percebe-se que os avanços na reorientação dos serviços de saúde são evidentes, mas existe uma grande necessidade de avanços referentes à(o): integralidade da atenção à saúde; financiamento; políticas de recursos humanos (RH); e Educação Permanente em Saúde (EPS) no SUS, Integralidade, entre outros (ASSIS et al, 2008).

Sobre a integralidade, esse é um dos princípios orientadores do SUS que significa a garantia na execução de um conjunto de ações e serviços com foco na prevenção, na cura, e no coletivo de cada caso, sendo direcionada para todos os níveis de complexidade por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse princípio comporta as dimensões do acesso, acolhimento, responsabilização e resolubilidade, entre outros, o que o caracteriza sua complexidade (SANTOS, 2005; SANTOS E ASSIS, 2006).

Exposta que a integralidade possui múltiplos sentidos e dimensões, referente à dimensão do acolhimento, esse significado se traduz em acolher e escutar, devolvendo uma resposta positiva, bem como resolução dos problemas da saúde dos usuários; proporcionando uma organização na qual o modo de atuação não seja médico centrado, mas sim, por meio de uma equipe multiprofissional e acolhedora a qual escuta e sente-se comprometida em resolver o problema de saúde do usuário. Então, o acolhimento é considerado uma ferramenta relevante na busca por responsabilização clínica, sanitária e intervenção resolutiva.

Sendo assim, esta pesquisa é embasada na seguinte questão norteadora “Como vem se desenvolvendo a construção da integralidade nos PSF no que se refere à dimensão do acolhimento no município de Feira de Santana – Ba?”. Para responder e/ou buscar por direcionamentos para esse questionamento, este trabalho tem como objetivos: **analisar** a produção das práticas de saúde proporcionada pelo PSF em um município no Estado da Bahia, considerando a dimensão de análise ACOLHIMENTO na construção da integralidade da atenção à saúde; **descrever** como se organiza o acolhimento enquanto dispositivo da inter-relação desenvolvido pelos trabalhadores da equipe de saúde da família e usuários para o estabelecimento do PSF como “porta de entrada” da rede de atendimento SUS; **discutir** os desafios da integralidade no âmbito do Acolhimento no Programa Saúde da Família.

Vale salientar que esta pesquisa é fruto de uma pesquisa maior intitulada Produção das práticas em saúde e a construção da integralidade no Programa Saúde da Família em dois cenários da Bahia do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC).

## METODOLOGIA

É um estudo de natureza qualitativa realizado em Unidades de Saúde da Família de um município do Estado da Bahia. Esse município encontra-se situado 100% do seu território no polígono das “secas”. É a segunda cidade mais populosa do estado e maior cidade do interior nordestino em população, ou seja, é a maior cidade de toda a região Nordeste do Brasil que não seja capital de um estado.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Os entrevistados foram classificados em Grupo I (trabalhadores) e Grupo II (usuários), sendo um total de 10 (dez) entrevistados. A análise de conteúdo temática orientou a análise de dados de acordo com Minayo (2008).

Para a análise, foram realizados os contrastes entre os aspectos objetivos e subjetivos expostos nas falas dos trabalhadores e usuários dos serviços.

A coleta de dados foi realizada somente após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados revelam que nas unidades de saúde da família analisadas, as práticas em saúde não são embasadas na dimensão de acolhimento, ou seja, as ações de escuta são pouco qualificadas, sem inter-relação entre os profissionais, o ambiente físico não é apropriado e com profissionais que necessitam de melhor entendimento do significado de acolhimento e das ferramentas para se relacionarem com os usuários, de modo que possam acolher na perspectiva de atenderem os usuários de forma integral, com escuta qualificada, identificação dos riscos, com resolubilidade e, acima de tudo, com respeito à vida. Não ocorre, também, uma inter-relação sólida entre os trabalhadores na definição do projeto terapêutico do usuário, o que converge com os resultados anteriormente explanados, os quais demonstraram não haver uma efetiva comunicação entre os profissionais, mas, uma fragmentação por campos de conhecimento no qual o usuário tem que se inserir.

Além disso, através da análise de situações relevantes nas unidades de saúde estudadas, percebemos que as dificuldades encontradas para a concretização do acolhimento demonstram que o sistema local de saúde possui um grande desafio, o qual incorpora todos os desafios encontrados, que é a dificuldade de efetivação do processo do acolhimento, uma vez que os trabalhadores demonstraram ações pautadas na doença e não na integralidade e no acolhimento do indivíduo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios encontrados no município referem-se à dificuldade de concretização da dimensão do acolhimento nas práticas de saúde, uma vez que os trabalhadores demonstraram ter ações desconexas com o real sentido da integralidade e do acolhimento. As superações dessas dificuldades se tornam ainda mais relevante, pois a resolução desses problemas torna possível a execução de ações em saúde que abordem o usuário e sua família de forma integral, humanizada e com resolubilidade.

Torna-se relevante, então, a necessidade de reflexão por parte da equipe de saúde da família sobre a condução do seu processo de trabalho. Desse modo, ressaltamos a importância de incorporação das tecnologias leves no cotidiano de trabalho, de modo a proporcionar ao usuário um atendimento singular, pautado no acolhimento, na integralidade e, acima de tudo, no respeito à vida.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. 2008. Políticas de recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no sistema único de saúde (sus): apontamentos para o debate. **Revista baiana de Saúde Pública**. Bahia, v.32, supl.1, p.7-15.
- ALMEIDA P. F. Giovanella L. 2008. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742.

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. 2003. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS. 604 p..
- BERNARDINO et al. 2005. Consensos e divergências: a capacitação profissional das equipes de saúde da família no município de São Carlos (sp). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3 n. 1, p. 75-89.
- MINAYO, MARIA CECILIA DE SOUZA. 2008. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª. ed .Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- SANTOS, Adriano M. 2005. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana.
- SANTOS, Adriano M; ASSIS, Marluce M.A. 2006. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 11. n.1, p.53-61.
- MERHY, Emerson E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). 1997.. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo,. Hucitec, p. 71-112.
- GOMES M. C. P. A.; PINHEIRO R. 2005. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**. Rio de Janeiro, v.9, n.17, p.287-301.