

Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil

The *Integrar* Project: an evaluation of comprehensive health care services in Vitória, Espírito Santo, Brazil

Vanessa Costa-e-Silva ¹
Francisco Javier Uribe Rivera ¹
Virginia Alonso Hortale ¹

Abstract

This article describes an experience with the integration of various healthcare services, called the Integrar Project, in Vitória, capital of the State of Espírito Santo, Brazil, and analyzes the project's contribution to the development of comprehensive healthcare practices. The case study used a qualitative approach and covered the period from 2000 to 2003, identifying the project's potential in the areas of maternal and child health, continuing health education, and the family health strategy, but also identified difficulties in establishing integrated treatment projects involving both the Family Health Program teams and the various medical specialties. To a major extent the work proposal failed to materialize, highlighting the need to review the strategy to include new forms of communications and developing greater formal cooperation, beyond the existing informal coordination between individuals, teams, or services, based on a contractual logic in public healthcare services. Standards and norms that are negotiated through dialogue and a management contract would allow the involvement of professionals in sharing common goals and changing work processes. Such changes would involve management tools and new values to ensure accountability.

Health Care (Public Health); Comprehensive Health Care; Evaluation

Introdução

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) impõe respostas a vários desafios herdados das políticas sanitárias anteriores e próprios de seu desenvolvimento. Dentre eles, destaca-se, neste artigo, a dificuldade do alcance da integralidade nas ações em saúde, um conceito amplo que envolve vários sentidos já explorados por diversos autores ^{1,2,3,4,5,6}. Em síntese, essa é percebida em duas dimensões: uma individual, relacionada com a intensidade do cuidado no ato da atenção à saúde, ou seja, com a clínica ampliada ⁷ baseada não somente em seu núcleo biomédico, mas também nos aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito; e outra sistêmica ou temporal, referente a uma atenção contínua e articulada em rede através de tecnologias de gestão que promovam a integração entre os diversos serviços e a coordenação do cuidado ao indivíduo por todo o sistema de saúde.

Segundo Hartz ⁶ (p. 332), “a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”. Nesse sentido, para organizar os serviços rumo à atenção integral, é indispensável a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde em contra-

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

V. Costa-e-Silva
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 310, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
vanessa@ensp.fiocruz.br

posição a um conjunto fragmentado de serviços, programas, ações e práticas clínicas.

Essa fragmentação, em uma organização de saúde, caracteriza-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e também entre seus sistemas clínico e administrativo. Além disso, induz debilidades no sistema de saúde, como: foco na doença ou na prevenção individual; baixa responsabilização pela saúde de uma população definida; divisão do curso de uma doença em partes que não se comunicam e sobrevalorização, inclusive financeira, dos serviços de maior densidade tecnológica com indução da demanda pela oferta de serviços ⁸.

Somente no final da década de 80, nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de integralidade é introduzido na discussão da qualidade de um sistema de saúde. Embora sua presença na *Lei nº. 8.080* ¹ do SUS tenha sido uma conquista, pouco se avançou na sua operacionalização, e o que se constata, na prática, é a consagração de um modelo de organização de serviços que ainda fragmenta o cuidado à saúde.

Dado esse contexto, o eixo deste artigo é o da garantia de atenção à saúde em todos os seus diferentes níveis de densidades tecnológicas, através de uma oferta organizada com mecanismos de referência e contra-referência e definição de fluxos no interior dos serviços e do sistema. Relaciona-se à continuidade da atenção ao usuário nos diferentes serviços, ou seja, à dimensão sistêmica da integralidade.

O objetivo é descrever uma experiência de integração entre serviços de saúde – Projeto Integrar – e analisar sua contribuição para o desenvolvimento de práticas de cuidado integral na perspectiva dos trabalhadores e gerentes envolvidos, não como deificação de idéias, mas sim de construção permanente de possibilidades que reduzam a lacuna entre a produção teórica sobre a integralidade e a prática dos serviços. Considera-se, aqui, o nível local como um espaço privilegiado para a reorganização do modelo assistencial, seja enquanto concretização da prestação de serviços, seja enquanto local de negociação que pode materializar as transformações necessárias à efetivação do SUS.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caso de abordagem qualitativa na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de Vitória, capital do Espírito Santo, Brasil. Esse município, no ano de 2000, adotou como diretriz político-operacional a reestruturação do modelo assistencial para o alcance

da integralidade nas ações de saúde. A unidade de análise foi uma das seis regiões de saúde do município – região de São Pedro, onde foi implantado o Projeto Integrar.

Os critérios definidos para o trabalho de campo que compõem o modelo teórico de análise foram adaptados do projeto *Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação*, do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz e abrangiam a integração entre os serviços da região de São Pedro e as práticas introduzidas com o desenvolvimento do Projeto Integrar. São eles: (1) Unidade de Saúde da Família (USF) funcionando como porta de entrada no sistema de saúde e como lugar de constituição de vínculos entre usuários e profissionais; (2) existência de estratégias de acolhimento oferecendo algum tipo de resposta ou encaminhamento para todos os usuários que procuram a USF; (3) oferta de atenção integral às gestantes e crianças; (4) existência de trabalho integrado entre profissionais dos serviços existentes na região (USF e centro de especialidades), com espaço para discussão de casos, projetos terapêuticos integrados e sistema de referência e contra-referência entre esses dois serviços e (5) existência de equipes de saúde da família coordenando a atenção à saúde da população, sob sua responsabilidade, por todo o sistema.

Os instrumentos de coleta de dados foram: (a) relatórios de gestão da SMS, em especial, todos aqueles referentes ao Projeto Integrar; (b) entrevistas semi-estruturadas com gerentes de nível local, regional e central; (c) aplicação de dois tipos de questionários auto-preenchidos, um formulado para os profissionais de nível superior das quatro unidades de saúde da família da região de São Pedro e outro dirigido aos médicos especialistas que atuavam no centro de especialidades regional. Como critério de inclusão, adotou-se o seguinte: estar há, pelo menos, um ano no cargo ou na função. Dos 35 profissionais dentro dos critérios, 6 deles estavam de férias no mês da pesquisa, assim participaram 29 profissionais: 23 das USF e 6 do centro de especialidades.

As transcrições de falas que aparecem neste artigo receberam as seguintes denominações: GL – gerentes locais e regional da região de São Pedro; GC – gerentes do nível central da SMS e P – profissionais.

Destaca-se que este estudo de caso levou em conta a possibilidade da descoberta, incorporando-se elementos não previstos, dimensões não estabelecidas *a priori*. Enfatizou-se a interpretação em contexto, procurando representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vistas

presentes. A análise possibilitou a caracterização e compreensão do contexto para o estabelecimento de recomendações, bem como uma representação singular da realidade, realidade essa multidimensional e historicamente construída.

Projeto Integrar: contexto e descrição

A reestruturação do modelo assistencial para o alcance da integralidade iniciou-se em Vitória com o objetivo de articular progressivamente os serviços municipais de saúde a partir da adoção de um conjunto de tecnologias de integração que conformasse uma rede de cuidados contínuos em saúde, com ênfase na vigilância à saúde e na resolubilidade da atenção primária. Além disso, pressupunha a reorganização dos processos de trabalho que possibilitasse maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e aos serviços prestados⁹.

Essas mudanças começaram com um projeto piloto na região de São Pedro, uma das seis regiões de saúde em que o município se divide, denominado Projeto Integrar. Foi constituído um grupo de trabalho (GT) composto por uma coordenação política, representada pelo secretário municipal de saúde e um grupo de coordenação técnica, liderado pelo subsecretário de saúde e formado por profissionais do nível central da SMS – diretores de departamento, coordenadores e assessores técnicos; gerentes e profissionais da região de São Pedro; representantes do hospital universitário do município, da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Os objetivos específicos do Projeto Integrar eram⁹: (1) redefinir os territórios e implantar a estratégia de saúde da família nas quatro unidades de atenção primária da região; a estratégia de saúde da família foi concebida como locus privilegiado de operacionalização da integralidade; (2) integrar o centro de especialidades regional às USF para organizar o acesso dos moradores à atenção secundária, sendo que essas atuariam como apoio especializado matricial às equipes de saúde da família e (3) desenvolver o subsistema integrado (ou linha de cuidado) materno infantil.

A ocupação da região de São Pedro se deu na década de 70 com a invasão das terras e do manguezal e construção desordenada de moradias em meio ao lixo que era sistematicamente depositado pelo governo municipal. Na década seguinte, foi dado início à sua urbanização. A região tem hoje 32.171 habitantes, distribuídos em uma área composta por dez bairros e geograficamente afastada do restante do município. A

renda média dos moradores varia entre um e três salários mínimos, sendo predominante a economia informal¹⁰.

De acordo com as informações coletadas, a elaboração do projeto deu ênfase à participação dos profissionais de saúde e da população local em uma perspectiva educativa de recomposição de práticas e redefinição dos objetos, sujeitos, meios e relações de trabalho. Tudo feito para organizar e articular os serviços de saúde existentes na região de forma a racionalizar e, ao mesmo tempo, maximizar as possibilidades de atendimento à população local.

Esse processo começou com a realização de oficinas de trabalho voltadas para cada ação ou serviço que se pretendia integrar, por exemplo: atenção básica, saúde mental, atenção especializada, saúde bucal, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros. Cada oficina compunha-se de três etapas: caracterização da situação atual e identificação de problemas; alinhamento conceitual e formação do grupo técnico que tinha a responsabilidade de explicitar os processos de trabalho e fluxos de referência e contra-referência para cada ação, tecendo uma rede integrada de atenção à saúde para os moradores da região.

Foram realizadas 13 oficinas temáticas durante 11 meses, com o envolvimento direto de mais de 900 pessoas e indireto de 1.600 pessoas entre profissionais de saúde do nível local, regional e central, técnicos de outras SMS, da Secretaria Estadual e de outras instituições de saúde – hospitais, FUNASA, centros especializados de referência – instituições públicas e privadas de ensino superior em saúde, lideranças comunitárias, conselheiros municipais e locais de saúde e população em geral.

Os entrevistados ressaltaram a importância de uma das oficinas – de mobilização social, que contou com a participação de grande número de profissionais da região, das lideranças comunitárias e dos conselheiros locais de saúde e produziu um consenso sobre os objetivos do Projeto Integrar. Um dos resultados importantes desse processo foi a elaboração e escolha do imaginário social convocante do Projeto Integrar: *São Pedro em Ação, Saúde com Integração*, a partir de grupos específicos da comunidade, a saber: lideranças religiosas, adolescentes, conselheiros locais de saúde, membros de associações de moradores e profissionais de saúde da região.

A dinâmica das práticas e a integralidade nas ações de saúde

As informações coletadas demonstram que, dos três objetivos específicos do Projeto Integrar, dois foram alcançados e possibilitaram o desenvolvimento de novas práticas de cuidado integral (Tabela 1) na região de São Pedro.

No mesmo ano em que o projeto iniciou, a estratégia de saúde da família passou a ser orientadora da atenção primária na região, seguindo a tendência nacional. Para alguns dos entrevistados, o processo de mobilização social que ocorria nesse nível contribuiu para a adesão dos habitantes de São Pedro ao novo processo de trabalho que se implementava, em especial, a redefinição dos territórios de saúde e área de abrangência de cada equipe. As equipes de saúde da família dessa região alcançam bons indicadores no Sistema de Informação da Atenção Básica de acompanhamento dos principais agravos ou condições de saúde, e a média de consulta por habitante/ano atende aos parâmetros do Ministério da Saúde¹¹.

Concomitante à implantação das equipes de saúde da família, a SMS instituiu o Programa de Educação Permanente para o aperfeiçoamento dos profissionais. Os educadores desenvolvem, com as equipes de saúde da família, uma reflexão crítica contínua e sistemática sobre seus desempenhos clínicos e os mais recentes aportes teóricos. Entretanto, poderia avançar inserindo-se “em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde”¹² (p. 161).

Em relação aos critérios de análise, a maioria dos profissionais e gestores, quando consultados sobre a USF ser o primeiro contato da população com os serviços de saúde e a necessária constituição de vínculos com a comunidade, reconheceu que esses atributos existiam em seus processos de trabalho. Além disso, em relação à existência de estratégias de acolhimento aos usuários que procuram a USF sem consulta programada, os gerentes relataram utilizar as dimensões do acolhimento e que um protocolo de avaliação inicial da situação do usuário estava em fase de validação. Essa informação é confirmada pela percepção da maioria dos profissionais das USF, que considera satisfatório o desempenho obtido pela equipe em relação ao acolhimento do usuário.

Outro resultado do Projeto Integrar foi o de desenvolver o subsistema de atenção materno infantil – *Vitória da Vida*, que começou na região de São Pedro e foi, posteriormente, ampliado para todo o município. Esse subsistema é composto

pelo Comitê Municipal de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil (COPEMI), pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela maternidade filantrópica de referência, pelos hospitais e pelos comitês *Vitória da Vida*. Alguns componentes são detalhados a seguir.

O COPEMI foi criado para investigar todas as mortes de crianças menores de um ano e de mulheres entre 10 e 49 anos, melhorando, de um lado, o sistema de informação e, de outro, identificando causas evitáveis de mortalidade materna e infantil. Com a identificação das possíveis causas evitáveis, são desencadeadas diversas ações. Como exemplos, podemos citar a descentralização, em todas as USF, da coleta de urina para a realização do exame de urinocultura após a identificação de partos prematuros provocados por infecções no trato geniturinário das gestantes; associada à observação de que o acesso ao exame era dificultado pela distância da central de coleta; e a aplicação de penicilina benzatina nas unidades básicas de saúde para reduzir a incidência da sífilis congênita, a partir da identificação da dificuldade das gestantes e seus parceiros em aderir ao tratamento medicamentoso da sífilis, anteriormente só realizado na rede hospitalar.

Um gerente, membro do COPEMI, relatou que, no início das suas atividades, havia resistências ao diálogo com os profissionais envolvidos na prestação da assistência em estudo, mas que, hoje, a maioria entende sua importância, colabora apontando as debilidades no processo de trabalho e define, em conjunto, as soluções.

Para a efetivação dessa rede em defesa da vida, o fluxo de informações entre a atenção hospitalar e a atenção primária foi também organizado, e foi implantada a notificação de alta hospitalar para municípios menores de cinco anos. São realizados os seguintes procedimentos: a SMS recolhe as altas hospitalares semanalmente e as encaminha para as unidades básicas que providenciam a visita domiciliar à criança em, no máximo, sete dias pós-alta. Essa visita tem como objetivo evitar reinternações por patologias passíveis de assistência nas unidades básicas.

Um outro componente do subsistema – os comitês *Vitória da Vida* – tem como objetivo desenvolver ações que garantam o acesso de gestantes e crianças em risco social ao sistema de saúde e o provimento das necessidades básicas de alimentação, higiene e moradia dessas famílias. Em 2003, havia 22 comitês, formados por grupos de 10 a 30 pessoas entre voluntários e lideranças comunitárias, igrejas, Pastoral da Criança e outras entidades e profissionais da SMS. Além desses componentes, a referência para o parto foi instituída, em 2005, através de convênio com uma maternidade filantrópica.

Tabela 1

Síntese da análise da implantação do Projeto Integrar na região de São Pedro, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Objetivos do projeto	Crítérios de análise das práticas de cuidado integral	Considerações
Redefinir os territórios e implantar a estratégia de saúde da família nas quatro unidades de atenção primária da região	Unidades de Saúde da Família (USF) funcionando como porta de entrada no sistema de saúde	Os profissionais reconhecem a USF como lugar de constituição de vínculos e primeiro contato dos moradores com o sistema de saúde A estratégia de saúde da família foi entendida como locus privilegiado de operacionalização da integralidade
	Estratégias de acolhimento nas USF	As USF desenvolvem estratégias para acolher as pessoas que procuram atendimento
Desenvolver o subsistema integrado materno infantil	Oferta de atenção integral às gestantes e crianças	Reorganização da atenção materno infantil através da criação: do Comitê Municipal de Prevenção e Estudo da Mortalidade Materna e Infantil; da referência para a maternidade; da notificação de alta hospitalar de crianças; dos comitês Vitória da Vida; e das linhas-guia de atenção à saúde da criança, ao pré-natal, parto e puerpério
Integrar o centro de especialidades regional às USF	Existência de trabalho integrado entre profissionais dos serviços existentes na região	O processo de trabalho continua centrado no atendimento individual e fragmentado, isto é, centrado em procedimentos e não na produção da saúde O estabelecimento de contratos de gestão endógenos é uma possibilidade a ser explorada
	Equipes de saúde da família coordenando a atenção ao usuário por todo o sistema de saúde	Os profissionais da atenção primária entrevistados reconhecem ser esse um importante atributo para o alcance do cuidado integral, mas não o realizam As informações sobre os usuários são passadas pelos agentes comunitários de saúde

A implantação do subsistema integrado materno infantil também desencadeou a construção de linhas-guia para a saúde da criança e para a atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

De acordo com a análise dos relatórios e das entrevistas, o terceiro objetivo de integrar o centro de especialidades às USF, conformando um apoio especializado matricial às equipes de saúde da família, não foi atingido.

O critério adotado neste estudo, de existência de trabalho integrado entre profissionais dos serviços existentes na região, com espaço para discussão de casos, projetos terapêuticos integrados e sistema de referência e contra-referência do usuário entre esses dois serviços, possibilitou um melhor entendimento do não alcance desse objetivo.

Segundo os entrevistados, um dos principais temas de discussão entre os profissionais, desde o início do projeto, foi a necessidade de integração entre as USF e o centro de especialidades. Ela ocorreu sob a forma de reuniões de sensibiliza-

ção, de participação na elaboração dos projetos de intervenção para a região de São Pedro, ou de reuniões realizadas pelo Colegiado de Gestão Regional (constituído, entre outros, pelo gerente e um profissional de cada uma das quatro USF e do centro de especialidades).

A proposta era que, após o diagnóstico do especialista, o usuário pudesse ser acompanhado pela equipe de saúde da família. Uma vez sob a responsabilidade da equipe com a qual existisse vínculo, otimizaria a agenda do especialista e evitaria consultas de retorno somente para acompanhamento ou aviamento de receita médica. Além disso, as informações que poderiam ser prestadas pela equipe de saúde da família ao especialista e vice-versa ajudariam na adequação do plano de tratamento às necessidades do usuário e aumentariam sua adesão ao tratamento.

Após a Oficina de Atenção Especializada, formou-se um grupo de trabalho constituído pelos profissionais das USF, do centro de especialidades e alguns gerentes locais que elaboraram as

seguintes estratégias: construção de um instrumento próprio de referência e contra-referência e instituição de reuniões regulares de discussão de casos para estabelecer esquemas terapêuticos integrados. Isso permitiria que os profissionais do nível de atenção primária acompanhassem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada usuário sob sua responsabilidade, iniciando, ainda que regionalmente, a coordenação da atenção ao usuário, um dos atributos da atenção primária¹³.

No entanto, essa lógica não foi implantada. Os profissionais das USF disseram não haver mecanismos de coordenação do cuidado dos usuários, nem regionalmente, apesar de confirmarem sua importância para o alcance da integralidade. Sabe-se, contudo, que o conceito de responsabilização, que está na proposta da atual reestruturação do modelo de saúde no Brasil, foi amplamente divulgado no processo de implantação do projeto, sendo de alguma forma assimilado pela maioria dos profissionais. Os comentários de um gerente local reforçam essa idéia: “*Eu acho assim (...) que seria muito bom, e sei que de repente é até sonho, entendeu, se o PSF (...) se aqui a gente pudesse ter um transporte para visitar, na maternidade, no hospital. Visitar mesmo, fazer uma visita. Eu acho isso muito importante, porque, olha só, o profissional acompanha a pessoa, durante (...) sei lá quanto tempo. Ai lá no hospital, ele tá mais frágil, de repente tá precisando tanto da gente lá, e não temos como ir. Deixa eu te falar, quando eu (...) assim (...) é uma coisa que eu não vou esquecer (...) Quando nós fizemos (...), a última visita que nós fizemos à maternidade tinha algumas gestantes nossas que estavam lá, quando elas viram a equipe foi uma felicidade tão grande (...) que aquilo, assim, ficou marcado na minha vida...*” (GL).

Embora do ponto de vista gerencial o fluxo de usuários entre a USF e o centro de especialidades estivesse integrado pela central de marcação de consultas, observou-se que o cuidado continuava fragmentado. É significativo que a maioria dos profissionais das USF e todos os especialistas entrevistados tenham declarado que não realizavam regularmente discussão de casos: “*não temos tempo, a demanda é muito grande*” (P).

Mais do que a ausência de discussão de casos, o que se evidenciou nos questionários auto-preenchidos e nas entrevistas com os gerentes foi uma relação ou “não relação” pautada por baixíssima credibilidade, cooperação e entendimento entre os profissionais desses dois níveis de atenção. Os profissionais das USF afirmaram não preencher, com todas as informações necessárias, o formulário de encaminhamento do usuário; e os especialistas, por seu lado, disseram não ter confiança suficiente na equipe das USF para delegar

o acompanhamento do usuário. Isso pode ser explicado, em parte, pela leitura do *Regimento da Associação Médica Brasileira*¹⁴, em que há uma clara tendência da maioria das sociedades de especialistas em definir de modo extremamente rígido a área de competência das especialidades e, conseqüentemente, negando a outras áreas médicas a realização de procedimentos incluídos na área de competência regulamentada por cada especialidade.

Confirmando tal situação, a maioria dos especialistas informou existir pouco contato com as equipes das USF, e nenhum deles respondeu que o trabalho em equipe era prioritário. Além disso, todos assinalaram nunca receber informação sobre os motivos pelos quais os pacientes eram referenciados das USF.

“*No início, quando começou o Projeto Integrar, os profissionais das unidades utilizavam um guia de encaminhamento para os especialistas. Mas esse guia foi abandonado, e os profissionais utilizam o próprio receituário, sem qualquer informação e isso é grave (...). O número de retornos também é muito alto. Em uma USF daqui, por exemplo, a gerente fez um estudo da lista de espera para consultas especializadas e comprovou que 83% das pessoas que estavam aguardando consulta de neurologia era para retorno. Certamente uma boa parte desse grupo poderia estar sendo acompanhada pelas equipes de saúde da família, se houvesse a contra-referência e a integração entre especialistas e profissionais das USF. Isso está falho tanto aqui quanto no resto da rede (...) mas em São Pedro isso tinha que funcionar*” (GL).

Sucessivos retornos ao especialista eram marcados, o encaminhamento do usuário de volta a USF era feito verbalmente pela maioria dos especialistas, e nenhum profissional utilizava o formulário de referência ou contra-referência elaborado por eles mesmos sob o argumento de que o “*outro colega me encaminha o paciente sem nenhuma informação*” (P).

Embora o centro de especialidades tenha aumentado o acesso dos moradores ao nível secundário de atenção, o processo de trabalho continua centrado no atendimento individual e fragmentado, isto é, centrado em procedimentos e não na produção da saúde. A exceção ocorre, segundo os gerentes entrevistados, em algumas atividades integradas realizadas pelas áreas de psiquiatria, psicologia e serviço social.

Nessa ausência de integração entre os dois níveis assistenciais, identifica-se o entrelaçamento de duas dimensões da integralidade: a individual, relacionada à intensidade do cuidado, e a sistêmica, referente à organização dos serviços que promove a continuidade e coordenação do cuidado em saúde.

Quando um profissional especialista diz: “*Eu não devolvo nenhuma informação porque eu não recebo nenhuma informação*” ou o médico de família diz: “*Não escrevo sobre o caso quando encaminhado o paciente porque não recebo a informação de volta*”, além de não contribuir para a integração sistêmica, nega a existência de um sujeito para o qual seria muito importante o tratamento integral ou um projeto terapêutico singular e o mantém somente na condição de paciente.

Nessa perspectiva, Campos¹⁵ (p. 399) afirma que “*a maioria dos profissionais não trabalha se encarregando integralmente dos casos e, em decorrência, a responsabilidade sobre o processo saúde-doença é baixa e precária (...) quase nunca pensando e agindo sobre a história de vida das pessoas*”.

Essa é uma lógica induzida pelos sistemas de saúde fragmentados, os quais se destinam a indivíduos-pacientes, ou seja, a meros objetos destituídos da condição de agentes e, por conseqüência, com nenhum ou pouco protagonismo sobre sua saúde ou controle efetivo sobre o sistema de serviços de saúde.

Supõe-se que algumas reformas no sistema de saúde realizadas em países desenvolvidos e sob a influência de mecanismos de mercado, quando muito, transformam os usuários em clientes ou consumidores, porque lhes é dada a condição de escolher entre diferentes prestadores de serviços. Mas, em geral, os sistemas fragmentados não seriam capazes de instituírem, como seus sujeitos, uma cidadania organizada nos planos individual, familiar e social.

Vale ressaltar que, no âmbito de cada USF, a percepção dos profissionais foi bastante positiva em relação ao trabalho de equipe e à existência de reuniões regulares para discussão de casos. Essa prática está potencialmente presente na estratégia de saúde da família, mas ainda não se ampliou devido ao não envolvimento dos profissionais de outros serviços de atenção à saúde.

Tais questões sugerem que o Programa de Educação Permanente, de iniciativa recente do Ministério da Saúde, bem como a noção de vínculo, acolhimento e responsabilização pela assistência prestada deveriam ser ampliados a todos os profissionais de saúde, e não somente aos que atuam na atenção primária.

Considerações finais

Os critérios de análise adotados nesse estudo possibilitaram o dimensionamento da contribuição do Projeto Integrar e a compreensão das práticas relacionadas direta ou indiretamente com a integralidade ou afastadas dessa perspectiva.

Os resultados apontaram a institucionalização de novas práticas na atenção voltadas para a integração assistencial, em que se destacaram: (a) a estratégia de saúde da família; (b) o Programa de Educação Permanente e (c) o subsistema integrado materno infantil. Também apontaram importantes questões limitantes: (a) dificuldade de cooperação entre profissionais da atenção primária e secundária e (b) descompromisso dos trabalhadores com os resultados organizacionais.

A sistematização de algumas reflexões advindas de um projeto cujas características podem ser resumidas na lógica de “*é importante produzir integração*” trouxe uma possibilidade real de busca de melhoria da qualidade dos serviços, ou seja, a definição de uma nova missão institucional, com base em projetos e ações concretas com prazos definidos, aumentando a motivação dos profissionais para o trabalho.

“*A gente tem um cronograma de metas, de prazo, e de pessoas responsáveis pela execução de cada projeto, se não tem isso, discutimos apenas fatos corriqueiros (...) passamos todo o tempo apagando incêndio*” (GL).

O Projeto Integrar contribuiu com a reorganização do modelo assistencial na região de São Pedro em direção à integralidade do cuidado em saúde. No entanto, está em construção a consciência desses atores do que seria essa assistência e como buscá-la, considerando essa busca sempre processual.

“*O que sinto é que esse processo ainda está sendo construído, entretanto os passos que foram dados foram de extrema importância na melhora da qualidade dos atendimentos dos serviços de saúde de São Pedro*” (P).

Os aspectos limitantes da integração assistencial identificados nesta pesquisa merecem, aqui, uma análise mais aprofundada, pois conceber e implantar formas de abordagem integral da saúde em um sistema hegemônico especializado, fragmentado e centrado no hospital é um movimento complexo que passa pela revalorização da prática clínica e pelo desenvolvimento de novos paradigmas gerenciais.

Nesse sentido, seria oportuno desenvolver formas de comunicação e negociação que pudessem incentivar os profissionais de saúde a participar na integração dos serviços, pois a tendência natural das pessoas seria a de se manter dentro dos parâmetros de competência e habilidades considerados por elas, dentro de compartimentos ou territórios restritos. Produzir integração implicaria em abdicar, de certa forma, desses territórios instituídos e promover sua desconstrução e, desse modo, possibilitar a formação de novos espaços de articulação das ações e dos saberes.

Tal análise evidenciaria a necessidade de modificar-se as territorialidades de poder instituídas que reforçam a fragmentação, pois se está diante de uma nova possibilidade instituinte – a integração. Sabe-se que toda medida inovadora de um esquema institucional provoca resistências do instituído frente ao instituinte. Ainda mais no caso da integração, que, ao intervir nas diferentes interfaces entre os serviços de saúde, penetra em um ambiente conflitivo, no qual os diversos atores envolvidos não têm as mesmas habilidades ou interesses.

Nesse contexto, e considerando a complexidade do trabalho nas organizações de saúde, a impossibilidade relativa de uma padronização mecanicista e a intensa distribuição do poder nas mesmas, a hipótese é de que não basta, ainda que seja necessária, a ênfase nos mecanismos usuais de comunicação entre os profissionais de saúde, como reuniões, oficinas de sensibilização, construção coletiva de protocolos integrados, entre outros, para se romper com os territórios restritos instituídos e construir interfaces entre os serviços ou pessoas que promovam vínculos para a conformação de uma rede assistencial entendida como “*uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos*”⁶ (p. 334).

A concepção de uma rede integrada obedeceria às premissas de transparência, comunicação e participação, redefinindo-se os padrões de relação entre as pessoas e a organização. Todavia, no atual contexto, não basta apropriar-se de uma linguagem moderna, é imprescindível estabelecer, entre os atores sociais internos, o consenso sobre seu papel e o comprometimento político com a implementação de estratégias de ação consistentes e abrangentes que substituam a lógica hierárquica por uma norma dialogicamente negociada.

Ou seja, é necessário mais do que técnicas de sensibilização e boa vontade dos profissionais para que esses consigam abandonar a prática assistencial individualizada e se comprometam com um processo de trabalho horizontal em que se combine especialização com interdisciplinaridade. Tratar-se-ia de, ao admitir a inevitável existência de polaridades, criar-se mecanismos em que as mesmas pudessem ser explicitadas e trabalhadas, considerando-se, sempre, os vários interesses e, portanto, as várias racionalidades envolvidas.

A aposta explorada aqui é de um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo e de um conjunto de práticas que intensifiquem o espírito de gestão por compromissos. Nesse contexto, poderia ser construído cole-

tivamente, no âmbito dos processos de trabalho em saúde, um sistema de incentivos – contratos de gestão – contemplando, além do compromisso político e ético, também os interesses econômico-financeiros e técnico-científicos, como já acontece com êxito na SMS de Curitiba¹⁶.

Essa análise demonstra uma possibilidade de micro-gestão no movimento real de construção da integralidade e merece ser mais explorada em estudos futuros, pois pode iluminar os modos concretos de operacionalizar ações de saúde: desenvolver formas de indução de uma maior cooperação formal, para além da coordenação informal ou espontânea que existiria hoje entre indivíduos, equipes ou serviços. Relaciona-se à necessidade de aumento ou desenvolvimento de uma cultura regulatória no âmbito do SUS, que, entre várias ações, instituiria a contratualização nos serviços de saúde como forma de explicitar responsabilidades sanitárias e promover uma gestão reflexiva.

Em sistemas de saúde contratualizados, como o inglês e o francês¹⁷, os contratos, combinando metas e incentivos, tratam do desempenho conjunto dos serviços ambulatoriais e hospitalares, assim como da regulação das relações entre os serviços ambulatoriais e os hospitais e a rede de apoio diagnóstico de alta complexidade.

Para que funcionem bem, os contratos devem estar ligados a um sistema de incentivos aos profissionais que os cumprirem, facilitando a adesão dos mesmos e estimulando as rupturas necessárias ao momento de transição de um paradigma fragmentado para um integrado.

Em síntese, a ausência de instrumentos gerenciais eficazes de regulação e ordenamento da oferta que busquem viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS por parte dos usuários, nos níveis macro e micro-organizacionais, a desmotivação e o descompromisso dos trabalhadores em saúde com os resultados organizacionais, fruto, em parte, de uma gestão centrada nos meios e não nos resultados, contribuem de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa efetividade do sistema de saúde brasileiro.

A transformação das práticas na direção da integralidade em uma organização de saúde é um processo lento que supõe, necessariamente, o envolvimento de todos os profissionais no compartilhamento de metas comuns e mudança na forma de execução das ações. Mudança através de ferramentas gerenciais e também dos valores, novos valores que tragam responsabilização.

Resumo

Este artigo descreve uma experiência de integração entre serviços de saúde, Projeto Integrar, em Vitória, Espírito Santo, Brasil, e analisa sua contribuição para o desenvolvimento de práticas de cuidado integral. O estudo de caso de abordagem qualitativa, realizado no período de 2000 a 2003, identificou potencialidades desse projeto referentes ao cuidado materno infantil, à educação permanente em saúde e à estratégia de saúde da família, mas também identificou dificuldades de instituir projetos terapêuticos de forma integrada entre os profissionais do Programa Saúde da Família e profissionais do centro de especialidades. Verificou-se que grande parte da proposta de trabalho não se viabilizou, evidenciando a necessidade de revisão da estratégia adotada, incluindo novas formas de comunicação e o desenvolvimento de uma maior cooperação formal para além da coordenação informal existente hoje entre indivíduos, equipes ou serviços, com base na lógica de contratualização nos serviços públicos de saúde. As normas dialogicamente negociadas em um contrato de gestão possibilitariam o envolvimento dos profissionais no compartilhamento de metas comuns e mudança nos processos de trabalho. Mudança através de ferramentas gerenciais e também de novos valores que tragam responsabilização.

Atenção à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Avaliação

Colaboradores

V. Costa-e-Silva e F. J. U. Rivera realizaram a concepção e o desenho do estudo. V. Costa-e-Silva fez a coleta, análise dos dados e redação do artigo. V. A. Hortale contribuiu com a revisão crítica do conteúdo do artigo e revisão final do texto.

Referências

1. Brasil. Lei nº. 8.080. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
2. Furtado LA, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Rev Saúde Pública 1998; 32:587-95.
3. 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: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
4. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde Debate 2002; 26:37-61.
5. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde Debate 2003; 27:257-77.
6. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saúde Pública 2004; 20 Suppl 2: S331-6.
7. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
8. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

9. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Projeto Integrar. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória; 2000.
10. Prefeitura Municipal de Vitória. Guia do investidor 2003. http://www.vitoria.es.gov.br/negocios/guia_investidor (acessado em 15/Jan/2004).
11. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2004.
12. Ceccin RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:661-7.
13. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
14. Associação Médica Brasileira. Regimento da Associação Médica Brasileira. Brasília: Associação Médica Brasileira; 1994.
15. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:393-403.
16. Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Boas práticas de humanização na atenção e gestão do Sistema Único de Saúde – SUS: contrato interno de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Brasília: Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2006.
17. Hortale VA, Duprat P. O contrato de gestão na reforma do subsistema hospitalar francês: contribuição à discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde no Brasil. *Rev Adm Pública* 1999; 33:7-22.

Recebido em 30/Nov/2005

Versão final reapresentada em 21/Nov/2006

Aprovado em 27/Dez/2006