



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO AO CONTEXTO DA AIDS A
PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

OSÓRIO QUEIROGA DE ASSIS NETO

JOÃO PESSOA – PB

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO AO CONTEXTO DA AIDS A PARTIR DA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE**

OSÓRIO QUEIROGA DE ASSIS NETO

**PROF^a. DR^a. ANA ALAYDE WERBA SALDANHA
ORIENTADORA**

**Dissertação apresentada à Universidade Federal da
Paraíba, como parte das exigências para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia Social.**

**JOÃO PESSOA
2009**

**A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Osório Queiroga de Assis Neto

BANCA AVALIADORA:

Prof. Dr. Eduardo Sergio Soares Sousa

Profº. Dr. Natanael Antonio dos Santos

**Profª. Drª. Ana Alayne Werba Saldanha
(Orientadora)**

Dedicatória

À minha família, sobretudo meus pais, pelos ensinamentos e as orientações, à minha esposa e filhos, pela compreensão e carinho, possibilitando a minha realização para a vida.

DEUS

O Arquiteto do Céu e do Universo

Tudo domina: povos e nações...

É o Pai amorável, nunca inverso,

Que ama e perdoa às Suas criações!

Deus pára tudo, até mesmo o universo,

Pra perdoar as minhas más ações...

Tudo me dar, e fica sempre imerso,

Em concessões às minhas precisões!

Deus subsiste por Si mesmo. É feito

De beleza... É concreto e tão perfeito,

Na infinita bondade do seu ser!

Ante tudo o que És, meu Pai e Senhor,

Conserva as graças que me dás com ardor,

Preciso disso pra poder viver!

Osório Queiroga

AGRADECIMENTOS

A concretização do sonho de escrever esta dissertação, desde março de 2007, período de início da sua realização, não teria qualquer sentido se não fosse compartilhada com as pessoas que nos influenciaram e continuam a influenciar tanto no ponto de vista pessoal quanto profissional. Por isso, nada mais justo que dedicar este trabalho a todas essas pessoas que torcem por nós, sofrem conosco, mas sobretudo comemoram conosco, traduzindo bem o significado das palavras amor e amizade. Gostaria de agradecer a todos por sua colaboração.

A secretária “Graça” do mestrado em Psicologia Social, minha gratidão pela disponibilidade, e constante atenção em todos os momentos .

A coordenação do mestrado na pessoa da Profª. Maria da Penha, e do Profº. Natanael pelos ensinamentos prestados, seus continuados entusiasmos e zelo no desenvolvimento das ações docentes, e pelo exíguo tempo fornecido para tal tarefa.

A todos os professores que diretamente contribuíram na realização deste projeto, meu reconhecimento por suas atenções e presteza e confiança, tornando este trabalho ainda mais estimulante. Ser educador é ser um poeta do amor.

Ao professor Francisco Albuquerque pelo apoio e confiança, e cobranças nas horas necessárias.

Aos colegas pela paciência, trocas de experiências e conhecimentos, e principalmente pela convivência em harmonia, mesmo nas diferenças.

A minha família Norma, Andrey e Mayara, pela compreensão e pelo incentivo para realização deste trabalho.

Dedico um agradecimento muito especial a um ser humano iluminado, a professora Ana Alayde, pela sua própria compreensão e filosofia de vida, sempre acreditando no homem, sempre com uma palavra pronta de confiança, incentivo e

otimismo, cuja participação foi decisiva para sua concretização. Foi para mim um grande privilegio ser orientado por você.

E ao mestre maior, Jesus Cristo, guia inseparável de todos os meus passos, a quem glorifico e que apesar da minha inconstância de gratidão, sempre está ao meu lado, dando-me forças, saúde, paz, proteção, amigos e família, ingredientes indispensáveis à vida.

RESUMO

Introdução: No atual perfil da saúde pública, a integralidade é considerada como a principal bandeira de luta, podendo ser analisada como indicador da direção que deve ser impressa ao atual sistema. Neste contexto, emerge, no final do século passado, o desafio na assistência a portadores do HIV, que deve ser entendido como um complexo voltado não apenas para uma doença, mas princípios norteadores visando prover cuidados adequados e humanizados na sua rotina de trabalho. **Objetivos:** Buscando qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde, e a capacidade de resposta ao princípio da integralidade, este estudo tem como **objetivo geral** analisar as práticas de integralidade na assistência a portadores do HIV, da atenção à saúde a partir das percepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, e como **objetivos específicos:** 1) Apreender as concepções de saúde entre estes profissionais de saúde; 2) Identificar as concepções de integralidade da assistência à saúde entre profissionais da UBS; 3) Identificar os fatores dificultadores e facilitadores da garantia da integralidade na visão dos Profissionais de Saúde. 4) Identificar as competências gerais dos profissionais de saúde; 5) Analisar a atenção às doenças crônicas, no caso o HIV/Aids pelos profissionais da UBS; 6) Avaliar a articulação da UBS com os serviços de assistência especializada em HIV/Aids. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva, utilizando abordagem quantitativa e qualitativa, com profissionais de uma unidade básica de saúde. A **amostra** foi composta por 20 funcionários, representantes das categorias de profissionais de saúde de nível superior e nível médio produtivo, de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de João Pessoa – PB. **Instrumentos:** questionário sócio demográfico, questionário sobre competências gerais e entrevista semi-estruturada. **Análise dos Resultados:** Os dados biodemográficos e profissionais, bem como o Questionário de Competências Gerais foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude). As respostas às questões abertas da entrevista foram analisadas quanto aos temas, categorias e subcategorias identificados, com base em recursos metodológicos sugeridos por Bardin (1979) para análise de conteúdo. **Resultados:** Dentre as competências mais citadas entre ambos os grupos destaca-se a liderança, segurança e confiança e humanização, enquanto as menos citadas são a criatividade com iniciativa e flexibilidade, interação e conhecimento da comunidade e promoção e educação em saúde, com níveis de concordância de 55 % a 100%. A partir da análise das entrevistas, emergiram 02 classes temáticas – Integralidade na UBS (com 05 categorias: concepções da saúde entre os profissionais; concepção de integralidade da assistência a saúde; fatores facilitadores para garantia da integralidade; fatores dificultadores para garantia da integralidade; e melhorias para o atendimento) e OAtendimento à Aids (com 04 categorias: a percepção da Aids pelos profissionais de saúde; prática do atendimento à Aids; sistema de referencia e contra-referencia; e ações referentes a Aids executada pelos profissionais de saúde da UBS). **Considerações Finais:** Conclui-se que, em todas as competências gerais de saúde, observadas através de questionário, os profissionais possuem dificuldades para identificar capacidades e habilidades relevantes para prática da integralidade. As entrevistas confirmam que as concepções sobre integralidade, são pautadas no modelo curativista, exigindo a promoção de medidas imediatas. Assim, há a necessidade premente de introduzir e implementar novas bases que forneçam instrumental critico necessário ao desempenho da profissão.

Palavras-chave: saúde, assistência, integralidade, HIV.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, in the public health profile, the integrality is considered as the main fight flag, it can be analyzed as an indicator of direction which must be used in the present system. In this context, since the end of the last century, the challenge of assistance to people who carries HIV has emerged. This challenge must be understood as a complex which involves not only a disease, but also principles which provides properly cares in its work routine. **Objectives:** In order to improve the access of population to an integral attention concerning health, and the capacity for answering to the principle of integrality, the main purpose of this study is to analyze the integrality practices of attention concerning health from the perceptions of professionals of a Health Basic Unit, and the **specific objectives:** 1) to digest the conceptions of health among the health professionals; 2) to identify the conceptions of integrality of assistance to health among HBU professionals; 3) to identify the aspects which make difficult or facilitate the guarantee of integrality in the perspective of the Health Professionals; 4) to identify the general competence of the health professionals; 5) to analyze the attention to chronic diseases given by the professionals of HBU, specifically the HIV/Aids; 6) to access the articulation of HBU with the specialized assistance services to HIV/Aids. **Method:** This study is a descriptive and exploratory field research with professionals of a health basic unit; a quantitative and qualitative approach is used. **The sample** was composed of 20 workers, representatives of productive medium level and superior level health professional categories, of a Health Basic Unit of the city of João Pessoa – PB. **Instruments:** socio-demographic questionnaire, general competences questionnaire and semi-structured interview. **Result Analysis:** the bio-demographic and professionals data, as well the General Competence Questionnaire were analyzed through descriptive statistic, using position (Mean, Median) and variability (Standard Deviation, Amplitude) measures. The answers to the open questions were analyzed according to the identified themes, categories and subcategories, based on the methodological resources suggested by Bardin (1979) to the content analysis. **Results:** Between the more mentioned competences between both groups, it is highlighted the leadership, safety, trusty and humanization, whereas the less mentioned are the creativity with initiative and flexibility, interaction, knowledge of community and health promotion and education, with levels of concordance of 55% to 100%. From the analysis of the interviews, it was highlighted 02 theme classes – Integrality in the HBU (with 05 categories: health conceptions among the professionals; conceptions of integrality of assistance concerning health; aspects which facilitate the integrality; aspects which difficult the integrality and improvements to the assistance) and Assistance to Aids (with 04 categories: the perception of professionals of health about Aids; the practice of assistance to Aids; reference and contra-reference system and actions associated to Aids by the health professionals of HBU. **Final Considerations:** It is acknowledge that in all health general competences observed through the questionnaire, the professionals have difficulties to identify relevant capacities and abilities to the practice of integrality, confirmed by interviews, in which the conceptions about integrality are based on the curative model, requiring the promotion of immediate measures. Thus, there is the necessity pressing of introducing and implementing new bases which can offer necessities instruments to develop the profession.

Keywords: health, assistance, integrality, HIV

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I – A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS SUS.....	23
1.1Construção de um novo conceito para saúde no Brasil.....	29
1.2 Princípios Organizacionais/Operativos.....	32
1.3 Princípios Éticos/Doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade.....	34
1.4 Recursos Financeiros dos SUS.....	40
1.5 Lei nº. 8080 – Orgânica de Saúde.....	43
1.6 O papel do Município do SUS.....	46
CAPÍTULO II - A ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS: O CASO DA AIDS.50	
2.1 Ações de prevenção e assistência a Aids na rede atenção Básica.....	55
2.2 Profissionais de saúde e suas relações com portadores de Aids.....	58
CAPÍTULO III – OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	61
CAPÍTULO IV – MÉTODO.....	64
4.1Tipo de Estudo.....	65
4.2 Lócus.....	65
4.3 Amostra.....	66
4.4 Instrumentos.....	68
4.5 Procedimentos.....	69
4.6 Tabulação e Análise dos Dados.....	70
4.7 Aspectos éticos.....	71
CAPÍTULO V – RESULTADOS	72
5.1 Identificação das competências gerais dos profissionais de saúde.....	73
5.2 A integralidade na Unidade Básica de Saúde.....	77
5.2.1. As concepções da saúde entre os profissionais da UBS.....	77
5.2.2. Concepções de integralidade da assistência a saúde entre os profissionais da UBS.....	79
5.2.3. Fatores facilitadores para garantia da integralidade	81
5.2.4. Fatores dificultadores para garantia da integralidade	83
5.2.5. Melhorias para o atendimento.....	85
5.3 Atendimento à Aids na Unidade Básica de Saúde.....	88
5.3.1. Percepção da Aids pelos profissionais de saúde.....	88

5.3.2. Prática do atendimento à Aids.....	89
5.3.3. Sistema de Referência e Contra-Referência.....	92
5.3.4. Ações referente a Aids executada pelos profissionais de saúde da UBS.....	93
CAPÍTULO I – DISCUSSÃO.....	95
6.1 Avaliação das competências gerais pelos profissionais de saúde.....	96
6.2 A integralidade na Unidade Básica de Saúde	101
6.3 Atenção à Aids na Unidade Básica de Saúde	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS.....	122

ANEXOS

- ANEXO 1.** Questionário sócio-demográfico.
- ANEXO 2.** Entrevista semi-estruturada.
- ANEXO 3.** Questionário sobre competências gerais.
- ANEXO 4.** Termo de consentimento Livre Esclarecido.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Óbitos por varíola e febre amarela na cidade do Rio de Janeiro

Tabela 2. Distribuição das notificações e percentuais, pelos estados do nordeste, no período de 1980 a 2006

Tabela 3 Caracterização da Amostra e características profissionais

Tabela 4. Competências utilizadas neste estudo, sob a perspectiva dos níveis de classificação e categorização das capacidades e habilidades estabelecidas pela Câmara de Educação Básica (Res. 04/1999)

Tabela 5. Competências Gerais segundo Percentuais de Concordância (C) e Discordância (D)

Tabela 6. Concepções dos Profissionais acerca da saúde

Tabela 7. Concepções dos Profissionais acerca da integralidade

Tabela 8. Facilitadores da integralidade

Tabela 9. Dificultadores da integralidade

Tabela 10. Sugestões para a melhoria do atendimento

Tabela 11. Prática do atendimento à Aids

Tabela 12. Avaliação do Sistema de Referência

Tabela 13. Ações no contexto do HIV/Aids

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Epidemia da AIDS no Brasil, período de 1980 – 2006

Figura 2. Municípios da Paraíba, sedes dos 12 Núcleos Regionais da Secretaria de Saúde do Estado. Municípios que apresentaram 1 caso de AIDS ou mais notificados

Figura 3. Comparação das competências gerais entre os profissionais de nível superior e os de nível médio produtivo

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AZT – Zidovudina

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciário

DNS – Departamento Nacional de Saúde

HD – Hospital Dia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGS – Organizações Não Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNDST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

INTRODUCÃO

Entre as grandes transformações que tem influenciado o comportamento do homem na sociedade brasileira, nos últimos dois séculos, buscando a superação do patológico pela saúde, e da ignorância pelo saber, períodos caracterizados pela revolução tecnológica e industrial vivenciados em todo o planeta, com maior expressividade entre os séculos XIX e XX, e com os avanços da cibernetica nas duas últimas décadas do século passado, três estruturas estão diretamente relacionadas à sua evolução, que são: o comportamento, a afetividade, e o conhecimento. Segundo Altmann (1977), o atual modelo de saúde, denominado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como biopsicossocial, depende de algumas variáveis voltadas para uma interação que compreenda fatores como: psicológicos, biológicos, e sociais. Todas estas variáveis tem significativa importância para o grande acontecimento na medicina no inicio da década de 80, com o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) que revolucionou a história sobre o conceito das doenças infecciosas no mundo.

No final dos anos 80, segundo Bertolli (2002), grandes mudanças são produzidas no Brasil, através da aprovação da Constituição de 1988, entre estas destaca-se a implantação de um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Com este, são introduzidas novas práticas de pactuação na Federação Brasileira, motivadas pelos avanços obtidos em situações, como o controle social, promoção e recuperação da saúde.

Sobre o conceito de promoção da saúde¹, introduzido no começo do século XX, foi associado três funções: prevenção das doenças, tratamento dos doentes, e

¹ A criação de tal conceito está associada ao sanitário francês Henry Sigerist(1917-1957). Disponível em <http://www.medicalarchives.jhmi.edu/sgml/sigerist.html>.

reabilitação. Segundo Westphal (2006), a promoção da saúde era responsável pelas ações de educação em saúde, como também por ações consideradas estruturais do Estado para melhorar as condições de vida. Até a implantação do SUS, prevalecia uma visão de saúde médico curativista, sem o cuidado da prevenção antes da instalação da doença.

Com o SUS, os municípios brasileiros obtiveram importantes vitorias, em termos de autonomia política e no aporte de recursos. Para Campos (2003), outro fato relevante nas políticas de saúde pública, está com a expansão da atenção primária à saúde no Brasil, que tem sido formulada e executada nos últimos dez anos, com destaque para a implantação e expansão do Programa Saúde da Família (PSF), projeto este idealizado em 1994, pelo sanitarista Henrique Santilho, e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), representando um forte estímulo ao mercado de trabalho, para os profissionais de saúde no País, exigindo-se para isto, a qualificação do trabalhador de saúde nela inserido. É importante também ressaltar a participação decisiva de representantes da sociedade, com a realização das conferências e a implantação dos conselhos de saúde.

No atual perfil da saúde pública no Brasil, com a implantação do SUS, e dentre seus princípios, a integralidade pode ser considerada como a principal bandeira de luta, do chamado “movimento sanitário”, podendo ser analisada como indicador da direção que deve ser adicionada ao atual sistema e suas práticas, ou ainda por contraste, das características que devem ser negadas ao sistema de saúde e suas práticas. No presente estudo, a integralidade é também entendida, como um amplo conceito, uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema.

Partindo dessas premissas, pretendeu-se desenvolver uma investigação sobre a compreensão dos diversos sentidos do termo integralidade para profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde do Município de João Pessoa, considerando à atenção destes, as doenças crônicas, como a Aids.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) trouxe à tona, com uma tônica própria, a importância de desfazer um conceito que se caracteriza como um desafio às políticas de saúde coletiva e de educação em todo o mundo: como modificar o comportamento dos indivíduos quando estes estão atrelados à afetividade, situados na privacidade dos pares e enraizados em aspectos sócio-culturais?

A Aids teve como consequências relevantes, segundo Rocha (1999), a reformulação de estruturas já estabelecidas pelo sistema público de saúde, que eram caracterizadas pela prática do modelo médico tradicional, sendo substituída pela necessidade da assistência ao paciente como um todo, fazendo emergir um dos princípios básicos do SUS, que é a integralidade. Para o profissional de saúde, este novo modelo veio associado a questões afetivas e sociais, tais como: a sexualidade, promiscuidade, depressão, drogadição, e morte. Saldanha (2003) afirma que existe ainda nestes profissionais a necessidade de uma melhor compreensão em saber lidar com todos estes fatores, que estão diretamente relacionados à Aids, para evitar o desgaste psicológico, pela falta da informação, crenças, e valores.

Os profissionais da saúde que deparam com a cronicidade da Aids, alem de garantir a adesão dos pacientes, devem ser também considerados um elo entre o paciente, a doença e o tratamento, estabelecendo um papel relevante para as políticas de prevenção, controle e assistência aos portadores do HIV, assumindo um lócus de resposta à epidemia. Malbergier e Stempliuk (1997) vêem todas estas dificuldades que

podem envolver o profissional, como capazes de interferir no atendimento, podendo ainda gerar desconfiança, hostilidade, angústia e até abandono do tratamento.

Além do aspecto epidemiológico e clínico, outro aspecto importante que envolve o contexto da Aids, segundo Malbergier e Stempliuk, (1997), se referem aos custos para o sistema público de saúde brasileiro, já que com a promulgação da Lei Federal nº 9313, de 13 de novembro de 1996, ficou assegurado a todos os portadores de HIV e doentes com Aids o acesso a medicamentos necessários para o tratamento. Diante do exposto, é fundamental que os esforços para toda sociedade, e não apenas dos gestores de saúde pública, sejam direcionados, não para se gastar menos com a epidemia de AIDS, mas principalmente para reduzir o número de casos, vindo a influenciar progressivamente para minimizar os custos sociais que a Aids representa para o SUS, e para toda sociedade brasileira.

A motivação para o tema escolhido é decorrente da experiência adquirida no período como coordenador do Núcleo de Controle de DST/AIDS, da Secretaria de Saúde do Estado, ocasião em que foram formadas as primeiras ONGS na Paraíba, o MEL (Movimento Espírita Lilás), Grupo Oito de Março, além dos primeiros atendimentos a pacientes portadores do HIV, ou com Aids, que eram realizados junto ao Pavilhão Henfil, e no Ambulatório de Referência para DST/AIDS, ambos funcionando no Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa. Outro fator considerado relevante para construção deste estudo, está na contribuição para uma melhor visão sobre o processo de institucionalização, implantação e implementação da integralidade, no município de João Pessoa, após transcorridos quase duas décadas das ações preconizadas pelo SUS, ampliando o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais.

O estudo aborda ainda, as estratégias adotadas pelo governo do Estado da Paraíba, e da secretaria de saúde do município de João Pessoa, em programas de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e suas famílias, uma vez que o novo modelo de saúde proposto pelo Ministério da Saúde prioriza estas ações de forma integral e contínua, em substituição ao modelo tradicional de assistência. Segundo Camargo (2007), o modelo tradicional está orientado para ações curativas, esquecendo o paciente na produção de relações sociais, durante o convívio com profissionais de saúde, ou de sua família, e integrado a um sistema de valores, de crenças, sistema social, econômico, e cultural, tornando-se mais complexo, exigindo dos gestores que estão à frente dos constantes desafios evidenciados pelas políticas de saúde, que busquem superar a fragmentação dos programas de saúde nos Estados e Municípios do Brasil.

Diante de todas estas situações apresentadas, o presente estudo voltado para prática da integralidade em um dos Centros de Saúde do Município de João Pessoa, usando como âncora a Aids, levantou questões norteadoras que vão desde o acolhimento, a escuta, e os procedimentos na resolução dos problemas apresentados por estes usuários, até a articulação deste serviço com o sistema de referência e contra-referência dos serviços especializados em Aids. Para isto foram observadas as experiências na vida profissional dos funcionários, na prática da integralidade. A implementação destas medidas desencadeou mudanças concretas nos serviços de saúde do Município, com o sentido de articular as ações de promoção, prevenção e assistenciais.

Desta forma surgiram as seguintes indagações:

- Como os trabalhadores de um Centro de Saúde têm construído a integralidade em suas práticas cotidianas?

- Que concepções permeiam a prática destes trabalhadores no contexto de doenças crônicas, como a Aids?

O foco encontra-se pois, no trabalho cotidiano do Centro de Saúde, por entender que este constitui a base da proposta da estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde. O trabalhador, segundo Peduzzi (2001), a cada momento faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho, inscrevendo ou não novas possibilidades no trabalho coletivo do qual é partícipe.

Diante desta contextualização, buscando qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde, e a capacidade de resposta ao princípio da integralidade por profissionais lotados em unidade de saúde do município de João Pessoa, com nível de prevenção primária, também chamados de cuidados ou ações básicas de saúde de nível elementar, como vacinações, controle de vetores, educação para saúde, vigilância epidemiológica, etc. (Geraldes, 1999). Organizou-se o marco teórico desta dissertação em cinco capítulos principais:

O primeiro capítulo traça um delineamento do modelo adotado pelo governo do Brasil e de outros países do mundo para políticas públicas em saúde, a implantação do SUS pelos estados e municípios, com particularidade pelo Estado da Paraíba, e pelo Município de João Pessoa.

No segundo capítulo expõe-se a situação epidemiológica da Aids, com ênfase no que se refere à prevenção e promoção da saúde e princípios de biossegurança adotados pelas unidades de saúde do município de João Pessoa.

O terceiro capítulo é embasado no referencial teórico da pesquisa, a integralidade voltada para atenção básica, que constitui um dos principais princípios ético-doutrinários do SUS, onde também são elencados o objetivo geral e específicos do estudo.

Esta primeira parte da dissertação que é essencialmente teórica terá como parte relevante, a apresentação do quarto e o quinto capítulo onde estão presentes o método norteador da pesquisa, envolvendo os critérios de seleção da amostra, o lócus da investigação, os instrumentos utilizados, procedimentos da análise dos dados da entrevista semi-estruturada, do questionário sócio-demográfico, e questionário sobre competências gerais. No quinto e sexto capítulos, são apresentados e discutidos os resultados obtidos durante a pesquisa, descrevendo os principais achados que foram avaliados através das variáveis de interesse, tais como as concepções de saúde e integralidade entre os profissionais de saúde de uma unidade de saúde do Município de João Pessoa. Também foram analisadas a percepção destes profissionais, acerca da Aids, suscitando respostas em varias categorias, alem da prática do atendimento ao portador do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), e outros dados relevantes, como uma avaliação sobre o sistema de referencia e contra-referencia desta unidade de saúde.

Por último, as considerações finais que versam sobre a prática de integralidade por parte dos profissionais de saúde, do Centro de Saúde de Mandacarú, em João Pessoa, considerando as suas concepções e responsabilidades, sendo identificadas as suas competências, alem da atenção destes em relação às doenças crônicas, como o caso do HIV/Aids.

CAPÍTULO I
A Evolução Histórica do SUS

CAPÍTULO I

1. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SUS

As primeiras ações voltadas para saúde pública realizada pelo governo brasileiro, ocorreram ainda no período colonial, e posteriormente com a vinda da Corte portuguesa para o Brasil no ano de 1808. Como a sede provisória do governo Português, além do principal porto do país, estava localizado no Rio de Janeiro, tornou-se esta cidade, o centro das ações sanitárias, procurando Dom João VI oferecer uma nova imagem para um Brasil que os europeus definiam como território da barbárie e da escravidão. De acordo com Macedo (2004), o objetivo do governo da época era o de apenas favorecer a questões voltadas para higiene, controlar doenças inerentes, fiscalização da procedência de alimentos, medicamentos, além da qualidade da água potável, o destino dos dejetos, e o exercício da medicina na área hospitalar.

O governo lusitano na época entendeu que era necessário formalizar um atendimento mais constante e organizado, visando às questões sanitárias, e assim criou os primeiros centros de formação médica, funcionando o primeiro no Rio de Janeiro, com a academia médico-cirúrgica no ano de 1813 e a segunda na Bahia em 1815. Estas academias foram logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país.

No Brasil começou a ganhar forma uma nova área do conhecimento, voltada para o estudo e prevenção das doenças, e ainda para atuação no combate aos surtos epidêmicos que ocorriam sem controle, ocasionando muitos óbitos. Esta área científica foi inicialmente chamada de medicina pública, ou medicina sanitária, e mais adiante saúde pública, sendo complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que atingiam a coletividade, chamada de epidemiologia.

Esta nova forma de conhecimento que o governo republicano passava a inserir na população brasileira, com a incorporação de pensamentos clínicos e epidemiológicos, voltados para proteção da saúde coletiva, provocou a elaboração de novos planos de combate às enfermidades, cujo objetivo era aumentar a vida produtiva, ou útil da população, tornando a participação global do Estado na área da saúde, estendendo a todos os setores da sociedade, e não mais se limitando apenas a agir em época de surto epidêmico (Bertolli, 2002). Mesmo assim ainda era grande a desorganização dos serviços de saúde nos primeiros anos da República, facilitando a ocorrência de novas epidemias, como a varíola, a febre amarela, a peste bubônica, e cólera, matando milhares de pessoas, conforme pode ser observado na Tabela 1, referente a maior cidade do Brasil do século XVIII, com grande concentração da população

TABELA 1 – Óbitos por varíola e febre amarela na cidade do Rio de Janeiro

Anos	Mortes por febre Amarela	Mortes por varíola
1850 – 1859	10 970	642
1860 – 1869	2 295	730
1870 – 1879	12 916	6 625
1880 – 1889	9 376	6 852
1890 – 1899	20 879	8 599

FONTE: MS/SVS/SINAN -2005

Observa-se no ultimo século, no Brasil, de acordo com Bertolli (2002), períodos de grandes mudanças provocados pela transição política afetando efetivamente o sistema de saúde, pondo em cheque as bases institucionais da sociedade. O que vem a facilitar de fato estas mudanças é a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em 1919, sendo seu maior responsável Carlos Chagas, considerado um dos precursores da saúde pública no país, que representou um grande impulso nas ações voltadas para

promoção de saúde, buscando uma melhor qualidade de vida para a sociedade ao visar atender as comunidades rurais e urbanas, como também as questões sanitárias. Todo este processo de construção de um novo modelo de saúde é iniciado com ações sanitárias promovidas por um país até então voltado para a centralização dos estados, aliado a uma sociedade civil desinformada e escassamente desenvolvida.

Com o governo de Getulio Vargas (1930-1945), novas reformas foram realizadas, passando a área sanitária a compartilhar com o setor educacional um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública, no ano de 1930, trazendo como consequência uma ampla mudança nos serviços sanitários do país. Para Bertolli (2002), entre as principais conquistas deste período estão: a organização das caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência, que garantiam assistência médica a uma grande parcela da população urbana, pelo Estado, sem nenhuma verba do Governo Federal.

Outra modificação profunda ocorrida na administração pública foi criada através do Decreto-Lei 200 de 1967, sendo reformulada a partir de então a organização do sistema de saúde. Por este decreto, o Ministério da Saúde ficaria responsável pela formulação da Política Nacional de Saúde, apesar dos recursos financeiros para esta área, além dos próprios meios do Governo Federal nunca terem sido repassados de forma adequados, levando a retomada, no ano seguinte, das ações voltadas para prática médica curativa individual, assistencialista e especializada.

Na década seguinte, no ano de 1975, surge com a Lei 6.229, a Organização do Sistema Nacional de Saúde que enfatiza e prioriza a dicotomia entre o setor público e setor privado, saúde coletiva e assistência previdenciária, cabendo ao Ministério da Saúde a formulação da política nacional de saúde e relações inerentes à saúde coletiva. Sua ação restringia-se apenas à normatização das práticas e aos cuidados preventivos,

cabendo ao Ministério da Previdência o atendimento médico-assistencial, ou a medicina curativa, de forma individualizada, sem, no entanto existir normas e padrões de atendimento e sistematizações confiáveis, como também ações coordenadas no nível de assistência médica individual e coletiva. O Governo Federal no sentido de organizar este quadro, cria em 1977 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), possuindo a seguinte estrutura:

- INPS, responsável pelos benefícios.
- INAMPS, que daria suporte para a assistência médica, e englobaria o extinto IPASE e o FUNRURAL.
- IAPAS assumiria a administração financeira e patrimonial.
- CEME, LBA e a FUNABEM, seriam mantidos com as mesmas propostas oferecidas.

É importante acrescentar, segundo Lucchese (1996), que a criação do SINPAS não ocasionou modificações relevantes no padrão de organização da prática médica previdenciária.

Nos anos seguintes, importantes decisões foram tomadas a nível ministerial visando a reformulação das políticas públicas de saúde, sendo as principais destas medidas as seguintes:

- a. Formulação da Portaria Interministerial de 1978, cujo objetivo era o de estabelecer diretrizes comuns para a execução dos serviços básicos de saúde, caracterizando com isto a implantação do princípio de regionalização e hierarquização.
- b. Durante o ano de 1979 foi promulgado o Aviso-Circular Interministerial n.º 493 encaminhado aos Governadores da Federação no qual se solicitava a elaboração do Plano Integrado de Saúde, com a participação das representações locais dos

Ministérios da Saúde e da Previdência e com a coordenação das Secretarias de Saúde dos Estados.

- c. Em 1980 através da Portaria Interministerial n.º 5 dos dois Ministérios foi criado o CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação), com atribuições mais amplas e atuação também mais significativa tanto no aspecto operacional quanto político.
- d. A criação pelo Ministério da Previdência e Assistência Social no ano de 1981 do CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), enfatizando a regionalização progressivo do sistema de saúde, planejado e coordenado a nível estadual por uma Comissão Paritária MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde, sob direção do Secretário de Saúde e a hierarquização dos serviços de saúde. Este plano é um dos primeiros documentos oficiais que endossa as críticas dos profissionais e estudiosos da área de saúde, envolvendo a problemática da assistência. O CONASP faz ainda uma avaliação global das distorções ocorridas no sistema e que acarretam um ônus financeiro significativo para o INAMPS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu no Brasil com a constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988, e regulamentada pelas Leis nº. 8080/90 (Lei Orgânica de Saúde), e a de nº. 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto, podendo ser considerado, segundo Bertolli (2002), como o maior avanço político democrático e social, voltados para área da promoção, proteção e recuperação da saúde. Com o SUS, a saúde deixou de ser entendida como um estado de não doença, passando a ser analisada como um conjunto de bens relacionados

à qualidade de vida. Assim, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a educação, o meio ambiente, e outros valores, como a cultura, e o lazer, interagem para determinação de uma vida saudável e coletivamente.

1.1 Construção de um novo conceito para saúde no Brasil

O atual modelo de saúde pública em execução no Brasil teve inicio com a 8^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida no período de 17 a 21 de março no ano de 1986, precedendo assim a sua regulamentação através da Constituição de 1988. Nesta época, era considerado péssimo o estado de saúde da população, provocando a organização dos profissionais de saúde na defesa de suas profissões e de assegurar direitos aos pacientes. Diante deste quadro, no final da década de 70, resultou na criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), formando a partir daí o Movimento Sanitarista, que procurou encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional. Este movimento de âmbito nacional em defesa da saúde, segundo Santos (1995), originário dos grupos de profissionais que configuravam uma oposição às propostas para o setor implementadas pelo governo militar, cresce e ganha consistência, ao mesmo tempo em que avança na produção de conhecimento, na crítica ao modelo de política de saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população.

Na construção da 8^a Conferência Nacional de Saúde, os Estados e Municípios fizeram um amplo movimento, convocando profissionais de diversas áreas, como, educação, saúde, segurança, e de outras representações da sociedade, dando o mote para a configuração constitucional adotada para a saúde e decisiva na estruturação das normas e diretrizes que viriam a formalizar o então SUDS (Sistema Único e

Descentralizado de Saúde). Este deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais, sendo na época comandado pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)², intensificando assim as medidas que seriam adotadas pela Constituição de 1988, como a descentralização e universalização, na criação do modelo de saúde atual, o SUS, encarregado de organizar no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS, e dos serviços de saúde estaduais e municipais (Santos, 1995).

Entre os conceitos utilizados pela VIII Conferência Nacional de Saúde que tiveram implicações políticas e institucionais, foram admitidos ainda como fatores determinantes e condicionantes na área biológica (a idade, o sexo, a herança genética); no meio físico (as condições geográficas, a água, alimentação, e a habitação); na área socioeconômica e cultural (ocupação, renda, educação); além da oportunidade de acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Estes conceitos que vinculam a saúde individual e coletiva àqueles fatores, deslocam a discussão do campo setorial para o terreno das políticas governamentais.

A 8^a CNS foi, sem dúvida, o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Pela primeira vez a população participou das discussões e suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas de saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

² A extinção do INAMPS ocorrida em 27.07.1993 é vista como um marco fundamental na descentralização e consolidação do SUS.

A Constituição de 1988 após a análise de todos os documentos redigidos nas Conferências Estaduais e Municipais, e após ouvir os relatores das comissões formadas pelos representantes da Câmara Federal e do Senado, formaliza uma visão do SUS, com as seguintes características: universalidade, gratuidade, integridade, organização descentralizada em cada setor do governo, com direção única, e prioridade das ações preventivas, sem, no entanto qualquer interrupção das ações assistencialistas. Ainda exigia a participação da comunidade, com financiamento público das três esferas de governo, podendo ocorrer a participação da iniciativa lucrativa e filantrópica. No seu artigo 198 da constituição, estabelece as principais diretrizes, que são:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;III. Participação da comunidade. (Brasil, 1988).

O SUS, portanto constitui um conjunto de idéias, princípios, e conceitos estabelecidos pela constituição, além de também significar uma concepção gerencial. As ações e serviços públicos de saúde, e os serviços privados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo a princípios como: universalidade aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivas e curativas, exigindo para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, divulgação de

informações quanto ao potencial dos serviços de saúde, e sua utilização pelo usuário, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Estes princípios, segundo Santos (1995), podem ser divididos em duas ordens inter-relacionadas como também distintas, que são:

- a) Os princípios éticos/doutrinários: podendo ser resumidos na universalidade, equidade, e integralidade.
- b) Os princípios organizacionais/operativos: devem ser considerados obedecendo a critérios voltados para descentralização, regionalização, e hierarquização da rede com participação social.

É importante considerar que para se materializar os primeiros (princípios éticos/doutrinários), faz-se necessário que os segundos (princípios organizacionais/operativos) estejam devidamente estruturados.

1.2 – Princípios Organizacionais/Operativos

A organização do sistema está baseada na regionalização e hierarquização, na resolutividade, na descentralização, e na participação dos cidadãos. Com relação a hierarquização dos serviços de saúde diz respeito a organização dos serviços segundo os níveis de complexidade crescente das ações desenvolvida, distribuídos em uma área geográfica delimitada, e com a definição da população que deverá ser atendida, oferecendo a esta população todas as formas de assistência, sendo observados as formas de tecnologia disponíveis, favorecendo assim um ótimo grau de resolutividade, para solução dos problemas apresentados. Ressalta-se que o acesso de cada comunidade à rede deve ocorrer através dos serviços de nível primário de atenção, sendo necessário que estejam qualificados para atender e resolver os principais problemas. As outras

formas de serviço deverão ser referenciados aos serviços de maior complexidade tecnológica.

A hierarquização da rede de serviços de forma organizada e regionalizada de acordo com a Lei Orgânica de Saúde de nº 8.080/90 permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma determinada área, possibilitando ainda no desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, favorecendo ao controle de vetores e na educação para saúde, como também das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em qualquer nível de complexidade. Em um sistema hierarquizado de serviços de saúde, a continuidade da assistência deve ser assegurada principalmente por um sistema de referência.

Com relação à resolutividade, esta constitui na exigência para que, quando um indivíduo necessitar de um tipo de atendimento ou diante de um problema que apareça com impacto coletivo voltado para saúde, possa o sistema correspondente estar preparado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

A descentralização dos serviços, conceituada como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências com relação às ações e aos serviços de saúde nas várias instâncias governamentais, parte do fato de que quanto mais perto de uma determinada situação a decisão for tomada, mais possibilidades terá de acerto. Sendo assim, o que for da competência do Governo Municipal deverá ser solucionado por este, da mesma maneira, no que se referir ao Governo Estadual, deverá também ser centralizado neste, e por último o que for da alçada do Governo Federal, caberá toda responsabilidade também para esta forma de Governo. Neste modelo proposto, denominado de Municipalização da Saúde, onde ocorre uma grande redefinição das atribuições dos vários níveis de Governo, cabe aos Municípios uma maior responsabilidade na promoção das ações de saúde voltada para toda sua população.

A participação dos cidadãos, através de suas entidades representativas, é assegurada em todo o processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, federal, estadual, e municipal, permitindo a garantia constitucional para a população. Esta participação dos cidadãos deve ocorrer através dos Conselhos de Saúde, representados de forma paritária de usuários e governo, com profissionais de saúde e prestadores de serviço, bem como através das Conferências de Saúde, que devem ser realizadas de forma periódica, com objetivo de definir prioridades e linhas de ação.

1.3 Princípios Éticos/Doutinários: Universalidade, Equidade e Integralidade

A **universalidade** é considerada como um princípio segundo o qual “a saúde é um direito conquistado por todos, portanto um dever do Estado”. (Constituição Federal, Art. 196). A atual Constituição Brasileira estabelece que o acesso aos serviços de saúde no país, tem caráter universal ao qual todos tem direito, devendo ser entendido como subjetivo, e integrante dos direitos da cidadania. O SUS pretende ainda universalizar o direito a saúde através da criação de um sistema em que cada Município vai organizar, elaborar e executar o seu plano de saúde.

Com a **equidade**, a Constituição Brasileira afirma que a política pública de saúde deve ser distribuída na sociedade, com os objetivos de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Este princípio também determina que o tratamento para situações desiguais, deve ter resposta também desiguais, em outras palavras, o tratamento deve ser dado a cada um segundo suas necessidades, objetivando assim proporcionar uma maior uniformidade. Com a equidade fica estabelecido a garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema

diante de qualquer necessidade que venha aparecer, e também a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.

A equidade é um princípio de justiça social. De acordo com Cecílio (2001), as injustiças sociais refletem a existência de estratificação da sociedade, que se caracteriza pelo fato de os indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais. Tal estratificação tem como base relações sociais que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos. Portanto assumir o princípio igualitário do SUS significa também assumir o compromisso de monitorar o desempenho do sistema nessa sua dimensão. Esta função deve ser atribuição precípua do nível federal e se faz necessária para que sejam efetuadas permanentes correções e ajustes nos mecanismos e práticas percebidos como socialmente seletivos, implicando também na produção periódica de informação voltada para esta finalidade.

A **integralidade** é um princípio norteador do SUS, expresso como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198). Por isso, desde o início, a proposta do SUS foi desenhada em torno do princípio da integralidade (Mattos, 2002), que remete a uma dupla dimensão, ou seja, uma com o sentido de articular as ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos e assistenciais em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços de saúde, e uma outra relativa à integralidade do sistema de serviços e à construção dos chamados “sistemas integrados” (Brasil, 2004). Sendo assim, os sistemas integrais de saúde deveriam atender às seguintes premissas básicas:

a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e família. (Giovanella, 2000, citado por Campos, 2003, p. 577).

Segundo a Lei 8.080 (Artigo 7º, II), a integralidade constitui em um conjunto contínuo e articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade, ou seja, é um direito das pessoas serem atendidas com acesso integral e gratuito às ações e aos serviços de saúde, considerando todas as suas necessidades. Este princípio oferece tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, o reconhecimento que cada um se constitui numa totalidade, onde cada indivíduo constitui um todo indivisível e membro de uma determinada comunidade. Outro aspecto deste princípio está em ações como promoção, proteção e recuperação da saúde também vistas como um todo, não podendo ser compartmentalizadas, onde as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, com possibilidade de prestar assistência integral, sendo por isto considerado como um direito de integralidade.

O princípio da integralidade pode ser organizado em três grandes conjuntos de sentidos como forma de apreensão ampliada das necessidades de ações e serviços de saúde (Mattos, 2001; 2004). O primeiro conjunto refere-se aos atributos das práticas dos profissionais de saúde nos quais a integralidade é exercida mediante a compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção do profissional. O segundo diz respeito à característica da organização dos serviços, na qual se critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Enquanto o terceiro aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos.

Para Silva & Mascaranhas (2004), a articulação dos conceitos de acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção traduz a integralidade como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviços, adotados em razão da polissemia do termo “integralidade”. Segundo estes autores, a possibilidade de usar esses conceitos articulados e operacionalizados permitiria inferir sobre a integralidade e verificar a direcionalidade da construção do modelo tecno-assistencial coerente com os princípios do SUS.

Em 2006, no Rio de Janeiro, durante o Fórum que reuniu secretários de saúde de todas as unidades da Federação, gestores do SUS, lideranças políticas, sociedade civil e intelectuais, através do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), foram debatidos e apresentadas novas propostas e experiências exitosas no âmbito do SUS, votadas para a integralidade. Foi defendido intensivamente que a integralidade representa grande conquista na área social para o povo brasileiro, não sendo possível nos dias atuais, aceitar um sistema que contemple apenas os mais pobres, tornando o SUS acessível a todos os segmentos da população. Segundo o então ministro da saúde, Adib Jatene, políticas quando realizadas voltadas exclusivamente para os pobres, devem ser também consideradas como políticas pobres.

O fórum destacou ainda que a realidade brasileira é muito heterogênea e que o arsenal normativo e a própria condução política do sistema de saúde precisam estar atentos a tal característica para não uniformizar a gestão em demasia. Considerou também como importantes, avanços com a grande produção de serviços, pela ampliação do acesso aos serviços de saúde e pela evolução positiva de alguns indicadores epidemiológicos, como a redução da taxa de mortalidade infantil e da taxa de prevalência de hanseníase, e o aumento da esperança de vida ao nascer. A responsabilidade sanitária voltada para integralidade deve consistir em uma discussão

com a inclusão dos temas da cooperação e solidariedade como matrizes filosóficas do sistema de saúde.

Da mesma forma, palestrantes e debatedores do CONASS se referiram a integralidade tendo como acesso principal, o perfeito entendimento com o chamado “Pacto pela Saúde”³, para isto foi redigido documento, hoje em ampla circulação, estruturado em três pilares: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS, e pacto de gestão. Este documento enfatiza também a necessidade de iniciar um movimento de (re)politização da saúde, nos moldes da Reforma Sanitária, em defesa do caráter público, integral e universal do sistema de saúde brasileiro.

Outro grande desafio enfrentado pelo governo brasileiro, está nas políticas de saúde focalizada na integralidade para o HIV/Aids. Tendo como base este princípio, segundo o LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde)⁴, a Organização Mundial de Saúde – OMS reconheceu pela primeira vez, em estudo publicado em maio de 2006, a importância de se adotar uma estratégia com base na integralidade para o combate a Aids. Os esforços do Ministério da Saúde na prevenção da Aids no Brasil, no entanto, está focada no princípio da integralidade, desde as primeiras discussões para a implantação de um programa nacional de combate à doença.

Desde o aparecimento dos primeiros casos de Aids no Brasil, no inicio dos anos 80, foram criadas as primeiras Organizações não governamentais – ONGs, que reivindicavam uma política pública de prevenção para o tratamento do HIV no país.

³ O pacto pela saúde é o resultado de uma pactuação entre as três esferas de gestão: Ministério da Saúde, Conaserns e CONASS. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021.

⁴ O LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde) é um programa de pesquisas de práticas de integralidade em saúde que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral a saúde. Disponível em <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), diante da imensa mobilização nacional criada com este propósito, o Ministério da Saúde criou em 1986, um departamento de DST/Aids, que atuava vinculado ao Departamento de dermatologia sanitária. Passados dois anos de sua criação, foram organizadas varias campanhas pela qualidade do sangue, mobilizando a sociedade civil, na sua conscientização. Apesar deste programa ter ficado praticamente inoperante durante o governo Collor, em 1992, iniciou-se a formulação de um projeto que resultou em acordo de empréstimo com o Banco Mundial, de 1994 a 1998, sendo em seguida renovado para o período de 1998 a 2002.

Outro grande avanço voltado para a integralidade ocorreu por um decreto presidencial no ano de 1996. Através deste decreto o governo garantia o acesso universal aos medicamentos contra o HIV. Com isto o Brasil se tornava o primeiro país em desenvolvimento a oferecer tratamento gratuito a qualquer brasileiro portador do vírus da Aids. Com este investimento no tratamento da doença, o governo brasileiro dava um grande passo na sua política nacional de combate à Aids na direção do que a OMS classifica como “estratégia integral”. Apesar de todas estas conquistas, pesquisadores como Camargo (2007), afirmam que um dos grandes obstáculos no caminho da integralidade para o paciente com Aids, é a falta de uma política social capaz de possibilitar ao portador do HIV/Aids alimentação adequada e condições financeiras para ter acesso em situações como transporte em eventual deslocamento para um serviço de saúde.

Observa-se, pois, que apesar da integralidade ser um dos mais importantes objetivos a ser atingido, alguns autores (Cecílio, 2001; Pinheiro & Guizardi, 2004) afirmam que a implantação dessa diretriz, na prática, é difícil, principalmente pela forma fragmentada, de respostas a demandas pontuais da atuação em saúde. Sendo assim, a integralidade acaba reduzida a uma soma ou justaposição das ações de cunho

coletivo ou preventivo com as de cunho individual curativo, permanecendo como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização. Sinalizam, ainda, que a compreensão da integralidade da atenção não poderá resultar unicamente de sua organização técnica baseada no saber biomédico na construção das políticas de saúde, mas como prática social.

1.4 Recursos Financeiros do SUS

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), na gestão dos recursos financeiros do SUS, devem ser considerados focos de abordagem as fontes de captação de recursos e suas formas de repasse, de tal modo que exponha de maneira mais elucidativa a aplicação dos recursos e sua utilização. O orçamento público é considerado um instrumento essencial de atuação do poder legislativo no direcionamento e fiscalização dos recursos públicos e no processo de formulação de políticas públicas e acompanhamento de sua implementação.

Os gastos com saúde no Brasil, de acordo com Bertolli (2002), são bastante inferiores aos de países que, por exemplo, se encontram no mesmo patamar de desenvolvimento do Brasil, caracterizando gastos ineficientes extraídos através dos recursos públicos. Estes recursos vêm muitas vezes a beneficiar pessoas isoladamente, ao invés da população como um todo e, geralmente, estão concentrados no pagamento de tratamento em hospitais de alto custo em detrimento de programas básicos de saúde e ações sobre a coletividade e o meio, como imunização, cuidados pré-natais, controle de enfermidades transmissíveis e fiscalização sanitária.

No processo para implantação do SUS, questões como estas são tratadas de forma relevante no planejamento e administração das ações de saúde nos Municípios.

Com a criação de um Fundo Especial de Saúde nos Municípios, provoca profundas modificações, trazendo como consequências a necessidade para os órgãos municipais de saúde de se capacitarem para a correta aplicação dos padrões e normas da legislação referente ao uso dos recursos públicos, bem como para melhoria da qualidade das informações sobre a gestão.

O critério para o estabelecimento de prioridades para alocação dos recursos financeiros, além da orientação programática, obedece essencialmente aos critérios epidemiológicos. Porém estes recursos financeiros só poderão ser movimentados sobre a orientação e supervisão do Ministério da Saúde, que terá sobre o mesmo o controle dos recursos destinados ao Estado e Município. É importante ressaltar que na Constituição do Brasil, não estão assegurados o percentual que deve ser investido com a saúde. No caso da política voltada para área social, refere-se a políticas públicas destinadas a áreas afins como: saúde, habitação e educação. A Constituição Federal também contempla um dos componentes da seguridade social, que compreende a previdência e a assistência social, segundo o artigo 198, parágrafo único: “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”(Brasil, 1988).

A responsabilidade sobre o financiamento do SUS, segundo o Ministério da Saúde (2004), está normatizado pela Emenda Constitucional nº 29, nas três esferas de governo, que estabelece ainda a destinação específica mínima distribuída pelas receitas municipais em torno de 15% e estaduais em 12%. Estipula também as despesas da União, tendo como base os recursos utilizados em 2000, sendo acrescidos da variação nominal anual do PIB (Produto Interno Bruto). Segundo os dados do SIOPS (Sistema de informação sobre orçamentos públicos de saúde), atualizados para o ano-base de 2003,

o gasto federal correspondente ao orçamento do Ministério da Saúde somou 1.75% do PIB. Ao contabilizar os gastos com as três esferas de governo, este percentual chega a se elevar para 3.45% do PIB, perfazendo um gasto médio de R\$ 303,00 por habitante ao ano. Desta forma é possível afirmar que o investimento público no Brasil, está ainda bastante limitado, diante os desafios sanitários e os propósitos para se construir um sistema universal, em que os princípios como a equitatividade, e integralidade possam ser de fato assumidos.

O SUS, de acordo com Bertolli (2002), tem ainda como finalidade garantir mediante a formulação e execução de políticas econômicas, sociais e científico-tecnológica, a redução do risco de doenças e outros agravos que interferem no bem-estar físico, mental e social da população, possuindo financiamento público, direção única em cada esfera de governo, quer seja federal, estadual e municipal. Na proposta do SUS, a comunidade tem participação com a condução e controle do sistema, com garantias para iniciativa privada de realizar serviços de assistência à saúde na forma da lei. Cabe ainda ao SUS exclusivamente a execução da vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras.

Em 1995, foi utilizado pelo governo brasileiro, como fonte alternativa para arrecadar recursos financeiros, que deveriam ser utilizados basicamente como fonte financiadora para o SUS, o chamado “imposto sobre o cheque”, ou Contribuição provisória sobre movimentação financeira, a CPMF. A proposta era a aplicação destes recursos no combate das fraudes e irregularidades; revalorizar os procedimentos; reduzir a mortalidade infantil; combater o elevado número da malária, e erradicar a dengue. Segundo o economista brasileiro Mailson da Nóbrega⁵, esta forma de tributo, recolhia até o dia 31 de dezembro de 2007, o equivalente a 0.38% de todos os saques, depósitos

⁵ Mailson da Nóbrega, foi ministro da Economia (1987-1990) no Governo Sarney.

e transferências bancárias realizadas em qualquer estabelecimento bancário do país. Foi criado em 1993, na época com o nome de Imposto provisório sobre movimentação financeira, e possuía uma alíquota de 0,25%, cujo objetivo principal era o de financiar toda a rede de saúde pública no Brasil. Este modelo de imposto, foi extinta em 1994, e reaparecendo em 1996, já com o nome de CPMF com alíquota de 0.25%. Foi prorrogado em 1999 com alíquota subindo para 0.38%. Esta taxa de imposto chegava a alcançar o equivalente a 40 bilhões de reais por ano, ou 7 % da receita fiscal prevista para o ano de 2008. Porem o seu repasse que deveria ser destinado a saúde, era realizado da seguinte forma: 2% para o Ministério da Educação, 40% para o Ministério da Saúde, 20% para o Ministério da Previdência, e 38% para pagamento de juros da dívida pública.

1.5 Lei nº. 8080 – Orgânica de Saúde

Paralelo a constituição, e ao mesmo tempo regulamentando esta mesma constituição, aparece em 19 de setembro de 1990, a Lei (nº. 8.080) Orgânica da Saúde (LOS), que é considerado como o principal instrumento jurídico na garantia do direito social para os indivíduos e a comunidade, tratando do processo de descentralização das competências nas diferentes esferas de governo, e da organização do sistema (Santos, 1995). Esta descentralização é considerada como a transferência da gestão, da execução de ações e da prestação de serviços de saúde da União e dos estados para os municípios. É também chamada de municipalização da saúde. Também é promulgada a lei de nº. 8.142 de 28 de dezembro, versando sobre a participação da sociedade, além dos mecanismos de transferência de recursos financeiros à demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal.

Sobre a Lei nº 8080, esta dispõe ainda sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, de acordo com a legislação vigente. Regulamenta também as ações relativas à saúde do trabalhador, incluindo a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, assistência aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, que são de responsabilidade do SUS. De acordo com a Lei nº. 8080, o Município para celebrar contratos e convênios com serviços privados de saúde, terá direito de contratar e avaliar sua execução. Esta lei ainda define princípios e diretrizes para o SUS, e tem as seguintes determinações:

Disposição preliminar

Artigo 1.º A Lei nº. 8080 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Artigo 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

XI – elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.

Artigo 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema único de Saúde – SUS quanto às condições para seu funcionamento (Brasil, 1988).

Confirmando o impacto da Lei Orgânica da Saúde sobre a sociedade, Santos (1995, p.46) faz ainda a seguinte citação:

Realmente, quando o § 1º do artigo 2º explica que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, é evidente que a regulamentação, fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde abrangem, como afirma o seu artigo 1º as ações e os serviços de saúde executados, em todo o território nacional, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público e de direito privado.

Esta citação é relevante quando se observa que o SUS é também responsável na elaboração de normas para regular as atividades em saúde (artigo 15, XI) e no capítulo I do Título III a Lei Orgânica de Saúde fala exclusivamente do funcionamento dos serviços privados da assistência a saúde.

A partir daí, a operação do sistema é tratado por meio de portarias do Ministério da Saúde, as chamadas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), sendo expedidas a partir dos anos de 1991, 1992, 1993, 1996, e mais recentemente também foram promulgadas as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) de 01/2001 e 01/2002, que tratam especificamente do regionalismo da assistência. Para uma melhor compreensão do texto, a sigla NOB (Norma Operacional Básica), deve ser entendida, como o instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS). Até o momento, foram editadas as NOBs de 1991, 1992, 1993, e 1996, sendo que a área de recursos humanos nunca foi objeto de normatização nas referidas NOBs.

1.6 O papel do Município no SUS

O sistema Municipal de saúde, de acordo com a configuração do Ministério da Saúde (2000) para o SUS, é composto da seguinte forma:

- Um conjunto de leis, normas e regulamentos que devem constituir o arcabouço jurídico do SUS, para os níveis federal, estadual, e municipal.
- Deve possuir diretrizes fixadas na política para o âmbito do município.
- Deve ser composto por órgãos que representem a administração central, como a secretaria municipal de saúde⁶, alem dos seus dirigentes.
- A sua rede física deve ser formada pelas unidades de saúde, composta pelos centros de saúde, hospitais, e laboratórios.
- Possuir recursos humanos, financeiros, materiais e técnicos existentes.
- Prever também a participação de usuários através da participação pelas Conferências Municipais, e Conselho Municipal de Saúde.

O Sistema Municipal de Saúde é, portanto uma organização conseqüente com a compreensão de que as ações de saúde resultam em uma definição política, reconhecendo no Município o poder adequado para sua implementação. Pode também ser visto como a base da organização gerencial do SUS.

Com a municipalização tem-se assegurado como uma opção política, para democratizar o setor de saúde para o acesso ao processo decisório, aproximando-o da população, respeitando a organização político-administrativa para o Estado Brasileiro, preservando a autonomia Municipal. Desta forma cada Município deverá dispor de uma legislação específica integrante da sua própria Lei Orgânica.

⁶ A Lei nº 8.080/90 regulamentou através da Constituição Federal as questões de saúde, estabelece no seu artigo 9º que a direção do SUS deverá ser exercida no âmbito Municipal por uma Secretaria de Saúde.

O gestor do sistema Municipal de Saúde desenvolve papel considerado complexo, para implementar e desenvolver um modelo assistencial em bases políticas, gerenciais e técnicas diferenciadas para outras experiências realizadas no passado, devendo para isto articular-se com outros órgãos, como estaduais e federais, visando o desenvolvimento de planos, programas e projetos que deverão ser executados pelo Município.

A proposta hoje adotada pelo Ministério da Saúde para um modelo de saúde no Brasil, está na adoção da estratégia da saúde da família e de agentes comunitários de saúde, visando com isto contribuir para a construção de um modelo assistencial que tenha como base a atuação no campo da vigilância da saúde. Este programa foi iniciado em 1994, com objetivos ainda de desenvolver um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltada para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento das enfermidades e a reabilitação das pessoas. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, este programa quando funcionando adequadamente é capaz de resolver com qualidade cerca de oitenta e cinco por cento (85%) dos problemas de saúde da população alvo em qualquer município pertencente aos estados da federação brasileira.

Assim, é possível verificar, segundo o Ministério da Saúde (2002), diversos avanços no Sistema de Saúde Brasileiro através do SUS, buscando principalmente organizar a atenção através da integralidade da atenção, se fazendo necessário que os profissionais de saúde engajados neste processo, concretizem a integralidade com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento, e a recuperação da saúde de uma população adstrita, com grande potencial organizador sobre os outros níveis do Sistema de Saúde. É importante que a pactuação dos indicadores tenha atenção especial dos gestores municipais, pois esse será um dos critérios para avaliação d habilitação dos

municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA) e da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). O Ministério da Saúde (2002), afirma que é importante ressaltar que a riqueza de todo o processo para discussão e implantação da NOAS 01/2002 deve tornar-se também um momento de reflexão e avaliação da Atenção Básica e de todo o potencial existente nesse nível, para efetivar mudança do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

Finalizando, segundo o Ministério da Saúde (2002), desde a Reforma Sanitária em curso no País estabelecida pela sociedade na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e com a implantação oficial do Programa de DST/AIDS em 21/12/1995 pelo Ministério da Saúde, a integralidade assume relevância desde as primeiras discussões para a implantação deste programa. Foram estabelecidas diretrizes e ações de intervenção, definindo as responsabilidades dos diversos níveis da esfera governamental, junto à rede pública do SUS (SUS), com a implantação de serviços alternativos à assistência convencional, através de conceitos individualizados de níveis de atenção, visando a obtenção da melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Torna-se pertinente, portanto, analisar a prática da integralidade no âmbito de uma unidade de saúde do Município de João Pessoa no contexto de doenças crônicas, como a Aids que constitui a base do presente estudo, em cujo programa estão previstos ações de saúde, tais como:

- Promoção de ações frente a atores que trabalham com uma população de grau de risco.
- Monitoramento da situação dos infectados através de um sistema de informação, como referencia e contra referencia.
- Apoio a pessoas vivendo com HIV/Aids no âmbito da comunidade de referencia.
- Incentivo a educação continuada para população da área confinada, como estratégia de prevenção a Aids.

CAPÍTULO II

A atenção às doenças crônicas: o caso da AIDS

CAPÍTULO II

A ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS: O CASO DA AIDS

A pandemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e da síndrome da imunodeficiência humana no ano de 2008 está completando 28 anos em todos continentes. Nesta ocasião, com a passagem do século XX para o XXI, a Aids está assumindo outra característica, que é a condição de doença crônica, mudando o antigo quadro de doença terminal, provocando ainda como consequências a mudança de status do convívio da sociedade com a Aids. Segundo Galvão (2002), delineando um quadro nosológico, a Aids hoje é considerado um dos maiores problemas de saúde pública já enfrentados pela humanidade, tendo como mais grave o fato de atingir preferencialmente grupos minoritários, geralmente em países sem acesso a medicamentos ou profissionais de saúde, levando a um alto índice de mortalidade.

Desde que o primeiro caso de AIDS foi identificado no mundo, no inicio dos anos 80, segundo os dados do Ministério da Saúde (2006), trinta e sete milhões de pessoas vivem com o vírus da Aids. Em alguns continentes, como por exemplo no Leste Europeu, a Rússia ocupa uma posição de destaque em número de infectados, com 860 mil registros, com uma tendência do aumento de casos para pessoas do sexo feminino. Outro dado estatístico relevante está no fato de que 35.7 milhões de pessoas infectadas são adultos com idade entre 15 e 49 anos, e destes 47.61% são mulheres.

Estima-se que mais de 80% das pessoas infectadas com o HIV vivem nos países pobres ou em desenvolvimento, cuja disseminação do vírus ocorre por via sexual em 80% dos casos (70% vaginal e 10% anal) e que ainda dois milhões de pessoas morrem todo ano devido a Aids (Roitt, 2004). No Brasil, a epidemia da Aids tem sofrido

transformações epidemiológicas significantes, caracterizando-se pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização.

De acordo com Alves e Ramos (2002), a Aids representa um grande desafio para ciência moderna, criando vítimas em países pobres do terceiro mundo, tanto quanto entre habitantes de nações poderosas no mundo considerado tecnicamente desenvolvido. Sem existirem imunidades para privilegiados sociais: ricos, pobres, brancos, negros, analfabetos, intelectuais, profissionais liberais, enfim, todos são potenciais vítimas dessa doença. Apesar de inúmeras pesquisas, não existe ainda nenhum caminho seguro para chegar a uma vacina para a Aids.⁷

No Brasil a epidemia manteve-se no inicio dos anos 80, restrita aos Estados do Sudeste, Rio de Janeiro e São Paulo, tendo sido notificados, segundo os dados do Ministério da Saúde (2007), 474.273 casos acumulados entre 1980 a 30 de junho de 2007. Embora as Regiões Sul e Sudeste ainda concentrem o maior número de casos, a Aids se disseminou pelo país, com o Nordeste se constituindo hoje na terceira região com maior proporção de casos, apresentando 10,4% do total de casos do país. A evolução do número de casos notificados no Brasil, desde o inicio da epidemia na década de 80 até outubro de 2006, pode ser observada no mapa abaixo.

FIGURA 1. Epidemia da AIDS no Brasil, período de 1980 – 2006



Fonte: Secretaria de Saúde de João Pessoa

⁷ Afirmação feita pelo ganhador do prêmio Nobel de medicina, David Baltimore. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/David_Baltimore.

Com relação à região Nordeste, a Paraíba ocupa o quinto lugar em número de casos, com 3.481 notificações registradas pela Secretaria de Saúde do Estado. Pode ser observado também, segundo o Coordenador Estadual de DST/Aids, Ranulfo Cardoso Jr., uma tendência crescente importante na série histórica de 1985 a 2006, variando de 5 casos em 1985, para 198 em 2005. A tabela abaixo faz uma comparação de todos os estados da região nordeste, por ordem de incidência de casos de AIDS registrados.

TABELA 2. Distribuição das notificações e percentuais, pelos estados do nordeste no período de 1980 a 2006

ESTADO	N	%
BAHIA	11.799	2.3%
PERNAMBUCO	11.521	2.2%
CEÁRA	8.019	2.0%
MARANHÃO	4.892	0.9%
PARAÍBA	3.177	0.8%
ALAGOAS	2.342	0.6%
RIO GRANDE DO NORTE	2.316	0.6%
PIAUI	2.023	0.5%
SERGIPE	1.662	0.4%
Total	47.751	10.3%

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

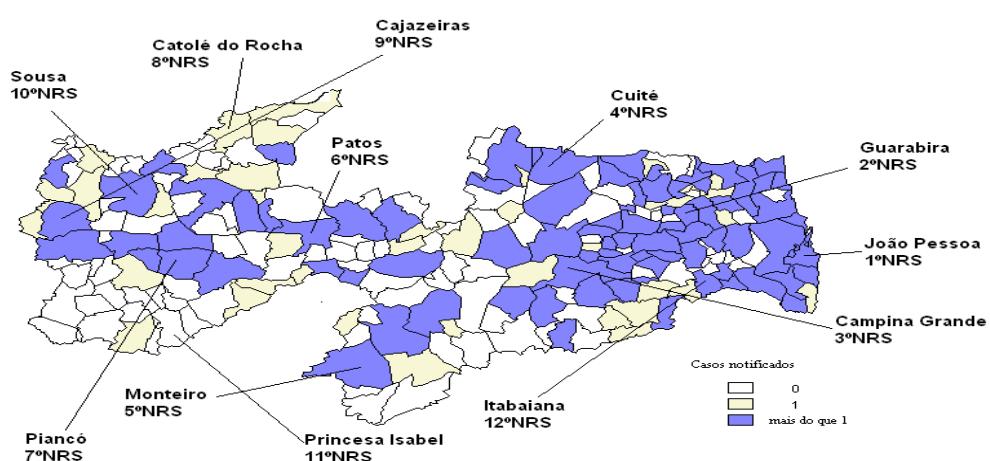
O panorama da epidemia da Aids na Paraíba, segundo dados adquiridos junto ao sistema de vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (2004), apresenta casos notificados nas cidades pertencentes aos 12 núcleos regionais de saúde, com um total desde junho de 1985, até novembro de 2007 de 3.481 casos. A análise da ocorrência da doença por gênero, revela que para os homens existe uma predominância, apresentando um número de casos crescente em toda a série histórica,

com maior número de casos na faixa etária acima dos 30 anos. Verifica-se um aumento no número de casos em mulheres, evidenciado pela redução da razão por sexo (Homem/Mulher), passando de 10/1 (10 casos masculinos, para 1 caso feminino) no ano de 1988, para 2/1, ou seja, 2 casos masculinos para um caso feminino, a partir de 1999, e se mantendo até 2007, traduzindo uma acentuada feminização da epidemia .

Os dados apresentados pela coordenação de vigilância epidemiológica, ainda indicam perfil de baixa escolarização (64,7% não possuem nenhum nível de escolaridade, ou apenas 5 anos), transmissão sexual (77%) e 969 casos de óbitos registrados, até outubro de 2006, representando 38,9% dos casos.

Neste período, foi notificado pelo menos um caso de Aids em 139 dos 223 municípios do Estado, com maior incidência nas seguintes cidades: João Pessoa (29,7%), Campina Grande (21,1%), Cabedelo (10,2%), Bayeux (1,8%). Semelhante ao contexto nacional, evidencia-se a interiorização da epidemia na Paraíba, conforme pode ser observado na figura 2.

Figura 2. Municípios da Paraíba, sedes dos 12 Núcleos Regionais da Secretaria de Saúde do Estado. Municípios que apresentaram 1 caso de Aids ou mais notificados



Fonte: Secretaria de Saúde de João Pessoa

Para a Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (s.d.), é também preocupante o fato da estrutura de saúde hoje possuir número de leitos disponíveis reduzido, serviços de referências ainda inadequados, sem estrutura e escassos, para atender portadores e pacientes soroconvertidos. Aliados a tudo isto, de acordo com a coordenação de DST/Aids do Município de João Pessoa, apesar de todo trabalho de divulgação utilizado pela mídia, as informações técnicas sobre biossegurança, ou seja, os procedimentos considerados essenciais que devem ser adotados pelo sistema de saúde, são considerados inadequados.

2.1 Ações de prevenção e assistência às DST/AIDS na rede de atenção básica

O modelo assistencial de saúde do Brasil, para Galvão (2002), contempla a assistência integral à saúde, a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo a assistência em HIV/Aids. Entretanto, existe, ainda, um grande esforço desse serviço de referência para que os indivíduos infectados pelo HIV possam aderir ao tratamento, sendo necessária uma atenção conjunta e integrada dos vários serviços do SUS que atendem esse contingente, principalmente das unidades básicas de saúde.

O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST-AIDS a partir do inicio dos anos 90, com o recrudescimento da Aids em todos os Estados Brasileiros, e com o apoio do Governo Brasileiro, estabeleceu normas e condutas técnicas, e passou a monitorar o funcionamento e o perfil da rede de serviços de assistência especializada, para portadores do HIV, oferecendo suporte técnico para uma melhor qualidade de vida, através da qualificação técnica e política de medicamentos em todos os Estados da Federação. Para isto, segundo o Ministério da Saúde (2004), foram estabelecidas diretrizes e ações de intervenção, nos diversos níveis de ação da esfera governamental,

usando para este fim a rede pública do SUS, aliado a um programa alternativo de assistência.

A política de medicamentos do Ministério da Saúde foi normatizada com condutas terapêuticas, que prevê a distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais, reconhecida por outros países pelo efetivo controle na qualidade de vida para pacientes soropositivos e considerado um avanço bastante significativo no atendimento assistencial para estes pacientes. Outro fator também relevante nas ações básicas do atendimento para Aids, ocorreu com a inclusão dos grupos de procedimentos para tratamento do HIV (protocolos) no sistema de informações hospitalares (SIH), facilitando assim a participação do programa de prevenção e assistência a portadores do HIV na rede hospitalar, além da capacitação de profissionais de saúde nos serviços de referência para Aids, como também o ingresso de todas as universidades conveniadas com o Ministério da Saúde.

Foi, ainda, criado pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/AIDS, no final dos anos 90, um novo modelo de assistência a portadores do HIV, desenvolvido pelos estados e municípios, como Programa de Alternativas Assistenciais, baseado em projetos de implantação de serviços alternativos à assistência convencional, apresentando conceitos individualizados, nos diversos níveis de atenção, resolutibilidade diagnóstico-terapêutica, com mecanismos de referência e contra-referência, com os serviços da rede pública. Assim surge o Serviço de Assistência Especializada (SAE) para o atendimento para o nível ambulatorial; o Hospital-Dia (HD); e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADI).

Este novo modelo de assistência direcionado para pacientes com Aids, hoje em plena atividade na maioria dos estados brasileiros, é desenvolvido por equipes multidisciplinares, formadas por um médico, de preferência infectologista, sendo

também admissível um generalista com capacitação técnica em DST/AIDS, odontólogo, enfermeiro, psicólogo e assistente social, cujo objetivo é proporcionar assistência em condições humanizada e de qualidade, sendo estendida na atenção integral ao paciente e familiares.

No Brasil, segundo dados da Divisão Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (2006), em seu Boletim Epidemiológico, os serviços públicos voltados para atenção básica, têm atendido preferencialmente a população de baixa renda, considerada como mais vulnerável ao HIV/AIDS. Pelas suas próprias características de regionalização, a unidade básica de saúde (UBS) permite um conhecimento das necessidades da população a que se destina e facilita seu acesso. Como porta de entrada do sistema, a UBS deveria levar resolubilidade a 80% das intercorrências, encaminhar para serviços especializados os casos de maior complexidade e acompanhar, programaticamente, grupos etários ou de pacientes crônicos.

É mister, portanto, que a UBS realize uma ação integrada com os serviços de referência em HIV/Aids, de forma a intensificar o acompanhamento dos indivíduos infectados. A colaboração entre os serviços de saúde ajudará a assegurar uma assistência contínua, o que significa que o indivíduo será acompanhado em todos os estágios, da prevenção da infecção ao tratamento. Os profissionais devem ser capacitados, permanentemente, quanto ao diagnóstico precoce das doenças associadas ao HIV, seu tratamento e competência para decidir sobre quando encaminhar os pacientes aos serviços especializados.

2.2 Profissionais de saúde e suas relações com portadores de DST/AIDS

Há algumas décadas atrás trabalhar com pacientes terminais era muito difícil para profissionais de saúde, pois havia muita resistência, preconceito, medo, e relutância, diante das mínimas possibilidades de sobrevivência. Naquele período o câncer por exemplo era uma palavra que poucos mencionavam abertamente, mesmo por profissionais de saúde, que ao serem questionados sobre o resultado de exames e consultas, normalmente usavam outros termos para substituí-la, como tumor ou nódulo, além disso, a informação sobre o quadro clínico do paciente terminal era para família e nunca para o doente (Kubler-Ross, 1988). Entretanto este quadro mudou diante de milhares de artigos e livros sobre doenças como a Aids, dando espaço a subespecialidades como a tanatologia levando a que pacientes e profissionais de saúde hoje conversam mais sobre a morte. Com relação à prática,

a Aids trouxe consigo a reformulação das estruturas em saúde já estabelecidas, caracterizadas pela prática do modelo médico tradicional, inclusive pela necessidade de atender ao paciente como um todo. Trouxe também a necessidade de o profissional se deparar com questões afetivas e sociais, como depressão, drogadição, homossexualidade, traição, promiscuidade, morte, etc.(Coutinho, & Saldanha, 2005, p. 192).

Neste sentido, de acordo com Brasil (1999), os profissionais que atuam na área de assistência a saúde, devem considerar o HIV/Aids não apenas um único desafio na sua rotina de trabalho, mas todo um complexo voltado para enfermidades bio-psico-social, baseado em dois princípios norteadores: prover cuidados adequados e humanizados à grande demanda de doentes e adotar normas técnicas corretas de

biossegurança. Afirma ainda que os profissionais de saúde no Brasil tem usado práticas de medidas de biossegurança extremamente conservadora ou desordenadas, e considera como mais grave, à rejeição pelos profissionais de saúde quando o indivíduo se declara como infectado pelo HIV.

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diversas áreas capazes de desenvolver diferentes disciplinas, ou seja, além das ligações tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas, assim a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral de resolutividade (Ministério da Saúde, 2002).

Outro grave problema encontrado pelos profissionais de saúde no atendimento a pacientes com HIV/Aids, está na adesão ao tratamento diante dos efeitos colaterais aos medicamentos prescritos, pelo número elevado da dosagem apresentada, dos horários inoportunos, além de outras situações que contribuem para o baixo nível de tolerância (Chesney, Morin e Sherr 2000). Segundo este autor, estes problemas podem ser minimizados quando o paciente desenvolve uma relação de confiança com o profissional, adquirindo assim o apoio psicossocial em situações consideradas como significativas. Obtendo uma boa história clínica junto ao paciente, ouvindo-o e discutindo com ele essas questões, o profissional estará demonstrando preocupação e cuidado com a sua saúde integral.

Uma reflexão que surge com o HIV, mas que também pode ser adequada para décadas anteriores onde outras enfermidades também causavam pânico, como por exemplo os tumores malignos (câncer), está na necessidade de uma mudança no perfil que era apresentado a sociedade pela figura do médico, antes considerado como uma

autoridade que impõe, determina, sem necessariamente assistir ao paciente como um todo, que também pensa, sofre, sorri, que possui laços afetivos e sociais, e que por isto não podem ser simplesmente ignorados. Para Alves e Ramos (2002), só através da observação direta do fenômeno, partindo das próprias experiências pessoais vividas e ainda indo a campo, junto aos sujeitos afetados por estes fenômenos que se quer conhecer melhor, é possível aprender com eles sobre o problema. Saldanha (2003) afirma que “tal fato faz emergir o despreparo e a desorientação que envolve os profissionais de saúde no trato psicossocial da doença, enquanto o tratamento clínico é favorecido por constantes descobertas”.

O manual de condutas publicado pelo Ministério da Saúde (2002) faz as seguintes recomendações no manejo do atendimento clínico do serviço público para pacientes que procuram serviço:

Para qualquer usuário dos serviços públicos, todo paciente soropositivo para o HIV ou com Aids deve ser atendido da melhor forma possível, sempre, com o objetivo principal de promover a melhoria da sua qualidade de vida. Invariavelmente, o plano de tratamento a ser executado deverá considerar e integrar-se à história médica do paciente. (p.12).

Sendo assim, o melhor atendimento de rotina repousa na capacidade de tratar o paciente com segurança, independentemente de um conhecimento prévio da sua sorologia para o HIV/Aids ou qualquer outra infecção. Desta forma, profissionais ou pacientes devem estar conscientes, do direito à vida, ao trabalho, e ao lazer, procurando junto a sociedade, métodos que venham a viabilizar e nunca obstaculizar planos e sonhos, evitando descaso ou acidentes ocupacionais.

CAPÍTULO III

Objetivos e Hipóteses

CAPÍTULO III

Objetivo Geral:

- Analisar as práticas de integralidade da atenção à saúde a partir das percepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de João Pessoa - PB

Objetivos Específicos:

- Identificar as competências gerais dos profissionais de saúde
- Apreender as concepções de saúde entre os profissionais da UBS.
- Identificar as concepções de integralidade da assistência à saúde entre os profissionais da UBS
- Identificar os fatores dificultadores e facilitadores da garantia da integralidade na percepção dos Profissionais de Saúde
- Analisar a atenção ao HIV/Aids pelos profissionais da UBS
- Avaliar a articulação da UBS com os serviços de assistência especializada em HIV/Aids

Hipóteses:

- Os profissionais de saúde não identificam suas competências no contexto de atendimento proposto pelo SUS.
- As concepções sobre saúde dos profissionais de saúde ainda não são representativas da proposta do SUS.

- A prática da integralidade não é compreendida pelos profissionais de saúde.
- Por não tratar-se de serviço de referência, os profissionais de saúde da UBS não fazem atendimento aos pacientes soropositivos.
- A articulação da UBS com os serviços de referencia e contra referencia para o HIV/AIDS, não é efetiva.

CAPÍTULO IV

O MÉTODO

CAPÍTULO IV - MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva, utilizando abordagem quantitativa e qualitativa, com profissionais de uma unidade básica de saúde (UBS), pertencente ao quadro da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

O uso de um estudo exploratório, segundo Gil (2002), tem como objetivo principal, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com a finalidade de formular problemas ou hipóteses como maneira de buscar uma solução. Desta forma o pesquisador aumenta sua experiência acerca de um determinado problema.

Na pesquisa qualitativa, segundo Martins e Bicudo (1999), procura-se adquirir uma compreensão particular no que se estuda, devendo ser analisada como uma forma usada na aquisição de uma variedade de recursos e técnicas, possibilitando ao pesquisador substituir correlações estatísticas por descrições individuais e as conexões causais objetivas por interpretações subjetivas nascidas com experiências ocasionadas pelo sujeito do estudo.

4.2 - *Locus*

Atualmente a Secretaria de Saúde do Município se encontra com suas ações de saúde e administração descentralizada, estando dividida em cinco Distritos Sanitários envolvendo todos os bairros de João Pessoa, cujas sedes estão assim localizadas: Distrito Sanitário I no bairro de Cruz das Armas, Distrito Sanitário II no bairro do Cristo, Distrito Sanitário III em Mangabeira, Distrito Sanitário IV no bairro dos Estados, e por último o Distrito Sanitário V no Jardim Luna. Este estudo está voltado

para uma unidade de saúde, pertencente ao IV Distrito Sanitário. De acordo com a Secretaria de Saúde, estes Distritos são ainda responsáveis pela manutenção e instalação de equipamentos, medicamentos, supervisão e capacitação técnica dos profissionais de cada unidade de saúde que compõem os seus organogramas. Este modelo de saúde é hoje adotado no Brasil como um processo progressivo de planejamento e gestão de saúde para áreas acima de cem mil habitantes.

O centro de saúde *lócus* do estudo atende a uma clientela formada pelo próprio bairro e áreas circunvizinhas, sendo considerada como uma das maiores unidades de saúde do quadro da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa. Funciona nos três turnos. Segundo dados do Boletim Epidemiológico fornecido pela Coordenação de DST/AIDS da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, este Centro registra alta incidência de portadores de DST/Aids.

4.3. Amostra

A amostra foi composta por 20 funcionários, representantes das categorias de profissionais de saúde de nível superior ($N = 11$) e nível médio produtivo ($N = 09$), de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de João Pessoa - PB. O quadro funcional desta unidade é formado por trinta e nove funcionários, dos quais dez foram excluídos por atuarem em serviços administrativos ou como auxiliar de serviço, não prestando serviço direto ao usuário e outros nove por não possuírem vínculo empregatício com a Secretaria de Saúde do Município, estando, portanto a disposição do centro de saúde, por um período que raramente ultrapassa três meses.

A amostra deste estudo foi caracterizada com média de idade de 43,4 anos ($DP = 14,1$ e amplitude de 20 a 69 anos), sendo a maioria (85%) do gênero feminino,

casados (50%), escolaridade superior (70%) e renda entre R\$1.000, 00 e R\$ 3.000,00.

Metade da amostra possui uma segunda fonte de renda.

Em relação às condições de trabalho na UBS, 60% avaliam como ruim, no entanto 85% afirmam estar satisfeitos com sua capacidade de desempenho e 55% fazem cursos de atualização.

Tabela 3 – Caracterização da Amostra e Características Profissionais

Características		Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
		N	%	N	%	N	%
Faixa Etária	20 – 30 anos	05	25	-	-	05	100
	31 – 40 anos	01	05	-	-	01	100
	41 – 50 anos	09	45	07	78	02	22
	51 – 60 anos	02	10	01	50	01	50
	61 – 69 anos	03	15	03	100	-	-
Sexo	Feminino	17	85	10	59	07	41
	Masculino	03	15	01	33	02	67
Estado Civil	Casado	10	50	08	80	02	20
	Separado/Divorciado	10	50	03	30	07	70
Faixa Salarial (R\$)	500, – 1.000, 1.001, - 3.000,	08	40	-	-	08	89
		12	60	11	100	01	11
Função Nível Superior	Médico	04	20				
	Enfermeiro	03	15				
	Odontólogo	02	10				
	Assistente Social	01	5				
	Nutricionista	01	5				
Nível Médio	Aux. de Enfermagem	02	10				
	Aux. de Laboratório	01	5				
	Aux. de Dentista	01	5				
	Técnico Imunização	01	5				
	Técnico Esterilização	01	5				
	Recepção	02	10				
	Notificador	01	5				

Características Profissionais							
Condições de Trabalho	Bom	09	45	04	44	05	55
	Ruim	11	55	07	64	04	36
Capacidade de Desempenho	Satisfatório	17	85	10	59	07	41
	Insatisfatório	03	15	01	33	02	67
Atualização	Sim	11	55	05	45	06	55
	Não	09	45	06	67	03	33

4.4 Instrumentos

Para a realização da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sócio demográfico, questionário sobre competências gerais e entrevista semi-estruturada.

Questionário bio-demográfico e profissional: contendo perguntas fechadas, com as seguintes variáveis: estado civil, idade, nível de escolaridade, gênero, faixa salarial, função junto a UBS, fontes de emprego. Além destas questões, ainda foram questionados sobre dados funcionais e motivacionais (Anexo 1).

Questionário sobre Competências Gerais: elaborado por Gontijo (2007), fundamentado nos referenciais de competência e atenção primária em saúde articulados aos princípios do SUS. Possui 8 itens referentes à Criatividade, Gerenciamento e Organização, Humanização, Interação e Liderança, Promoção e Educação em Saúde, Segurança e Confiança, Trabalho em Equipe Multiprofissional. As respostas são dadas em uma escala do tipo Likert variando de discordo totalmente (1) à concordo totalmente (5) (Anexo 2).

Entrevista: semi-estruturada a partir de questões norteadoras e estruturadas com o intuito de averiguar as percepções destes profissionais acerca do trabalho realizado na UBS, suas atitudes e representações diante do atendimento às DST/Aids (Anexo 3)

Este modelo de entrevista, segundo Farr (como citado em Bauer & Gaskell, 2003), tem como característica tratar-se “(...) essencialmente uma técnica, ou método, para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas, ou pontos de vista sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista” (p.65). O objetivo da entrevista qualitativa para Bauer e Gaskell (2003) é uma compreensão entre os atores e sua

situação mediante o objeto pesquisado, fornecendo também uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

4.5 Procedimentos

Inicialmente o projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sendo autorizada a realização deste estudo. Foi também formalizado o contato inicial junto aos gestores da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, e a direção do Centro de Saúde, tendo sido explicitado os objetivos e a importância para o desenvolvimento da pesquisa e obtida a aceitação para pesquisa.

O procedimento de coleta seguiu os seguintes passos:

- Após o consentimento livre por parte dos sujeitos, de acordo com a resolução 196/95 do Ministério da Saúde, no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido e ainda os aspectos éticos da pesquisa por envolver seres humanos, iniciou-se a aplicação dos instrumentos.
- Foi levada em consideração a disponibilidade dos seus participantes, sendo os mesmos informados sobre a importância da pesquisa, ressaltando o seu caráter confidencial, além da garantia de total sigilo das informações, sendo redigido documento com consentimento expresso assinado pelo pesquisador e cada um dos participantes da pesquisa.
- Os instrumentos foram aplicados em espaço cedido pela direção do Centro de Saúde, individualmente, de forma aleatória, sem tempo definido.

- Os dados foram registrados manualmente com o uso de uma caneta e de um gravador, com intervenção mínima por parte do aplicador nas respostas dadas, minimizando assim a possibilidade de viés de resposta.

4.6 Tabulação e análise dos dados

Os dados Bio-Demográficos e Profissionais, bem como o Questionário de Competências Gerais foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude).

As respostas às questões abertas da entrevista foram analisadas quanto aos temas, categorias e subcategorias identificados, com base em recursos metodológicos sugeridos por Bardin (2002), para análise de conteúdo.

Para a composição das categorias foram utilizadas como eixos de referência as principais questões norteadoras das entrevistas. Após a organização das respostas em eixos principais, realizou-se a identificação das unidades de análise, que correspondiam aos trechos das respostas dos participantes. É importante ressaltar que a resposta a uma questão específica podiam ser divididas em diferentes unidades de análise, sendo assim, um mesmo participante poderia apresentar unidades de análise com conteúdos equivalentes, em momentos diferentes da entrevista. Em seguida, as unidades de análise foram agrupadas em categorias, levando-se em conta o significado comum.

4.7 Aspectos éticos

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Foi solicitado às participantes que assinem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Anexo 4).

O documento explicita a solicitação para participação no estudo e gravação da entrevista, por via escrita (assinada), informando, ainda, que o consentimento garante ao entrevistado o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso implique em constrangimento de qualquer ordem.

RESULTADOS

CAPÍTULO 5 - RESULTADOS

5.1 Identificação das competências gerais dos profissionais de saúde

Para melhor entendimento, as competências gerais utilizadas neste estudo foram agrupadas por Gontijo (2007) de acordo com a Resolução 04, de 08/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (Brasil, 2000), que explicita as competências profissionais da área da saúde subdividindo-as em: técnicas; organizacionais ou metódicas; comunicativas; sociais; pessoais; do cuidado; de serviço e; sócio-políticos. A tabela 4 apresenta os níveis de competência, categorias de capacidades e habilidades, as competências utilizadas neste estudo e sua descrição.

Tabela 4 – Competências utilizadas neste estudo, sob a perspectiva dos níveis de classificação e categorização das capacidades e habilidades estabelecidas pela Câmara de Educação Básica (Res. 04/1999)

Níveis	Categorias de Capacidades e Habilidades (Res. 04/1999)	Competências utilizadas neste estudo	Descrição fornecida ao profissional de saúde
Competências Técnicas	A capacidade de dominar o conteúdo das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica do trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar as informações.	Promoção e Educação em Saúde	Desenvolver ações contínuas de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e orientações gerais sobre os serviços de saúde disponíveis, junto aos usuários, equipe de atendimento, grupos prioritários de atenção e a população em geral. Utilizar diferentes espaços da comunidade (escolas, creches, igrejas, dentre outros locais), em busca do cumprimento das metas da OMS e da contribuição para a melhoria da consciência sanitária, o auto-cuidado e da qualidade de vida e de saúde da população.
Competências	A capacidade de compreender e se	Interação e Conhecimen	Conhecer-se e interar-se da comunidade em que atua,

de Serviço	<p>indagar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados.</p>	<p>to da Comunidade onde atua</p> <p>Trabalho em equipe multiprofissional</p>	<p>inclusive trabalhar junto às lideranças locais e conselhos de saúde, para alcançar resultados satisfatórios, a participação popular e o controle social.</p> <p>Promover a divisão de responsabilidades, cultivar o trabalho em equipe, a boa relação interpessoal, o suporte mútuo entre os profissionais e o esforço conjunto para traçar os objetivos traçados (e não os próprios interesses), tendo em vista a alta demanda e as necessidades acumuladas da atenção. Acrescenta-se a isto, atender as necessidades dos usuários em equipe, respeitando os princípios do SUS, praticando a equidade e a integralidade de ações, de forma produtiva, resolutiva e com aumento de cobertura.</p>
Competências Pessoais	<p>A capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima, atributos que implicam no desenvolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.</p>	<p>Liderança</p> <p>Segurança e Confiança</p> <p>Criatividade com iniciativa e flexibilidade</p>	<p>Comunicar-se com clareza, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e motivando todos do grupo. Reconhecer o momento certo para agir adequadamente e ter disponibilidade para assumir compromissos junto à equipe de trabalho.</p> <p>Agir de forma segura, firme, confiante e competente, aliando-se ao usuário e à equipe, favorecendo a colaboração máxima aos procedimentos e tratamentos prescritos.</p> <p>Possuir visão estratégica, iniciativa, flexibilidade e criar soluções e novas alternativas para melhor resolver a diversidade de desafios e situações imprevistas presentes na atenção básica e também frente às subjetividades e reações</p>

			diversificadas dos indivíduos.
Competências do Cuidado	A capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida.	Humanização	Acolher, escutar, examinar, investigar, e tentar resolver ou conduzir os problemas junto com os usuários do serviço de saúde, com respeito e dignidade. Respeitar os valores, crenças, valores culturais e morais do usuário. Ter atitude comprometida e visão integral do usuário na resolução ou conduta de seus problemas, através do encaminhamento para outras instâncias, disponibilizando métodos educativos e de prevenção.
Competências Organizacionais ou Metódicas	A capacidade de auto-planejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho.	Gerenciamento e Organização	Administrar de forma adequada e organizar a ação da atenção básica, considerando que no SUS sempre se depara com uma diversidade de problemas.

A identificação das competências gerais foi realizada através das competências que obtiveram as maiores freqüências percentuais dos níveis de concordância e discordância, conforme pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 – Competências Gerais segundo Percentuais de Concordância (C) e Discordância (D)

Competências	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	C	D	C	D	C	D
Liderança (L)	100%	-	100%	-	100%	-
Segurança e Confiança (SC)	95%	-	90%	-	100%	-
Humanização (H)	95%	5%	91%	9%	100%	-
Gerenciamento e	90%	10%	91%	9%	89%	11%

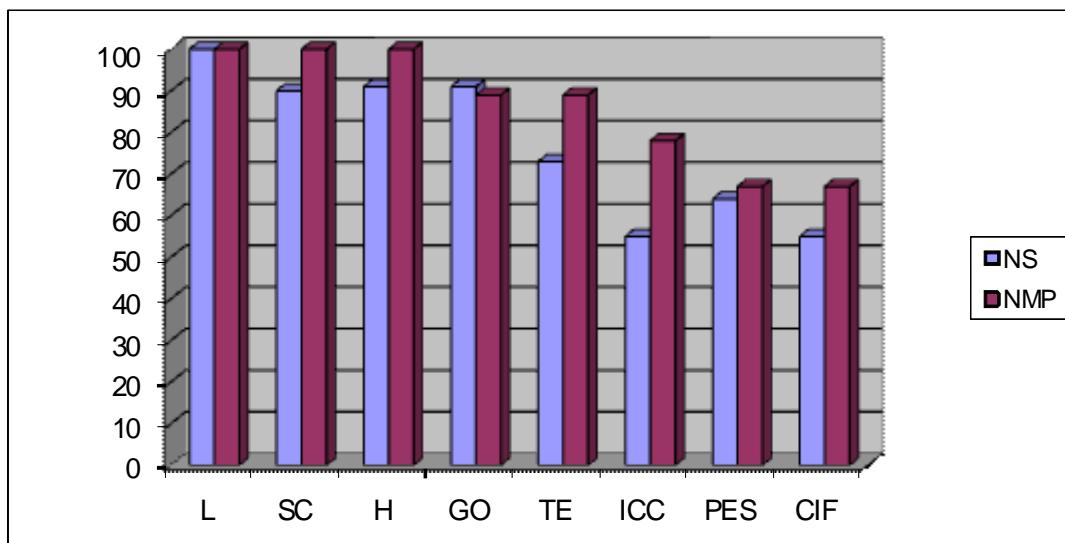
organização (GO)						
Trabalho em equipe (TE)	80%	15%	73%	18%	89%	11%
Interação e Conhecimento da Comunidade (ICC)	65%	15%	55%	27%	78%	22%
Promoção e educação em saúde (PES)	65%	20%	64%	18%	67%	22%
Criatividade com iniciativa e flexibilidade (CIF)	60%	10%	55%	9%	67%	11%

*A diferença entre os percentuais é relativa aos participantes que assinalaram “não sei”.

Observa-se que os níveis de concordância em relação à amostra geral apresentam-se de 55 % a 100%, destacando-se como mais alta a liderança e como mais baixa a criatividade com iniciativa e flexibilidade. Destaca-se ainda o percentual de respostas “não sei”, principalmente em relação à categoria de nível superior. As competências onde os participantes assinalaram que não sabiam responder foram: criatividade com iniciativa e flexibilidade (30%, dos quais 20% refere-se ao nível superior); interação e conhecimento da comunidade (20%, metade para cada categoria); promoção e educação em saúde (15%, dos quais 10% refere-se ao nível superior); segurança e confiança (5% , nível superior) e trabalho em equipe (5%, nível superior).

Através do Gráfico 1 podem ser visualizadas as especificidades das competências em relação as duas categorias estudadas, nível superior e nível médio produtivo.

Figura 3 – Comparação das competências gerais entre os profissionais de nível superior e os de nível médio produtivo



5.2 – A integralidade na Unidade Básica de Saúde

5.2.1 - As concepções de saúde entre os profissionais da UBS.

A partir da análise do conteúdo semântico do discurso dos participantes, as concepções acerca da saúde foram agrupados em duas categorias a partir de 23 unidades de análise:

(1) Visão Integral da Saúde – nesta categoria foram reunidas as unidades de análise referentes a saúde, enquanto processo que integra os elementos contextuais à dimensão individual, ou seja, é a pessoa vista como um todo e integrada ao contexto onde vive. A seguir são apresentados alguns exemplos de discursos.

“Saúde é um completo bem estar, físico, mental e social, onde o individuo deve ser visto como um todo, e principalmente se estiver inserido no seu ambiente. Acho ainda que saúde é você estar de bem consigo mesmo no meio em que você vive”.(Part. 1; enfermeira)

“... se conhecer, ter conhecimento, e estar em equilíbrio com seu corpo físico, mental, e espiritual, e as interelações com o meio ambiente, as relações sociais e culturais, ou seja todos os fatores que podem contribuir, ou interferir na sua qualidade de vida”.(Part. 3; médico)

“... estar com o corpo e a mente preparados, e em boas condições, sem doenças aparentes, ou conflitos que venham a desequilibrar a rotina de uma pessoa”. (Part. 15; NMP)

“... alimentação adequada que lhe dê prazer, é você sair as ruas e se sentir seguro, é você ter acesso a esportes e lazer, é você poder ter acesso a uma vida social adequada”. (Part. 16; NMP)

(2) Visão Biomédica da Saúde – refere-se as unidades de análise onde o conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos, ou seja, a pessoa vista de forma fragmentada. São exemplos de discursos:

“... assistência adequada, empatia pelo serviço, e por todos que fazem este serviço, é evidente que da mesma forma este sentimento deve ser compartilhado pelo profissional”. (Part. 8; Odontólogo)

“Saúde deve ser considerada como você estar sem doenças”. (Part. 17; NMP)

“É um bom estado de saúde física, e natural, (...) organismo funcionando em boas condições”. (Part. 20; NMP)

A tabela 6 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos à concepção de saúde dos profissionais de forma geral e separados por categorias profissionais. É importante ressaltar que uma mesma resposta pode ser composta por várias unidades de análise.

Tabela 6 – Concepções dos Profissionais acerca da saúde

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio	
	N	%	N	%	N	%
Visão Integral	20	87	14	93	06	75
Visão Biomédica	03	13	01	7	02	25

5.2.2 - Concepções de integralidade da assistência à saúde entre os profissionais da UBS

Os discursos dos participantes acerca da integralidade constituíram 26 unidades de análise, classificadas em 03 categorias:

(1) Atendimento Integral – associado a visão de ser humano enquanto um todo indivisível, envolve o cuidado tanto do corpo, da mente e das relações que o cercam.

São exemplos de discursos:

“Integralidade é um complexo em que todos os aspectos na vida de uma pessoa devem ser levados em consideração, até mesmo aqueles que estão indiretamente ligados”. (Part.8 – Odontólogo)

“Consiste na assistência integral, ou seja, no todo, (...) em resumo, é o sujeito visto, e analisado em todo o espaço que ocupa”. (Part. 10 – Nutricionista)

“O atendimento não se restringir apenas ao motivo da consulta, mas deve ser visto em uma visão generalizada sobre o paciente”. (Part. 17; Aux. Dentista).

“Tem que ser observado no paciente tudo que para ele é importante, ou que lhe faz falta, e não apenas a doença que o levou ao posto de saúde”. (Part. 19; Téc. Imunização).

“... meios que você pode oferecer aos usuários para resolver todas as suas necessidades de forma integral, sem esquecer não só os procedimentos com saúde orgânica, mas também a saúde mental”. (Part. 1; Enfermeira).

(2) Organização dos Serviços a integralidade vista como modo de organizar as práticas na atenção básica à saúde enquanto sistema integrado e articulado em todos os seus níveis de complexidade, conforme exemplos a seguir:

“... significa oferecer ao usuário todos os serviços necessários ao atendimento as suas necessidades, sejam eles na atenção primária, secundária ou terciária, no apoio diagnóstico, atenção a urgência e emergência, sendo tudo isto de forma integral”. (Part. 2; Médica).

“... solucionando as causas que trouxe esta pessoa ao posto de saúde (Part. 18; Recepção)”.

“... para isto, deve ser articulado, prevenção, atendimento curativo e reabilitação, objetivando com tudo isto na promoção da saúde, e de todas as pessoas que

estejam diretamente ou indiretamente relacionada a esta mesma pessoa”. (Part. 7; Enfermeira).

“Deve começar com o trabalho realizado em equipe, levando-se em consideração todos os profissionais, tendo como princípio básico a possibilidade, deste, o profissional, saber escutar o usuário, captando as suas dificuldades, e seus anseios, favorecendo assim na condução da resolução dos problemas apresentados, e buscando se necessário nos serviços de referência meios para que se alcancem resultados satisfatórios. Gerando assim uma relação de confiança entre usuários e profissionais de saúde”. (Part. 3; Médico).

“... voltada para atenção básica de saúde”. (Part. 9; Assistente social).

“A integralidade deve começar pela organização da atenção básica, onde a assistência deve se dar a partir da equipe de saúde, com acolhimento universal e o exercício da clínica deve ocorrer a partir da valorização da relação com o usuário”. (Part. 2; Médica).

“...acesso aos serviços em todos seus níveis e meios diagnósticos, de acordo com suas necessidades, possibilitando assim a uma melhor resolutividade dos problemas apresentados.” (Part. 3; Médico).

(3) Desconhecimento – reconhecimento pelos profissionais do desconhecimento do significado da integralidade. Exemplos:

“Esta palavra usada em saúde eu não tenho conhecimento da mesma, mas eu suponho que esteja relacionada a ver o ser humano de forma integral ou geral”. (Part. 20; Técnica em Esterilização).

“Eu já ouvi falar de integralidade, mas confesso que não domino o seu significado, acho que pode significar dar uma assistência ao paciente vendo ele em todos os aspectos”. (Part. 15; Aux. Enfermagem).

“Eu confesso que não tinha nenhuma informação sobre esta palavra, até este momento”. (Part. 17; Aux. Dentista)

A tabela 7 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos à concepção de integralidade dos profissionais de forma geral e separados por categorias profissionais.

Tabela 7 – Concepções dos Profissionais acerca da integralidade

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	N	%	N	%	N	%
Atendimento integral	13	46	06	42	07	58
Organização do Serviço	08	15	07	87	01	13
Desconhecimento	05	19	-	-	05	100

5.2.3 - Fatores facilitadores para a garantia da integralidade na visão dos Profissionais de Saúde

Questionados sobre quais seriam os fatores que facilitariam a integralidade no serviço de atenção básica, emergiram 20 unidades de análise classificadas em 05 categorias:

(1) Gestores – surgem hipotéticamente, enquanto componente fundamental de gestão financeira, como possível facilitador, conforme pode ser observado nos exemplos a seguir:

“Os nossos chefes imediatos, diretores, secretario de saúde, prefeito, alem de todos os nossos políticos que afirmam trabalhar para o nosso município”. (Part. 9; Assistente Social).

“A direção do centro de saúde, o corpo administrativo da unidade, o distrito sanitário, a secretaria de saúde, vereadores, prefeitura”. (Part. 10; Nutricionista).

“A diretora é a principal facilitadora, como também o diretor do IV distrito, o secretario de saúde, eu sei que tem mais gente envolvida nisto tudo”. (Part. 12; Aux. Laboratório)

“O prefeito, secretário de saúde, e diretores”. (Part. 13; Aux. Enfermagem)

(2) Comunidade – inserindo-a como co-participante no processo de responsabilidade social. Exemplos:

“Os serviços de saúde, lideranças comunitárias, grupos religiosos, escolas, ou todos aqueles que possam ter um envolvimento de forma direta ou indireta, em um processo que possa interferir no binômio saúde e doença”. (Part. 3; Médico).

“Vai desde o simples balconista de um mercadinho qualquer da comunidade, capaz de passar informação, ou orientar outras pessoas sobre os serviços de saúde instalados na sua região, até mesmo os nossos administradores, ou gestores dos programas de saúde”. (Part. 6; Médico).

“Então seria qualquer pessoa que viesse a contribuir com este posto de saúde, desde o lixeiro que recolhe ao lixo, até quem entrega os Medicamentos, e materiais necessários para o funcionamento do posto”. (Part. 15; Aux. Enfermagem).

(3) Equipe do Serviço

“Todos nós profissionais da saúde somos facilitadores”. (Part. 8 – Odontólogo).

“São todos os profissionais que atuam na unidade de saúde”. (Part. 3 – Médico).

“São todos os funcionários que trabalham diretamente ou indiretamente com os pacientes”. (Part. 19; Téc. Imunização).

“Todo profissional de saúde que viesse a cuidar de uma pessoa, desde o médico até o serviço de enfermagem”. (Part. 20; Téc. Esterilização).

(4) Agente Comunitário de Saúde

“Como principais facilitadores para integralidade, estariam os agentes comunitários de saúde, pois trazem a realidade de suas áreas de trabalho, e estas ocorrem exatamente no mesmo ambiente em que moram os pacientes que procuram o centro de saúde”. (Part. 4 – Médico).

(5) Médico

“O médico, já que cabe a ele a responsabilidade maior no atendimento do paciente”. (Part. 18; Repcionista).

A tabela 8 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos aos fatores que facilitaram a implementação da integralidade na UBS.

Tabela 8 – Facilitadores da integralidade

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	N	%	N	%	N	%
Equipe do Serviço	08	40	03	37	05	62
Gestores	06	30	04	66	02	33
Comunidade	04	20	03	37	01	25
ACS	01	5	01	100	-	-
Médico	01	5	-	-	01	100

5.2.4 - Fatores dificultadores para a garantia da integralidade na visão dos Profissionais de Saúde

Em relação aos fatores que dificultam a integralidade na unidade básica de saúde, emergiram 31 unidades de análise classificadas em 04 categorias:

(1) Profissionais da UBS – os participantes associaram a dificuldade da implementação da integralidade no serviço ao desinteresse, descompromisso e falta de motivação da própria equipe de saúde da UBS. São exemplos dos discursos:

“A falta de conscientização e motivação por parte de nos mesmas sobre o nosso compromisso para com nossas profissões”. (Part. 8; Odontólogo).

“O descompromisso de muitos funcionários que tem a UBS como bico”. (Part. 1; Enfermeira).

“A falta de entrosamento entre os funcionários, e entre estes e os pacientes, a falta de motivação dos funcionários para exercer suas funções”. (Part. 14; Repcionista).

“Se eu não estiver motivado para praticar minha atividade estarei em consequência dificultando a integralidade, então a principal dificuldade é a motivação”. (Part. 16; Tec. Notificação).

(2) Falta de Apoio Logístico – entendido como falta de recursos financeiros e técnicos, falta de planejamento, falta de Medicamentos, serviços de referencia e contra-referência deficitários ou ausentes, falta de capacitação e remuneração baixa. São exemplos:

“A falta de planejamento na elaboração e execução das atividades preconizadas pela unidade de saúde, a falta de educação em saúde, de recursos financeiros, são muitos os fatores que interferem na prática da integralidade”. (Part 6; Médico).

“Falta de recursos financeiros para subsidiar a unidade, considerando recursos para compra de novos equipamentos, Medicamentos, materiais de escritório, e melhor remuneração para todos os profissionais de saúde”. (Part 10; Nutricionista).

“Falta de assistência farmacêutica e laboratorial”. (Part. 1; Enfermeira)

“A falta de dinheiro para investir em Medicamentos e pessoal”. (Part. 13; Aux. Enfermagem).

“A falta de Medicamentos, equipamentos, melhor remuneração para os funcionários, interesse, e motivação”. (Part. 15; Aux. Enfermagem).

(3) Desconhecimento – o segundo motivo mais associado como dificultador da integralidade foi o desconhecimento do conceito da integralidade nos serviços públicos de saúde, conforme pode ser observado nos exemplos a seguir:

“A falta de entendimento dos profissionais e usuários do que vem a ser integralidade”. (Part. 1; Enfermeira).

“A falta de orientação dificulta entender melhor estes novos conceitos”. (Part. 12; Aux. Laboratório).

“Eu sou um exemplo das dificuldades para integralidade, pois não conheço ainda palavras como esta que considero tão importante, por isso que eu insisto tem que haver mais reciclagem para nós funcionários”. (Part. 17; Aux. Dentista).

(4) Falta de compromisso dos gestores – a falta de efetividade na prática do discurso dos gestores também foi citada como ponto dificultador da integralidade, conforme discursos abaixo:

“A falta de compromisso por parte dos gestores em sair do discurso e partir para execução”. (Part. 9; Assistente Social).

“O descaso e desinteresse dos nossos representantes em uma política de saúde adequada”. (Part. 8; Odontólogo).

A tabela 9 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos aos fatores que estariam dificultando a efetivação da integralidade na unidade de saúde.

Tabela 9 – Dificultadores da integralidade

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	N	%	N	%	N	%
Profissionais da UBS	13	42	07	54	06	46
Falta de Apoio Logístico	10	32	08	80	02	20
Desconhecimento	06	19	03	50	03	50
Descompromisso dos Gestores	02	6	02	100	-	-

5.2.5 – Melhorias para o Atendimento

Os participantes foram questionados sobre como poderia ser melhorado o atendimento ao usuário naquela Unidade Básica de Saúde, emergindo 33 unidades de análise, classificadas em 6 categorias:

(1) Apoio Logístico – associado a melhores condições de trabalho, tanto no sentido de valorização do profissional quanto no suprimento de materiais e conforto necessários ao bom atendimento ao usuário. São exemplos dos discursos:

“Aquisição satisfatória de materiais de expediente, aparelhos e Medicamentos básicos, que os consultórios sejam climatizados, com sala de espera confortável”. (Part. 7; Enfermeira).

“Falta essencialmente materiais próprios para uso odontológico, como também de Medicamentos, como analgésicos, anti-inflamatórios, e antibióticos, alem da necessidade de um melhor conforto e assistência para recepcionar os usuários”. (Part. 8; Dentista).

“A falta de um salário melhor, ou condições de trabalho que hoje diga-se de passagem que são inadequadas”. (Part. 3; Médico).

“Mais condições de trabalho, com mais materiais disponíveis, como luvas, ppvi, algodão, gaze, Medicamentos, mais moveis, e equipamentos indispensáveis para seu funcionamento”. (Part. 16; Tec. Notificação).

“Melhores instalações físicas, na sala de espera, como um bebedouro, televisão, e poltronas confortáveis”. (Part. 20; Tec. Esterilização).

(2) Comprometimento e Trabalho em Equipe – consideram necessário maior articulação e entrosamento entre a equipe de saúde, além de comprometimento e motivação dos profissionais. São exemplos:

“Que houvesse uma melhor sintonização entre cada um dos setores, estando assim cada serviço interligado ao outro, tudo isto seria possível com a aplicação do prontuário”. (Part. 9; Assistente Social)

“Que os profissionais estejam comprometidos para desenvolver o seu papel diante do processo que está vivenciando, tendo uma visão integral do processo saúde e doença”. (Part. 3; Médico).

“Maior interesse ou motivação para que os funcionários possam desenvolver suas atividades com melhor empenho”. (Part. 13; Aux. Enfermagem).

“Respeito e bom relacionamento entre todos os funcionários e pacientes, para que o usuário seja visto como gente, que pensa, tem sentimentos, e não apenas uma situação que apresenta no momento, como um problema de saúde”. (Part. 14; Repcionista).

(3) Acolhimento ao Usuário – a melhoria no atendimento estaria relacionado a um melhor acolhimento ao usuário, gerando um clima de confiança e atendimento das especificidades de cada um. As unidades de análise seguintes são exemplos desta categoria:

“Também acredito que um melhor acolhimento para estes usuários na porta de entrada da unidade deixaria toda a clientela confiante no serviço, facilitando o atendimento e a relação com os outros profissionais”. (Part. 1; Enfermeira).

“Sendo também muito importante para que haja uma boa acolhida para os que procuram o centro de saúde”. (Part. 17; Aux. Dentista).

“Tenha um ótimo atendimento, para isto deve abranger as necessidades específicas de cada um, procurando fazer com que todos se sintam satisfeitos”. (Part. 18; Repcionista).

(4) Capacitação Profissional – esta categoria é formada pelos discursos que remetem a melhoria no atendimento à necessidade de capacitação profissional da equipe de saúde da UBS, conforme exemplifica as unidades de análise seguintes:

“Capacitação para os profissionais para um melhor apoio diagnóstico e terapêutico”. (Part. 2; Médica).

“Seria capacitação de todos os profissionais deste centro, sem nenhuma exceção”. (Part. 11; Enfermeira).

“Oferecer cursos para nos servidores, e assim estarmos mais preparadas”. (Part. 12; Aux. Laboratório).

(5) Divulgação da Função da UBS – nesta categoria, os discursos se referem à divulgação da função e serviços prestados pela UBS, visando, além do conhecimento, a integração da UBS com a comunidade. Exemplos:

“Mais divulgação na imprensa sobre o papel da UBS na minha cidade, com os programas mais relevantes, os usuários viriam a participar mais da mesma, conhecendo melhor sua proposta de trabalho”. (Part. 1; Enfermeira).

“Os usuários tenham conhecimento do que o serviço pode lhes oferecer”. (Part. 3; Médico)

“Acho que poderia haver reuniões de confraternização para integrar a comunidade com os servidores”. (Part. 12; Aux. Laboratório).

(6) Gerenciamento – o comprometimento e envolvimento dos gestores com a comunidade foi citado como capaz de promover a melhoria no atendimento da UBS, conforme discurso abaixo:

“Melhor gerenciamento de tal forma que o gestor estivesse melhor comprometido com todos os problemas que aparece na rotina do centro de saúde, e até mesmo da comunidade”. (Part. 5; Dentista).

A tabela 10 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos às sugestões dos profissionais para a promoção da melhoria do atendimento na UBS.

Tabela 10 – Sugestões para a melhoria do atendimento

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	N	%	N	%	N	%
Apoio Logístico	09	27	07	78	02	22
Comprometimento e Trabalho em Equipe	08	24	06	75	02	25
Acolhimento ao Usuário	07	21	03	43	04	57
Capacitação Profissional	04	12	02	50	02	50
Divulgação da UBS	04	12	02	50	02	50
Gerenciamento	01	3	01	100	-	-

5.3 – Atendimento à Aids na Unidade Básica de Saúde

5.3.1 – Percepção da Aids pelos Profissionais de Saúde

A forma como os profissionais desta unidade concebem a Aids e as pessoas soropositivas para o HIV/Aids suscitaram respostas classificadas em 05 categorias:

(1) Medo – relativo tanto ao medo dos profissionais em contaminarem-se no cuidado ao paciente, como também da comunidade em geral ocasionado pelo desconhecimento da doença, conforme pode ser observado nos discursos abaixo:

“Ainda existe muito medo, ou receio em lidar com os pacientes portadores do vírus da AIDS, por parte do ambiente em que eles estão inseridos, ao que parece por uma falta de confiança por parte dos usuários, nos serviços oficiais de saúde que são oferecidos pelos estados e municípios”. (Part 5; Odontólogo).

“O impacto ainda é muito forte, a AIDS ainda é uma doença cheia de segredos e mistérios principalmente por parte da comunidade, e isto gera insegurança e conflitos entre estes e membros da comunidade afetada pela AIDS”. (Part 11; Enfermeira).

“Se no próprio posto de saúde as pessoas ainda não estão preparadas para conviver com pacientes com AIDS, imagine na comunidade, é claro que para eles o impacto é muito mais forte, envolvendo medo e preconceito”. (Part. 14; Repcionista).

“Ainda existe muito receio, medo, ou dificuldade nos relacionamentos com pacientes com AIDS”. (Part 16; Tec. Notificação)

(2) Preconceito – refere ao preconceito ainda existente em relação aos portadores do HIV/Aids, conforme discursos abaixo:

“Apesar das campanhas realizadas para diminuir o estigma da AIDS, ainda existe muita desconfiança, preconceitos, desinformação por parte de toda comunidade, e algumas vezes até de alguns profissionais, podendo gerar ainda em alguns grupos sentimentos de piedade, ou punição por comportamentos que ficam a margem do padrão ditado como normal pela sociedade”. (Part. 3; Médico).

“Ainda percebo que muita gente ainda não quer ter nenhum contato com portadores do HIV, prevalecendo ainda a discriminação e o preconceito”. (Part. 6; Médico).

(3) Aceitação – referem a uma aceitação maior por parte da comunidade em relação aos pacientes soropositivos para o HIV/Aids. Exemplo:

“Hoje é muito diferente de alguns anos atrás, as pessoas estão mais acostumadas com estes pacientes, já aceitam a convivência com eles, tem menos receio de viver ao lado deles”. (Part 18; Repcionista).

(4) Impotência – refere à impotência dos profissionais de saúde frente a Aids, conforme discurso abaixo:

“Em nós profissionais de saúde, sentimentos de impotência, e ansiedade são comuns, principalmente quando isto revela ainda um forte desconhecimento sobre a doença no meio da comunidade”. (Part 8; Odontólogo).

5.3.2 - Prática do Atendimento à Aids

As respostas dos participantes acerca da prática do atendimento ao paciente portador do vírus HIV ou Aids na UBS, constituíram 43 unidades de análise que foram classificadas em 05 categorias.

(1) Acolhimento – Esta categoria enfatiza a importância do acolhimento ao paciente soropositivo, enfatizando a humanização da relação profissional de saúde-paciente. No

entanto, os discursos denunciam, no maior número de casos, a falta do acolhimento, ficando divididos em duas sub-categorias: (a) Acolhimento Positivo e (b) Ausência de atendimento. São exemplos de discursos:

- (a) “Acolho com seriedade e respeito, preservo o sigilo sobre a doença, se for o caso, dando assim a minha contribuição para melhorar o quadro da pessoa doente”. (Part. 11; Enfermeira).
- (b) “Poderia haver mais humanização para estes pacientes, um melhor acolhimento, mas ainda prevalece o atendimento mecânico em muitos dos nossos profissionais, e isto para uma pessoa com a auto-estima em baixa, como é o caso do portador do HIV, muitas vezes compromete o atendimento”. (Part. 9; Assistente Social).
- (c) “Aqui os pacientes são todos atendidos por igual, ou seja de forma mecânica, então falta a acolhida para eles, os pacientes com HIV não tem diferença nesta forma de atendimento”. (Part. 14; Repcionista).
- (d) “O acolhimento é feito de forma mecânica, ou estritamente profissional, a consulta é realizada geralmente pelo médico, sem que haja quebra do sigilo”.(Part 19; Tec. Imunização)

(2) Técnico – refere a um atendimento técnico, seguindo o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, sem que haja interação entre o profissional e paciente, como exemplifica os seguintes discursos:

“1º forneci o resultado dos exames, 2º expliquei o mecanismo do HIV/AIDS, 3º Mostrei opções de tratamento, e os resultados que poderão ser alcançados para melhorar a auto-estima”. (Part. 4; Médico).

“O atendimento é realizado inicialmente pela triagem da UBS sendo o paciente encaminhado para o profissional de saúde, de acordo com suas necessidades, onde o paciente o recebe de forma normal, mantendo o sigilo, procurando resolver seus problemas, ou encaminhá-lo para um serviço de maior complexidade”. (Part. 3; Médico).

“O atendimento é feito sem demonstrações de sentimento pela pessoa doente, sendo repassado sempre o Medicamento adequado para os problemas de saúde apresentados, sendo esquecidos geralmente os problemas íntimos que estão sempre presentes nestes pacientes”. (Part 14; Repcionista)

(3) Sigilo – Esta categoria diz respeito aos discursos dos participantes que, ao serem questionados sobre a prática do atendimento, enfatizaram a questão do sigilo. Exemplos de discursos:

“No meu setor o sigilo é feito rigorosamente, com uma única exceção que é quando existe a possibilidade da doença vir a comprometer parceiros ou outras pessoas ligadas, mas a consulta é feita com respeito e procurando valorizar o ser humano que nos procura”. (Part 9; Assistente Social).

“A doença nunca é revelada para ninguém, a não ser em alguns casos, mas apenas entre nós funcionárias”. (Part 13; Aux. Enfermagem).

“O sigilo é total não existem relatos de pessoas que tiveram suas doenças expostas”. (Part 18; Repcionista).

(4) Discriminação – esta categoria refere aos discursos dos participantes que, questionados acerca do atendimento, enfatizaram a questão da discriminação, conforme exemplos abaixo:

“Sem discriminação por parte de todos os profissionais. Normalmente, este indivíduo tem sua identidade preservada, juntamente com o seu diagnóstico, evitando assim que este possa ser discriminado pelos outros usuários, ou mesmo na sua própria comunidade”. (Part. 5; Odontólogo).

“Com um certo medo de se contaminar, mas sem preconceito, ou discriminação”. (Part. 13; Aux. Enfermagem).

(5) Biossegurança – refere aos discursos que apontaram diretamente aos procedimentos e biossegurança, conforme exemplos abaixo:

“Com as medidas utilizadas com o uso da EPI, nós profissionais de saúde não temos mais o que temer, se você vai fazer um procedimento invasivo, obrigatoriamente tem-se que usar os procedimentos corretos de biossegurança, portanto estes atendimentos ocorrem de forma rotineira”. (Part.6; Médico).

“Adoto uma postura voltada para procedimentos com biossegurança”.(Part. 8; Odontólogo).

A tabela 11 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos à prática do atendimento aos pacientes soropositivos para o HIV/Aids na UBS.

Tabela 11 – Prática do Atendimento à Aids

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	N	%	N	%	N	%
Acolhimento	16	37	05	31	11	69
Técnico	14	32	11	78	03	22
Sigilo	07	16	02	28	05	72
Discriminação	04	9	03	75	01	25
Biossegurança	02	5	02	100	-	-

5.3.3 – Sistema de Referencia e Contra-Referencia

A avaliação do sistema de referencia foi categorizada em (a) Satisfatória e (b) Insatisfatória, conforme os discursos dos participantes. São exemplos:

- (a) “Uma das coisas positivas que funcionam em João Pessoa são os serviços de referencia, onde o paciente é transferido para estes setores sem quase nenhuma burocracia, a não ser os meios de deslocamento”. (Part. 5; Odontólogo).
- (b) “Considero satisfatório, apesar de raramente mantermos qualquer forma de contato com membros da equipe de unidades de referencia ou contra-referencia para AIDS, mas sempre que encaminhamos alguém com suspeita para o HIV, ou mesmo os casos citados anteriormente para uma assistência nestes serviços, não encontramos nenhum obstáculo”. (Part. 1; Enfermeira).
- (c) “Não existe esta relação, todos nós conhecemos parte do serviço de referencia para o HIV em João Pessoa que é o Hospital Clementino Fraga, mas não sabemos nada sobre aquele serviço, como funciona, que conduta adotam, ou como proceder para se comunicar com estes profissionais”. (Part. 8; Odontólogo).

A tabela 12 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos à avaliação feita pelos profissionais em relação ao sistema de referência da Aids.

Tabela 12 – Avaliação do Sistema de Referência

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	N	%	N	%	N	%
Satisfatório	17	89	10	59	07	41
Insatisfatório	02	11	01	50	01	50

A avaliação em relação ao sistema de contra-referencia da Aids foi categorizada apenas como Insatisfatória, conforme as 08 unidades de analise (05 nível superior e 03 NMP) a partir dos discursos dos participantes . São exemplos:

“Já a contra-referencia é bastante inadequado, uma vez que não temos um retorno sobre a evolução do tratamento dos nossos pacientes”. (Part. 5; Odontólogo).

“Com relação a contra-referencia esta é totalmente falha, alias simplesmente não existe, não que eu saiba, diante do paciente voltar para UBS, sem apresentar nenhuma evolução do seu caso”. (Part. 7; Enfermeira).

“A palavra contra-referencia aqui no posto de saúde é uma completa novidade não só para mim, mas eu acho que para quase todo mundo, eu passo o ano inteiro aqui sem ouvir esta palavra em qualquer momento”. (Part 14; Repcionista).

“Sem qualquer relação ou comunicação entre os profissionais daqui, ou das unidades de referencia, a não ser através de uma solicitação de encaminhamento feita por telefone”. (Part 19; Tec. Imunização).

5.3.4 - Ações referentes à Aids executadas pelos Profissionais de Saúde da UBS

As práticas no contexto da Aids efetivadas pelos profissionais de saúde da UBS foram classificadas em 3 categorias:

(1) Informativas – ações voltadas para práticas informativas e educativas, basicamente através de palestras. São exemplos:

“Realizar palestras educativas na comunidade, principalmente sobre DST/AIDS, participo das feiras de saúde”. (Part. 1; Enfermeira).

“Sou também muitas vezes solicitada para realizar palestras educativas, principalmente sobre DST/AIDS”. (Part. 2; Médica).

“Trabalho ainda com a parte educativa, com informações sobre as DST, tratamento, mecanismo de ação, etc...” (Part.3; Médico)

(2) Interventivas – ações voltadas para grupos de discussões e orientações com temas específicos. Exemplos:

“Grupos de prevenção do idoso, prevenção das DST/AIDS, programa da saúde da mulher e da criança, e de doenças crônico degenerativas”. (Part 9; Assistente Social).

“Sou responsável pela orientação e distribuição de preservativos e anticoncepcionais”. (Part 11; Enfermeira).

(3) Clínicas – ações voltadas para o atendimento clínico, curativo. Exemplos:

“Acompanhamento clínico e referencia se necessário”. (Part 4; Médico).

“Ações voltadas para alguns procedimentos clínicos e muitas vezes invasivos”. (Part 8; Odontólogo).

“Trabalho dentro do setor de laboratório, então atendo as pessoas que vêm realizar exames laboratoriais, como inclusive a retirada de sangue, com os devidos cuidados para evitar uma possível contaminação”. (Part 12; Aux. Laboratório).

A tabela 13 apresenta as categorias em que foram classificados os trechos das entrevistas relativos às ações relacionadas ao HIV/Aids na UBS.

Tabela 13 – Ações no contexto do HIV/Aids

Categorias	Geral		Nível Superior		Nível Médio Produtivo	
	N	%	N	%	N	%
Informativo	07	29	07	100	-	-
Interventivo	08	33	06	75	02	25
Clínico	09	37	05	55	04	45

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Na busca de sistematizar a elaboração do princípio da integralidade pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde, a presente dissertação analisou, primordialmente, as práticas da integralidade da atenção a saúde: em que medida a integralidade da atenção é proporcionada pelo governo municipal de João Pessoa, considerando o aspecto teórico, mas, principalmente, na sua prática cotidiana, de acordo com a percepção destes profissionais.

Assim, cada sentido do termo integralidade considerado na revisão teórica desta dissertação, foi observado criticamente no âmbito da UBS, levando em consideração a ótica dos profissionais, os instrumentos operacionais e o acesso de grupos prioritários aos demais níveis do sistema, com foco no aspecto da articulação entre a UBS e os demais serviços e níveis de atenção.

6.1 – Avaliação das Competências Gerais pelos Profissionais de Saúde

Observa-se uma tendência entre os participantes de nível médio produtivo em enfatizar as competências pessoais (liderança e segurança e confiança), enquanto, para o nível superior, as escolhas demonstram competências diversificadas (pessoal, cuidado e organizacional). A diferença entre os grupos ocorre em relação ao surgimento da competência organizacional (gerência e organização), para o nível superior, e um segundo item da competência pessoal (segurança e confiança), para o nível médio produtivo.

Em relação às competências menos citadas, foram observadas competências de serviço (interação e conhecimento da comunidade), competências técnicas (Promoção e

Educação em Saúde) e o item criatividade com iniciativa e flexibilidade referente à competência pessoal, para ambos os grupos.

De modo geral, dentre as competências mais citadas entre ambos os grupos destacam-se a liderança, segurança e confiança e humanização, enquanto dentre as competências menos citadas estão a criatividade com iniciativa e flexibilidade, interação e conhecimento da comunidade e promoção e educação em saúde.

Na perspectiva de consolidação do SUS, no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. Segundo Azevedo (2002), a liderança é fator fundamental para a implementação dos processos de mudança nas organizações públicas de saúde, incluindo aspectos relativos à organização da assistência, humanização e à busca de maiores níveis de responsabilidade institucional para com seus resultados. Dessa forma, a liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

A sensação de segurança está diretamente relacionada às percepções e representações sobre o volume e intensidade dos riscos aos quais os indivíduos e coletividade se encontram expostos, ou seja, é a representação de sua vulnerabilidade (Gontijo, 2007). Segundo este autor, as práticas de saúde desenvolvidas no contexto do SUS exigem a competência do saber-fazer, do saber-conviver e do saber-aprender, em circunstâncias de turbulência e imprevisibilidade, que fazem parte da normalidade, trazendo a necessidade de reconstrução cotidiana.

Um dado bastante positivo se refere à valorização por ambos os grupos da competência do cuidado, mais especificamente, a humanização como competência de todos. É importante observar que, de forma geral, este grupo de profissionais foi

preparado e capacitado para a realização de procedimentos em saúde com enfoque no indivíduo e não com enfoque simultâneo para a esfera pública, para a coletividade, tendo absorvido o modelo Flexneriano de atuação, defendendo o

(...) corpo humano como uma máquina, a natureza exclusivamente biológica da doença, atenção centrada exclusivamente sobre o indivíduo e sobre práticas curativas, a fragmentação do objeto em função da especialização (...) e a exclusão de práticas alternativas e o desinteresse pelas ações de promoção e prevenção das doenças (Zanetti, 1999, p.120).

No entanto, pelo surgimento da competência humanização, pode-se inferir que existe um movimento em prol de uma concepção mais voltada às diretrizes preconizadas pelo SUS. Ayres (2005) considera que o conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas em saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso. Segundo este autor, a humanização aspira a uma ampliação de horizontes normativos capaz de escapar a restrição da conceituação de saúde ao problema tecno-científico estrito dos riscos, disfunções e dismorfias. Mas também quer fugir, por outro lado, a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal qual aconteceu com a clássica definição de saúde enquanto “um estado de completo bem-estar físico, mental e social difundida pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70.

O objetivo primordial do Projeto Nacional de Humanização (PNNAH) seria o de aprimorar as relações entre os profissionais, entre os usuários e profissionais e entre o serviço de saúde e a comunidade, ou seja, diria respeito a uma nova ordem relacional pautada no reconhecimento da alteridade e do diálogo (Deslandes, 2004). No entanto, não se trata de tarefa simples já que o pensamento constituinte das ações em saúde foi,

durante muito tempo, pautado por ordens anti-humanistas, de neutralidade e não-envolvimento.

Se por um lado as competências citadas acima, relatadas com maior destaque pelos profissionais de saúde deste estudo, são representativas da proposta do SUS, por outro lado, as competências menos citadas - Criatividade com iniciativa e flexibilidade; Interação e conhecimento da comunidade e promoção e educação em saúde – principalmente entre os profissionais de saúde de nível superior, demonstra que os princípios do SUS ainda não estão completamente compreendidos pela equipe de saúde.

A interação e conhecimento da comunidade diz respeito a compreensão do paciente integrado no seu cotidiano, no seu modo de vida particular, bem como sobre a comunidade na qual está inserido, identificando as necessidades e expectativas da população e sensibilizando para a importância da prevenção e promoção da saúde. Contudo para os profissionais deste estudo, esta é a competência menos valorizada pelo grupo com nível superior (55%), podendo-se inferir a manutenção do distanciamento entre profissional e paciente ou a atribuição do contato mais íntimo com o paciente e agente comunitário de saúde, contribuindo para a fragmentação do atendimento.

A competência criatividade com iniciativa e flexibilidade, concebida como a necessidade de incorporação às atividades desenvolvidas, ou seja, reconhecer suas e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais (Gontijo, 2007), foi a segunda competência menos atribuída a si pelos profissionais deste estudo. Embora não se possa afirmar, observa-se que talvez o fato de serem servidores públicos concursados, detentores de estabilidade no emprego, faixa etária mais elevada, maior tempo de serviço, aliado a necessidade de exercerem atividade profissional em outros locais para a manutenção do *status quo*, possa causar uma acomodação e a falta de necessidade de investimento pessoal na busca de adaptar-se ao novo modelo de saúde.

Por sua vez, a promoção e educação em saúde é basicamente uma ação no campo social e não somente no campo médico. No entanto, os profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar a promoção da saúde. Enquanto a meta na educação em saúde é tornar os indivíduos internamente melhor capacitados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção de saúde tenta fazer com que estas escolhas tornem-se mais fáceis e viáveis (Milio, 1983), considerando tanto as diferenças sociais quanto as peculiaridades culturais, trabalhadas de forma integrada com as demais áreas (Brasil, 2004). Sendo assim, todos os profissionais da equipe de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual como coletivo. Ainda que já tenha havido um entendimento desta estratégia, observa-se através destes profissionais de saúde que sua atribuição ainda não é vista como trabalho de todos, devendo ser incorporados na formação e qualificação do profissional para o alcance da atenção básica com qualidade, visto que, segundo Gontijo (2007), o distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado como um dos responsáveis pela crise no setor da saúde.

Estas competências supracitadas enfocam o exercício da profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social, estimulando a busca por soluções para os problemas de saúde e das necessidades globais da comunidade. Assim, há a necessidade premente de introduzir e implementar novas bases, que forneçam instrumental crítico necessário ao desempenho da profissão, reduzindo ou problematizando o impacto negativo da formação tecnicista e hegemônica.

6.2 – A integralidade na Unidade Básica de Saúde

Ainda que o modelo assistencial ainda seja forte no Brasil, caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolubilidade baixas e com elevado custo (Silvestre e Costa, 2003), os discursos dos profissionais de saúde investigados apontam para uma concepção integral ou holística da saúde, em que o profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, contextualizando, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente.

Além das perspectivas teóricas mencionadas acima, um outro ponto importante que se destaca nas entrevistas diz respeito ao impacto proveniente das idéias difundidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir dos anos 60, de que “a saúde resulta de um bem-estar físico, mental, social e espiritual” (OMS,1994), revelando uma perspectiva holística e integradora. Os entrevistados foram, de uma maneira ou de outra, influenciados por essas idéias, trazendo um discurso semelhante. No entanto, se a multideterminação no processo de saúde e de doença, concebido como resultante da inter-relação causal entre outros fatores, como, sociais, econômicos e culturais está presente no discurso dos profissionais, na prática nem sempre se evidencia. Trazendo o exemplo da Aids, embora exista um protocolo de atendimento que preconize duração mínima de 30 minutos para as consultas, Paiva, Leme, Nigro e Caraciolo (2000), afirmam que é comum durarem menos de 15 minutos, justificado pela alta demanda.

Os profissionais de nível superior deste estudo, afirmam que a abordagem integral do indivíduo exige deste profissional no mínimo conhecimento básico em diversas outras áreas, não apenas na clínica, ou ginecologia e obstetrícia, mas na saúde

coletiva, saúde mental, e procedimentos de cirurgia ambulatorial. Porém o que se observa no Brasil, é que os cursos de graduação continuam formando prioritariamente especialistas e ainda são poucos os que garantem a formação, como no caso da medicina, de médicos generalistas com perfil para trabalhar em ambulatórios direcionados para atenção básica (Cordeiro, 2001).

Os cursos de pós-graduação na área de medicina de família, segundo Escorel (2002), apesar do esforço dos Pólos de Capacitação de Profissionais para a Saúde da Família, ainda são em pequeno número frente à atual demanda. Desta forma poderia ser hipotetizado que os profissionais de saúde que ingressam nas UBS, ou nos Programas de Saúde da Família, são na sua maioria especialistas e necessitam de um sistema de educação permanente visando a aquisição de todo um saber específico da saúde pública, que não é apenas a reunião dos saberes das grandes áreas de especialidade médica, mas sim a incorporação de conhecimentos de outras áreas, não especificamente de suas formações acadêmicas de origem.

No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos (Mattos, 2001). Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e tais ações devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (Campos 2003). Sendo assim, a integralidade remete a integração de serviços através de redes assistenciais reconhecendo a interdependência entre atores e organizações, considerando que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos para solucionar os problemas de saúde da população.

A integralidade da saúde, segundo Mattos (2001), pode assumir diferentes sentidos, o primeiro relacionado à compreensão e atendimento do conjunto de necessidades que um usuário apresenta com base na apreensão biopsicossocial da pessoa; o segundo relacionado à organização dos serviços e práticas de saúde, voltada à articulação entre os serviços; e o terceiro relativo à definição de políticas especiais representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos.

Os entrevistados explicitam em suas falas dois destes sentidos. O primeiro sentido, com 46% de respostas, relaciona este conceito à perspectiva de ver o usuário como um todo, extrapolando a queixa concreta que gerou aquele atendimento, podendo avaliar o contexto social, psicológico, de acesso aos cuidados com vistas a identificar riscos e sofrimentos potenciais. O segundo sentido, com 15% de respostas, dirige-se à relação da atenção básica e a média e alta complexidade, voltada à perspectiva de organização da rede de serviços, tendo como eixo estruturante o princípio de integração, privilegiando estratégias que contribuam para a comunicação e o estabelecimento de fluxos seguros.

Emerge, ainda, um terceiro grupo de respostas (19%) relativo a profissionais de saúde do nível médio produtivo que assumem não conhecer o significado do conceito de integralidade na saúde. Este fato leva a constatação de que ainda existe um longo caminho a percorrer em relação a integralidade nos serviços de saúde, tratando-se ainda de uma perspectiva em construção.

São vários os entraves apresentados pelos profissionais de saúde para a prática efetiva da integralidade nos serviços, indo desde a falta de interesse, conscientização e motivação do próprio profissional de saúde, passando pela falta de apoio logístico, ou seja, falta de recursos financeiros e técnicos e, novamente, o desconhecimento do conceito de integralidade, até a falta de compromisso dos gestores, cujo discurso não é

seguido de efetividade prática. Estes mesmo gestores são citados quando foram questionados sobre o que facilitaria a prática da integralidade, surgindo como componente fundamental, juntamente com a comunidade coparticipante, a própria equipe de saúde e, mais especificamente, o médico e o agente comunitário de saúde, mostrando aqui um indicativo da fragmentação a que a integralidade pretende combater.

Neste sentido, ao serem incitados a sugerir o que poderia ser feito para melhorar a prática da integralidade na UBS em estudo, obteve-se a necessidade de melhorar as condições objetivas de trabalho, principalmente em relação à infraestrutura e conforto. No entanto, ficam mais evidenciados discursos referentes às questões subjetivas, como a necessidade de maior articulação e capacitação profissional da equipe e melhor acolhimento ao usuário. Esta noção fica dimensionada nos atributos que o trabalhador de saúde tem ou adquire no processo de trabalho em saúde, atributos estes que lhe permitem dirigir ao usuário um olhar integral redefinindo sua postura, diante do mesmo. Constata-se, portanto, de acordo com Silvestre e Costa (2003), que a discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde.

É importante salientar também que com a universalidade e equitatividade de atendimento, o Programa ampliou o acesso de usuários em larga escala liberando uma demanda reprimida de usuários, que implica em aumento de gastos e de necessidade de potencializar a capacidade de comunicação e otimização dos serviços. A fragilidade em oferecer um suporte de materiais, medicamentos e fluxos seguros de referência e contra-referência pode comprometer significativamente a materialização da integralidade. Além disso, a prioridade de implementação das UBS em áreas

consideradas de risco, com o deslocamento de seus profissionais em visitas domiciliares, constitui-se muitas vezes em temor para estes profissionais pela proximidade com o tráfico de drogas, assaltos e outras violências, sendo apontado como fator dificultador no processo da integralidade. De acordo com Senna (2002) e Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002), o fato das ações de uma UBS ter sido implementado em áreas periféricas onde as famílias ficam à margem dos serviços de saúde faz com que a demanda espontânea seja alta, contribuindo para que os profissionais identifiquem este fator como nó crítico na realização de suas atividades.

A avaliação negativa feita aos gestores, comum tanto para os profissionais de nível superior como técnico, onde mesmo os fatores positivos levantados são baseados em promessas de melhoria das condições de trabalhos e não em práticas efetivas, está relacionada principalmente a fatores estruturais, materiais e organizacionais direcionadas para o Centro de Saúde, trazendo aspectos que fazem parte da realidade nacional, coerente com as várias pesquisas realizadas no país (Dimenstein & Santos, 2005; Rocha & Trad, 2005; Ribeiro, Pires & Blank, 2004) que apontaram resultados semelhantes retratando a realidade precária da atenção básica de saúde no Brasil.

Em relação à necessidade de maior articulação, outro aspecto bastante pontuado pelos profissionais do estudo, é importante pontuar que, apesar dessa estratégia ser operacionalizada a partir das UBS, todo o sistema deve estar estruturado segundo a sua lógica, pois a continuidade da atenção deve ser garantida, por um fluxo contínuo setorial. A implantação da mesma vem possibilitando a integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

O objetivo da integralidade voltada para atenção básica e resolutividade, é a de que os profissionais de saúde, ao conviver também no ambiente dos usuários que

assiste, estabeleçam um elo de ligação e de conhecimento sobre os processos e mecanismos de saúde e doença que os envolvem possibilitando uma ação voltada para as necessidades da população e não apenas para as demandas. Esta concepção também corresponde ao que os diversos autores entendem por visão integral de saúde. Segundo Westphal (2006), observa-se que a facilitação no acesso do usuário, também citado no discurso dos profissionais de saúde como relevante na prática da integralidade, constitui-se em ferramenta neste processo, e que o apoio social, aliado a informação e a orientação, caracterizam um atendimento psicossocial. Este apoio social oferecido pelos profissionais, deve ocorrer em conjunto com o tratamento médico tradicional, através de um acompanhamento sem substituí-lo. Para o autor, esta categoria, o apoio social, além de trabalhar com a questão da atenção básica, no qual não implica na cura, deve atuar mais no aumento da sobrevida nos casos de doenças crônicas, como a Aids.

Enfim, é importante pontuar que, conforme afirma Mattos (2001), esta dificuldade de explicitação da prática da integralidade pelos participantes da pesquisa não significa que as ações na prática diária dos trabalhadores não estejam permeadas por ela. Talvez resulte da polissemia que este termo apresenta com diferentes sentidos e usos, pelo fato das pessoas, não viverem a rigidez dos conceitos, e sim a maleabilidade das noções. Os discursos, no entanto, expressaram momentos de silêncio, de dúvidas e revelações de uma ausência de reflexão sobre este termo.

6.3 - Atenção à Aids na Unidade Básica de Saúde

O discurso dos profissionais de saúde frente a epidemia do HIV/Aids, revela que esta realidade tem requerido destes uma postura mais voltada ao aspecto afetivo das relações, colocando-os frente a suas próprias limitações diante de uma realidade

compartimentalizada e fragmentada. O medo prevalece como categoria mais forte, seguidos do preconceito, impotência e aceitação permeados por um discurso que fala do desconhecimento.

A transformação da relação profissional-usuário configura-se como essencial para efetivação do modelo de atenção à saúde condizente com o princípio da integralidade. Por outro lado, a objetivação do atendimento ao portador do HIV/Aids, quando aliada ao medo pelos profissionais da área da saúde está associada a possibilidade de contágio por acidente de trabalho. Este fato pode estar amparado em estudos realizados por Brandão e Starling (2000), ao afirmarem que somente no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2001 ao mês de agosto de 2003 foram notificados 144 acidentes biológicos, dos quais, em 35% dos casos o paciente-fonte era HIV positivo. Dentre estes profissionais, 16 eram médicos, 08 eram enfermeiros e 42 eram profissionais de saúde de nível médio, como auxiliares de enfermagem. Brandão e Starling (2000) afirmam ainda que estes profissionais apresentam sofrimento psíquico intenso logo após o acidente pelo medo de estarem contaminados com o vírus HIV, e as repercussões psicossociais após o acidente estão intimamente ligadas às representações que o profissional e a comunidade na qual está inserido tem da Aids, geralmente percebido como algo aterrorizante associado à morte.

Pode ser também observado que a Aids aparece como fenômeno contraditório e antagônico. À simples menção da palavra Aids, emergem naturalmente, sentimentos voltados para vida e a dor, o desespero e a solidariedade, a gravidade de uma situação e a qualidade de vida, a responsabilidade para consigo mesmo e a falta de auto-cuidado. Sentimentos como o amor e o medo, são considerados facetas de um quadro naturalizado como feio e ameaçador, podendo ao mesmo tempo se converter em

esperança e vida. Todos estes sentimentos se fazem presentes no atendimento ao portador de doenças crônicas, como a Aids.

Com o aparecimento da Aids, de acordo com Saldanha (2003), a prática em saúde, tem acompanhado a perspectiva atual, acentuando de certa forma a discrepância entre o conhecimento tecnocientífico e as demandas psicossociais exigidas pelo atendimento. Segundo esta autora, a Aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de atenção ao paciente como um todo e não apenas o exame do órgão doente. Trouxe, de igual modo, a demanda de lidar com questões afetivas e sociais, antes relegadas a segundo plano. Embora vivenciem a Aids em seus cotidianos, estes profissionais buscam um distanciamento ou neutralidade diante da doença. Acerca desta questão, Camargo (1992) aponta que, da mesma forma que seus pacientes, o profissional vê o mundo por intermédio do filtro de suas representações. Entretanto, seu imaginário está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica; essa racionalidade assume, portanto, uma atitude defensiva destes profissionais, diante das incertezas e ameaças que a Aids provoca.

Nos hospitais e instituições que atendem o paciente com Aids, o estigma que acompanha todos os aspectos relacionados com a doença, tem se constituído no maior bloqueio ao tratamento, revelando-se entre os profissionais de saúde. De acordo com Saldanha (2003), na prática profissional, instituída nos hospitais e serviços de saúde, o suporte ao paciente com Aids ainda sofre as consequências do despreparo, da desorientação e das questões afetivas que envolvem o trato psicossocial da doença, enquanto o tratamento clínico é favorecido por constantes descobertas. Diante do confinamento da prática em campos estanques, nos quais por um lado, a busca pelas questões subjetivas do atendimento colide com o caráter assistemático da intervenção e, por outro, as questões técnicas prevalecem pela desvitalização e objetivação da relação

terapêutica, a formação profissional volta-se para conhecimentos instrumentais que particularizam a ação e especializam as intervenções. Da mesma forma, ao apreender a Aids não apenas no âmbito biomédico, mas também em suas dimensões sociais, culturais e psicológicas, os profissionais reiteram a necessidade do aporte de vários campos do conhecimento na atenção às pessoas com Aids.

Ao responderem sobre a prática do atendimento ao usuário soropositivo na UBS em que trabalham, surgiram enunciações voltadas para a importância do acolhimento e do atendimento humanizado, do sigilo, das medidas de biossegurança. e da ausência de discriminação. Alguns profissionais trazem ainda um atendimento mais técnico justificado pelo seguimento ao protocolo do Programa de Aids, mas sem envolvimento com o usuário.

Mesmo que o acolhimento, um dos pilares no atendimento preconizado pelo PNDST-AIDS, seja bastante enfatizado nos discursos dos profissionais de saúde estudados, em sua maioria emerge como “falta de acolhimento”. Tal acolhimento é comprometido pelo excesso de atribuições e responsabilidades da equipe de saúde, decorrentes da grande demanda de atendimentos, bem como pela lacuna formada pelas relações interdisciplinares deficitárias e o sistema de referência prejudicando a implantação de fluxos de assistência, além do desconhecimento do perfil do usuário. Alves (2005), afirma que é necessário os profissionais de saúde conhecerem inicialmente os indivíduos para os quais se destinarão as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos, papéis além das condições em que vivem, para posteriormente envolvê-los nestas ações. Nesta situação, restaria aos profissionais um atendimento técnico ou “mecânico”, como denunciado, com a ressalva de que isso não é específico para pacientes soropositivos, mas para todos os usuários.

O aconselhamento pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e paciente, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. Portanto, além do acolher, o profissional deverá permitir que o paciente fique a vontade e que entenda a sua vulnerabilidade, podendo assim criar estratégias que promovam a sua saúde (Brasil, 1999). No entanto, conforme Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2004), a complexidade do atendimento, além de acarretar um enorme desgaste psicológico para o profissional envolvido, dificulta a identificação dos principais fatores deste desequilíbrio, multideterminado pelo medo, falta de informação, crenças e valores e, principalmente, pela forma parcelar com que a doença é encarada dentro dos meios especializados.

As práticas no contexto específico da Aids efetivadas pelos profissionais de saúde investigados foram separadas em três grupos: informativas (palestras), interventivas (grupos de prevenção e distribuição de preservativos) e clínicos (atendimento e procedimentos clínicos e laboratoriais). Observou-se através dos discursos, que a educação em saúde é entendida basicamente em transmitir para a população informações, conhecimentos e práticas educativas consideradas saudáveis e que previnam as doenças. Ou seja, ensinar à população o que é correto para não adoecer. Enquanto a intervenção desenvolvida na UBS trata-se de distribuição de preservativos e panfletos, podendo ser classificadas como sendo limitadas e de pouca abrangência. Vale ressaltar que a maioria dessas atividades mencionadas são desenvolvidas de forma esporádica e exclusivamente com a demanda espontânea que procura o serviço para o atendimento. Ou seja, não existe programação específica com metas, objetivos e estratégias definidas. Nas UBS pesquisada, não se observou o trabalho multiprofissional, sendo esta uma das queixas dos vários profissionais de

saúde, sugerindo o despreparo dos profissionais de saúde quanto ao trabalho coletivo em saúde.

A educação em saúde em AIDS, segundo Torre e Enders (1999), deve assumir um caráter mais reflexivo e transformador. A educação é uma função inerente aos profissionais de saúde, e embora aparente ser simples e fácil, é um processo complexo que envolve numerosos aspectos inerentes ao comunicador, a comunicação e a audiência para que as metas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados. Conforme refere Pompidou (1988), não basta simplesmente oferecer informações, pois “estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas, decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer”. Portanto, é necessário desenvolver o senso de responsabilidade individual e grupal; só esse compromisso pode conduzir às mais efetivas e aceitáveis mudanças de comportamento, uma vez que se baseia em aceitação e não em obrigação. Corroborando, Saldanha (2003) afirma que é importante ressaltar como as explicações são repassadas, se pelo simples repasse de conteúdos, visto como orientação informativa, de caráter normativo, ou pela valorização da interação profissional/paciente, incentivando a troca de conhecimento e a verbalização de dúvidas e temores, visto que a falta de informação sobre a doença e o tratamento pode levar o paciente a construir com seus próprios meios, um discurso com matérias fragmentados.

Há que se destacar a importância desta equipe multidisciplinar como estratégia de construção de práticas assistenciais integrais, qualificando a assistência e propiciando transformações nas relações tradicionalmente estabelecidas pelos serviços públicos e de saúde. No entanto, a estrutura dos serviços com base na multidisciplinaridade, segundo Saldanha e Figueiredo (2004), não tem garantido respostas adequadas. Ainda que no campo intelectual este trabalho tenha emergido como possibilidade, na prática ele está

fortemente organizado em torno do modelo médico, em que as demais áreas congregam seus trabalhos em torno da racionalidade clínica e na busca de autonomia, resultando na compartimentalização do atendimento. As práticas dos diferentes profissionais são freqüentemente isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando dificuldade de interação entre diferentes competências técnicas. A busca da integralidade, muitas vezes é confundida com ações de encaminhamento dos usuários, configurando em justaposição de ações. Ou ainda, tem-se a percepção do trabalho multidisciplinar como estratégia para reforçar prescrições, reforçando a convivência segmentada e autonomizada das diferentes competências técnicas.

Todas estas questões remetem às bases do fenômeno Aids, colocando a descoberto algumas contradições que determinam as principais dificuldades para o trato psicossocial do paciente, tanto a nível técnico e profissional, quanto dentro da sociedade organizada. Por mais que as equipes profissionais estejam instrumentalizadas técnica, teórica e tecnologicamente, sua compreensão do fenômeno restringe-se ao seu corpo especializado e a ação ressente-se, na prática. Se a informação técnica é essencial para a superação de questões estruturadas da ação imediata, falta à maioria dos especialistas a competência social para ultrapassar os limites da compartimentalização do conhecimento (Saldanha & Figueiredo, 2004).

A questão da integração dos serviços, no município é um dos mais graves impedimentos da integralidade na atenção a saúde. Enquanto a maioria dos profissionais de saúde qualificaram o sistema de referência como satisfatórios, com a ressalva de que não conhecem os serviços referenciados em sua forma de atuação, o sistema de contra-referência foi classificado com insatisfatório e até mesmo como inexistente de forma unânime. Constatou-se, portanto, que os serviços não se comunicam e tem lógicas próprias e distintas. Ainda que no limite de espaço da USF e sua área de abrangência

possam ser desenvolvidas ações integrais, sob os princípios da adscrição e do vínculo, quando a necessidade de saúde requer ações de níveis mais complexos (como exames, atendimento médico especializado e hospitalização) o sistema local de saúde mostra-se extremamente vulnerável. Segundo Alves (2005), corroborando com os profissionais entrevistados, a integração do sistema através de um sistema de referência e contra-referência é condição fundamental na garantia da atenção continua dos usuários cobertos por programas como o Programa da Saúde da Família e os da Unidade Básica de Saúde.

A utilização irregular dos protocolos e rotinas para o acesso a estes serviços de referência e contra-referência, pelos discursos analisados, parece não se limitar apenas à dificuldade no acesso aos demais serviços, mas também à aspectos relativos ao processo de trabalho de cada profissional, ou seja, à compreensão que cada um possui do seu trabalho e do seu nível de conhecimento das ações de saúde e do seu papel dentro da rede de saúde do município. De acordo com tudo isto, está o fato das informações imprecisas ou negligenciadas pelo serviço de contra referência não serem repassadas para a unidade de origem. Com isso há uma tendência do trabalho destes profissionais em reproduzir processos tradicionais de organização do trabalho assistencial onde predomina a fragmentação (Alves, 2005).

Alguns dos entrevistados, especialmente os profissionais médicos, atribuem algumas dificuldades no sistema de referência e contra-referência a falhas na programação da oferta nos demais níveis do sistema e ao perfil inadequado dos profissionais destes níveis para trabalhar na lógica sistêmica. Este perfil inadequado pode ser causado pela cultura histórica de serviços herdados de outras esferas de governo, federal, estadual, no processo de municipalização e que tinham tradicionalmente, a oferta de serviços quase que exclusivamente voltada para a assistência

médica especializada, sem articulação com outros serviços. Embora o sistema de referência e contra-referência municipal venha se organizando, as duas categorias envolvidas na pesquisa, (profissionais de nível superior, e nível médio), demonstraram preocupação com as dificuldades com a retroalimentação do sistema, concorrendo para comprometer a resolutividade local e a credibilidade destes profissionais com o programa.

Foi também observado que nem os gestores do sistema nem a organização administrativa, responsáveis pelo sistema de referência e contra-referência, por si só, não garantem a atenção contínua aos usuários, como também não estabelecem uma lógica de funcionamento em rede. É necessário, portanto, estabelecer uma política de desenvolvimento do sistema de saúde na direção desta integração. Outro elemento que poderia estar dificultando o funcionamento deste sistema pode estar relacionado com a operacionalização do próprio sistema. O número de etapas que a referência deve passar para atingir o seu objetivo final parece ser excessivo, quando verificado a partir do fluxo proveniente da Central de Marcação de Consultas. Segundo os profissionais de saúde entrevistados, é comum algumas consultas marcadas retornarem ao Centro de Saúde, por atraso ou por inexistência de vaga para aquele período solicitado, ou ainda que a informação ao usuário acerca de sua solicitação aconteça em data posterior a do agendamento da consulta ou do exame solicitado, levando a que, por atraso no fluxo administrativo das referências, o que acarreta a perda de um procedimento marcado.

As ações de saúde isoladas não conseguem resolver problemas sanitários, pois em muitos casos, eles são derivados de situações sócio-econômicas e culturais desfavoráveis, o que caracteriza a carência de alguns setores, como nível educacional e formação acadêmica dos servidores da UBS, para o entendimento dos princípios e orientações da saúde e a presença de um sistema interligado pelo SUS. Aliado a este fato, também emerge o desconhecimento da intersetorialidade das ações de saúde, dificultando a compreensão da integralidade.

Diversos elementos são relatados nas entrevistas como relevantes no sentido de proporcionar a integração do sistema de referência e contra-referência, fazendo chegar a conclusão de que a análise de cada um poderia ser objeto de diversas pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a integralidade da atenção, a partir da percepção dos profissionais da Secretaria de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde do Município de João Pessoa.

A base deste estudo, para a prática da integralidade, está voltada para uma doença crônica, a Aids, em virtude do programa de ações da Secretaria de Saúde do Município contemplar medidas direcionadas para prevenção e promoção da saúde, principalmente em bairros com alta prevalência para o HIV, como no caso estudado, exigindo monitoramento constante da situação dos infectados através de um sistema de informação como referência e contra-referência, apoio a pessoas vivendo com HIV/Aids na comunidade de referência, além de proporcionar o incentivo à educação continuada para população da área confinada, como estratégia de prevenção à Aids.

Observou-se, a partir dos objetivos específicos da pesquisa, a identificação de alguns pontos na avaliação dos profissionais de saúde que participaram da mesma. Com relação ao questionário de competências gerais, conclui-se que, em todas as competências profissionais da área da saúde, como técnicas, organizacionais, comunicativas, sociais, pessoais do cuidado, de serviço, e por fim, as sócio-políticas, os profissionais de saúde que responderam ao questionário possuem dificuldades de identificar capacidades e habilidades específicas necessárias à prática da integralidade. Considerando, por exemplo, as competências de serviço, de acordo com as que foram agrupadas por Gontijo (2007), pela Resolução 04, de 08/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (Brasil,2000), que apontam a importância destes profissionais compreenderem e se indagarem sobre os impactos que

seus atos terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários, ou ainda a forma como seus clientes ou usuários serão beneficiados, pode ser percebido que ainda não foi estabelecida, no âmbito da unidade de saúde, a divisão de responsabilidades, ou mesmo o desenvolvimento do trabalho em equipe de forma homogênea e organizada, não havendo, também, boa relação interpessoal, sem prevalecer a resolutividade ou aumento da cobertura, fazendo-se respeitar princípios do SUS, como a equidade e a integralidade das ações.

Também foi observado que, em outras competências, como as pessoais, apesar dos profissionais de saúde entenderem a importância de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, ou ainda desenvolver auto-estima, valorizando a liderança e segurança, ainda possuem visão estratégica limitada, sem flexibilidade, que possibilite criar soluções novas, ou alternativas, para melhor resolver a diversidade de desafios nas situações consideradas como imprevistas.

Diante destes resultados, pode-se inferir que, se por um lado, as competências relatadas com maior destaque pelos profissionais de saúde deste estudo, são representativas da proposta do SUS, por outro lado, as competências menos citadas - Criatividade com iniciativa e flexibilidade; Interação e conhecimento da comunidade e promoção e educação em saúde – principalmente entre os profissionais de saúde de nível superior, demonstram que os princípios do SUS ainda não estão completamente compreendidos pela equipe de saúde. Esses resultados apontam para a necessidade premente de introduzir e implementar novas bases, que forneçam instrumental crítico necessário ao desempenho da profissão, reduzindo ou problematizando o impacto negativo da formação tecnicista e hegemônica.

Os dados referentes às entrevistas tiveram como objetivo averiguar as percepções destes profissionais acerca das ações realizadas pelos mesmos, voltados para

a prática do trabalho realizado, levando-se também em consideração suas atitudes e representações, diante do atendimento a portadores do HIV/Aids. Corroborando com o modelo de entrevista qualitativa, proposto por Bauer & Gaskell (2003), os profissionais de saúde entrevistados puderam fornecer uma análise detalhada de suas crenças, atitudes, valores e motivações acerca da sua percepção sobre a integralidade da assistência a saúde, fatores dificultadores e facilitadores da garantia da integralidade, além da articulação que existe entre a UBS com os serviços de assistência especializada.

Foram identificadas situações como a avaliação negativa destes profissionais sobre a prática da integralidade, como também ao deficitário sistema de referência e contra- referência na articulação que esta unidade mantém com outras unidades, além das condições de trabalho fornecidas pelos gestores e a falta e/ou insuficiência de capacitações.

Os profissionais de saúde apontaram resultados expressivos no que se refere, por exemplo, à visão integral da saúde, com clara percepção na importância da associação de ações preventivas e curativas. Neste contexto, a grande maioria dos entrevistados vê a pessoa como um todo, e integrado ao seu ambiente, onde a moradia, saneamento, trabalho, lazer e educação são condições indispensáveis na qualidade de vida. Entretanto, no que se refere à integralidade enquanto princípio do SUS, as suas concepções ainda são falhas, deixando de ser entendido como princípio norteador, principalmente com os profissionais de nível médio exigindo dos gestores do serviço público a promoção de ações imediatas, educativas, favorecendo a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, garantindo, ainda, a atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica.

Outro aspecto importante relatado pelos entrevistados são os fatores facilitadores ou dificultadores, que contribuem para o exercício da integralidade, por serem considerados muito precários os serviços oferecidos. Fatores apresentados pelos entrevistados, como a desmotivação ou descompromisso da própria equipe de saúde ou dos próprios gestores e falta de apoio logístico, aliados ao desconhecimento do sentido da integralidade, dão margem para que se entenda que apesar de seguir vários princípios, o SUS não consegue atingir suas metas. O que se vê, na realidade, são funcionários e usuários insatisfeitos com o atendimento oferecido; que se auto-avaliam como sem qualificação para trabalhar em equipe, sem criatividade, iniciativa e flexibilidade, e que reclamam da falta de medicamentos, equipamentos, especialistas, entre outros tantos fatores que desfavorecem a utilização dos programas oferecidos pela Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

Outra conclusão retirada, a partir dos depoimentos destes profissionais, é a de que a posição assumida pelos mesmos não ocorre de forma livre e por espontânea vontade, mas sim por imposição do sistema público de saúde que, por não oferecer serviços de qualidade, faz com que estas pessoas adotem uma postura de conformismo, esquecendo da necessidade do desenvolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho. Os discursos dos participantes da pesquisa deixam claro que o serviço de saúde, precisa de reformulação e de reavaliação de seus princípios. É necessário que o programa seja melhorado, o atendimento ampliado, a qualidade elevada, a estrutura reforçada, pois na situação atual poderá se transformar em mais um empreendimento de saúde defasado no Brasil.

De acordo com os dados levantados na presente pesquisa, é possível concluir que, apesar das propostas do SUS para saúde pública, no Brasil, enfatizar o fator promoção e prevenção da saúde da população, observa-se que entre os profissionais de

saúde em geral o modelo curativista ainda prevalece no tratamento da saúde. É preciso, pois, a conscientização da necessidade de incorporar o comportamento de prevenção e promoção da saúde nas suas rotinas visando melhor qualidade de vida para os usuários, entretanto para que isto aconteça, faz-se necessário que o sistema público de saúde, passe a incrementar as estratégias voltadas para esta finalidade.

Por fim, o trabalho que culminou na presente dissertação constitui-se não como um fim em si mesmo, mas principalmente como contribuição para a ampliação do estudo da realidade dos serviços sanitários propostos pela Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, no que se refere à formação adequada dos profissionais de saúde, pela prática da integralidade e a articulação das unidades básicas de saúde com os outros serviços.

Igualmente, pretende-se, a partir deste estudo, que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, possam ser levadas em consideração na busca de aprimorar os serviços oferecidos pela Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, fazendo assim com que o quadro de seus funcionários sinta-se valorizado em suas reivindicações e sinta-se motivado a oferecer atendimento básico de saúde de qualidade, respeitando o princípio básico do SUS, ao preconizar que todas as pessoas têm o direito de serem atendidas nos serviços públicos, de forma ética, equitativa e integral, na hora em que necessitem.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Altmann, E. B. C. (1977). *Fissuras labiopalatinas* (4^a.ed.).Carapicuíba, SP: Editora Carapicuíba, Pró-fono, Departamento Editorial.
- Alves, R.G.E. & Ramos.P.L.D. (2002). *Profissionais de Saúde: Vivendo e Convivendo com HIV/AIDS*,São Paulo, SP: Editora Santos.
- Alves, V.S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, 9(16): 39-52.
- Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 10 (3): 234 – 256.
- Azevedo, C. S. (2002). Liderança e Processos Intersubjetivos em Organizações Públicas de Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3): 274-289.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2003). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bertolli, C., Filho (2002). *História da saúde pública no Brasil*. (4^a Ed.). São Paulo, SP: Editora ática.
- Brandão, J. & Starling, P. (2000). *Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 124 p.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 292 p.
- Brasil. Ministério da Saúde (1999). *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. (3^a Ed). Brasília.

- Brasil (2000). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Informe técnico-institucional: programa saúde da família*. São Paulo, SP: 34(3): 316-319.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Organizando o SUS a partir do PSF. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, Edição especial: 7-23.
- Camargo Jr., K.R. (1992). Irracionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 2 (1): 203-228.
- Camargo, Jr., K. R. (2007). Conceitos de saúde/doença e a produção acadêmica, *Physis*, 17(1): 9-13.
- Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco, 8(2): 569-584.
- Cecílio, L. C. O. (2001) As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (Org.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-125). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Chesney, M.; Morin, M.; Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. Soc Scien & Med.
- Cordeiro, H. (2001). A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família. In: B.K.G. Arruda (Org.), *A educação profissional em saúde e a realidade social* (pp.87-119). Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- Coutinho, M. P. L; Saldanha, A. A. W. (2005). *Representação Social e prática de pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária.

- Deslandes, S. F. (2004). Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1): 07-14.
- Dimenstein, M & Santos. Y. F. (2005). Avaliação em serviços de saúde: o que pensam usuários da rede básica de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 69-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Escorel, S. (2002). Análise da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese e principais resultados. *Série C. Projetos, Programas e Relatórios*, (pp.131-132), Brasília: Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Políticas de saúde/Departamento de Atenção Básica, Ed. MS.
- Galvão, J. (2002). *Uma Cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA.
- Geraldes, P.C. (1999). *A saúde coletiva de todos nós*. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda.
- Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4^a Ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gontijo, L.P.T. (2007). *Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde*. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.saber.usp.br>
- Kubler-Ross, Elizabeth (1988). *AIDS: o desafio final*. São Paulo: Ed. Best Seller.
- Lucchese, P.T.R. (1996). Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implantação do Sistema Único de Saúde: Retrospectiva. 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília: IPEA, dez. n. 14, 75 -152.
- Macedo, A.C.D. (2004). *Evolução Histórica da Política de Saúde no Estado da Paraíba (1960 a 1990)*. João Pessoa: Idéia.

- Malbergier, A & Stempliuk, V. A. (1997). Os médicos diante do paciente com Aids: atitudes, preconceitos e dificuldades, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(5).
- Martins, J. & Bicudo, M.A.V. (1999). *A pesquisa qualitativa e psicologia: fundamentos e recursos básicos*. (2^a ed). São Paulo: Editora Morais.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (Org.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (pp. 39-63). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Mattos, R. A. (2002). O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobreas grandes cidades. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, 12 (1)77-108.
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, 20 (5), 1411-16.
- Milio, N. (1983). *Promoting Health Through Public Policy*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Ministério da Saúde (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS/Descentralização)*. Brasília: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2002a). *Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Departamento de Atenção Básica.
- Ministério da Saúde (2002b). *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasilia: Departamento de atenção básica.
- Ministério da Saúde (2004a). *Manual de Auditoria com gestão dos recursos financeiros do SUS*. Brasília: Departamento Nacional de Auditoria. DENASUS.
- Ministério da Saúde (2004b). *Normas técnicas para prevenção da transmissão do HIV nos serviços de saúde*. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Boletim Epidemiológico*. Ano III nº01- 01^a a 26^a semanas epidemiológicas, Brasília: PN/DST-AIDS.

Ministério da Saúde (2007). *Boletim Epidemiológico*. Ano V nº 01 – 27^a a 52^a semanas epidemiológicas , Brasília: PN/DST-AIDS.

Organização Mundial de Saúde – OMS. (1994). *Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Paiva, V., Leme, B., Nigro, R. & Caraciolo, J. (2000). Lidando com a Adesão: A Experiência de Profissionais e Ativistas na Cidade de São Paulo. Revisão da Literatura Médica. In: R. P. Teixeira; V. Paiva, & Shimma.(Orgs.), *Ta Difícil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids.

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35 (1), 103 – 109.

Pinheiro, R. & Guizardi, F. L. (2004). Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: R. Pinheiro & R.A. Mattos (Orgs.), *Cuidado:as fronteiras da integralidade* (pp. 21-36). Rio de Janeiro: Abrasco.

Pompidou, A. (1988). National AIDS information programme in France. In: *WHO.AIDS: prevention and control*. (pp. 28-31). United States Pergamon Press.

Ribeiro, C.G.; Coutinho, M.P.C. & Saldanha, A.A.W. (2004). Estudo das Representações Sociais sobre a Aids por Profissionais de Saúde que Atuam no Contexto da Soropositividade para o HIV. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, 16(4): 14-18.

Ribeiro, E.M.; Pires, D. & Blank, V.L.G. (2004). A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa ?Saúde da Família. *Caderno de saúde Pública*, 20(2), 438-446.

- Rocha, F.M.G. (1999). *Política de Prevenção ao HIV/Aids no Brasil: o Lugar da Prevenção nesta Trajetória*. Dissertação de mestrado, Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Rocha, A.A.R.M & Trad, L.A.B. (2005). A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface – Comunicação saúde e Educação*, 9(17): 303-316.
- Roitt, I. (2004). *Imunologia*. (6^a ed.). São Paulo: Editora Manole.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, SP.
- Saldanha, A.A.W. & Figueiredo, M.A.C. (2004). Atendimento Psicossocial à Aids: A Busca pelas Questões Subjetivas. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, 16(3): 84-91.
- Santos, G. I. C. (1995). *Sistema Único de Saúde*. (2^a ed.). São Paulo: Editora Hucitec.
- Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. Coordenação de Vigilância Epidemiológica.. (2004). *Boletim Epidemiológico do NCDST/AIDS*. João Pessoa:PB.
- Secretaria de Saúde de João Pessoa. (s.d.). *Coordenação de DST/Aids - Apresentação*. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretaria/saude>. Acesso em 27 de maio de 2007
- Senna, M.C.M. (2002). Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, 20(96): 1487-1494.
- Silva, A. G., Junior & Mascaranas, M. T. M. (2004). Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: R. Pinheiro & R.A. Mattos (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. (pp. 241-257). Rio de Janeiro: Abrasco,

- Silvestre, J. A. & Costa, M.M., Neto (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, 19 (3):243-265.
- Torres, G.V. & Enders, B.C. (1999). Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 7(2): 71-77.
- Trad, L. A. B.; Bastos, A. C. S.; Santana, E. M. & Nunes, M. O. (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, 7(3), 581 -589.
- Westphal, M. F. (2006). Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: G. W. Campos; M. C. S. Minayo; M. Akeman; M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva*.(pág?) São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Zanetti, C. H. G. (1999). *A Crise na Odontologia Brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação criativo da massa*. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Odontologia.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Este questionário será utilizado em uma pesquisa sobre o atendimento às DST/AIDS por profissionais de saúde desta U.B.S. Você é livre para aceitar ou recusar. Caso aceite, solicitamos responder o que se segue:

Dados bio-demográficos

1.Cidade:_____ Bairro:_____

2.Unidade de saúde:_____

3.Órgão gestor da U.B.S._____

4.Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

5.Estado Civil:() casado () solteiro ()viúvo () divorciado () outros

6.Formação acadêmica: () superior () pós-graduação () 2º grau () outro

7.Sua função na unidade de saúde: () nível superior () nível médio produtivo
() nível administrativo () auxiliar de serviço

8.Faixa salarial:

() Abaixo de 500 reais () de 501 a 1000 reais () De 1001 a 3000 reais ()

a 2000 (), acima de 3000 reais ()

reais () de 1001 a 1500 reais, de 1501

Acima de 3001 reais.

9. Outras fontes de emprego: () sim () não

10. Participação em cursos de atualização nos últimos 6 meses: () sim () não

11. Sua unidade de saúde oferece boas condições de trabalho: () sim () não

12. Vínculo empregatício com a U.B.S:

() estatutária () contrato temporário () serviços prestados

13. Carga horária de trabalho por dia: _____

14. Seus procedimentos de biosegurança em relação aos pacientes podem ser considerados:

() completamente satisfatórios () satisfatórios

() insatisfatórios () inadequados

() não tenho uma opinião formada.

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questões Norteadoras:

1. Você está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenho para as atividades profissionais da sua unidade de saúde?
() muito satisfeito () satisfeito () insatisfeito () sem opinião formada
2. Na sua U.B.S. o que é necessário para uma melhor assistência aos usuários?
3. Como você define o conceito de saúde? Para você, o que é saúde?
4. Para você, o que é integralidade?
5. Qual a relação que existe entre a integralidade e o trabalho na UBS?
6. Quais os facilitadores para a integralidade?
7. O que dificulta a integralidade?
8. Como se dá o atendimento à pacientes soropositivos nesta UBS?
9. Como se dá o sistema de referencia e contra-referencia entre a UBS e os serviços especializados em Aids?
- Partindo de concretos vividos na UBS, fale um pouco sobre:
10. Qual o impacto que a Aids gera nesta comunidade?
11. Como se dá o atendimento a estas pessoas em situações de acolhimento, consulta e sigilo?
12. Quais as ações de saúde que você presta? Como você realiza o cuidado a esta demanda?
13. Como você aborda o diagnóstico e encaminhamento deste paciente?
14. Como você avalia a articulação entre a UBS e os serviços especializados de Aids

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO SOBRE COMPETÊNCIAS GERAIS

Para cada uma das **COMPETENCIAS GERAIS** listadas, **circule apenas 1 alternativa** na escala numérica de 1 a 5, indicando o seu nível de concordância ou discordância. Considere o quanto cada competência se faz necessária na sua prática cotidiana.

COMPETÊNCIAS GERAIS	NIVEIS DE CONCORDÂNCIA				
	Discordo Total	Discordo Parcial	Não Sei	Concordo Parcial	Concordo Total
1. CRIATIVIDADE COM INICIATIVA E FLEXIBILIDADE Possuir visão estratégica, iniciativa, flexibilidade e criar soluções e novas alternativas para melhor resolver a diversidade de desafios e situações imprevistas presentes na atenção básica e também frente às subjetividades e reações diversificadas dos indivíduos.	1	2	3	4	5
2. GERENCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO Administrar de forma adequada e organizada a atenção básica, considerando que no SUS sempre se depara com uma diversidade de problemas.	1	2	3	4	5
3. HUMANIZAÇÃO Acolher, escutar, examinar, investigar, e tentar resolver ou conduzir os problemas junto com os usuários do serviço de saúde, com respeito e dignidade. Respeitar os valores, crenças, valores culturais e morais do usuário. Ter atitude comprometida e visão integral do usuário na resolução ou conduta de seus problemas, através do encaminhamento para outras instâncias, disponibilizando métodos educativos e de prevenção.	1	2	3	4	5
4. INTERAÇÃO E CONHECIMENTO DA COMUNIDADE EM QUE ATUA Conhecer-se e interar-se da comunidade em que atua, inclusive trabalhar junto às lideranças locais e conselhos de saúde, para alcançar resultados satisfatórios, a participação popular e o controle social.	1	2	3	4	5
5. LIDERANÇA Comunicar-se com clareza, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e motivando todos do grupo. Reconhecer o momento certo para agir	1	2	3	4	5

adequadamente e ter disponibilidade para assumir compromissos junto à equipe de trabalho.					
6. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE Desenvolver ações contínuas de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e orientações gerais sobre os serviços de saúde disponíveis, junto aos usuários, equipe de atendimento, grupos prioritários de atenção e a população em geral. Utilizar diferentes espaços da comunidade (escolas, creches, igrejas, dentre outros locais), em busca do cumprimento das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da contribuição para a melhoria da consciência sanitária, o auto-cuidado e da qualidade de vida e de saúde da população.	1	2	3	4	5
7. SEGURANÇA E CONFIANÇA Agir de forma segura, firme, confiante e competente, aliando-se ao usuário e à equipe, favorecendo a colaboração máxima aos procedimentos e tratamentos prescritos	1	2	3	4	5
8. TRABALHO EQUIPE MULTIPROFISSIONAL Promover a divisão de responsabilidades, cultivar o trabalho em equipe, a boa relação interpessoal, o suporte mútuo entre os profissionais e o esforço conjunto para traçar os objetivos traçados (e não os próprios interesses), tendo em vista a alta demanda e as necessidades acumuladas da atenção. Acrescenta-se a isto, atender as necessidades dos usuários em equipe, respeitando os princípios do SUS, praticando a equidade e a integralidade de ações, de forma produtiva, resolutiva e com aumento de cobertura.	1	2	3	4	5

Você gostaria de acrescentar mais alguma competência?

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre todas as condições do que trata a pesquisa intitulada, A Integralidade da atenção a partir da percepção dos profissionais de uma unidade básica de saúde, tendo como pesquisador responsável Osório Queiroga de Assis, graduado em Psicologia pelo UNIPÊ, declaro que, tendo pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, autorizo a realização desta entrevista, estando ciente de que:

- Posso me recusar a responder a qualquer pergunta e tenho a liberdade de retirar o meu consentimento deixando de participar do estudo a qualquer momento;
- Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- Tenho a segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
- Os dados serão utilizados em pesquisa;
- A entrevista será gravada em MP3.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido estudo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2008

Assinatura do (a) Entrevistado (a)