



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

**DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

RONIÉLCIO RAMOS MACEDA

CEILÂNDIA – DF

2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

RONIÉLCIO RAMOS MACEDA

**DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção parcial do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Ms. Carla Pintas Marques

CEILÂNDIA – DF

2018

## **Resumo**

A integralidade se apresenta como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo identificada como atenção à todas as necessidades do usuário em quaisquer dos pontos de atenção, desde a prevenção até a reabilitação. No entanto, essa é só uma forma de entender a integralidade, pois na literatura são vários os sentidos atribuídos a este princípio do SUS. Com base na apreensão destes diversos sentidos, objetiva-se com este trabalho, identificá-los na Política Nacional de Atenção Primária (PNAB) e contrapô-los à Portaria nº 77/2017, que orienta a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. O método do trabalho está baseado na análise de conteúdo, criando-se categorias a partir das diretrizes da PNAB e tendo como produto uma matriz de operacionalização da integralidade como orientadora da análise da política distrital. Os resultados mostram que a política distrital acerta no modo de organização do trabalho da atenção primária à saúde com potencial de ordenação da rede de atenção, no entanto, ainda se mostrou pouco inclinada à centralidade do cuidado no usuário.

**Palavras-chaves:** integralidade; atenção primária à saúde; política de saúde.

## **Abstract**

Integrity in health presents itself as one of the doctrinal principles of the Unified Health System (UHS), being identified as attention to all user's needs at any points it is needed, from prevention to rehabilitation. However, this is only one way of understanding integrity in health, as there are several meanings attributed to this principle in literature. Based on the seizure of these several meanings, this work is aimed at identify them on the Primary Health Care National Policy (PHCNP) and compare them to the Ordinance nº 77/2017, that directs the primary health care policy in Federal District. The method used in this work is based on the analysis of content, creating categories from the guidelines of the PHCNP and having, as a result, a matrix of integrity operationalization guiding the analysis of the district policy. The

outcomes show that the district policy gets right in the way of organizing the work of primary health care with potential of ordinating the attention network, but it's still less inclined to centrality in user care.

**Keywords:** integrality in health; primary health care; health policy.

### **Resumen**

Integralidad en la salud se presenta como uno de los principios doctrinarios del Sistema Único de Salud (SUS), siendo identificada como atención a todas las necesidades del usuario en todas los puntos en que es necesaria, des la prevención hasta la rehabilitación. Todavía, esta es solo una forma de comprender la integralidad en la salud, pues existen muchos significados atribuidos a este principio de lo SUS. Basado en la aprehensión de estos variados sentidos, este trabajo intenta identificarlos en la Política Nacional de Atención Primaria (PNAP) y compararlos a la Ordenanza n° 77/2017, que orienta la Política de Atención Primaria en Distrito Federal. El método utilizado en este trabajo está basado en la análisis de contenido, creando categorías a partir de las directrices de PNAP y teniendo, como resultado, una matriz de operacionalización de la integralidad en la salud guiando la análisis de la política distrital. Los resultados mostraron que la política distrital acierta en el modo de organización del trabajo de la atención primaria en la salud, más que aún es poco inclinada a la centralidad en el cuidado con el usuario.

**Palabras clave:** integralidad en la salud; atención primaria en la salud; política de salud.

## **Introdução**

A integralidade se apresenta como princípio doutrinário do SUS, concebido, legal e institucionalmente, nas mais variadas formas de ações e serviços de saúde articulados entre si, sejam estes preventivos ou curativos, com foco individual ou coletivo, oferecidos em todos os níveis de atenção que compõem o sistema de saúde, a fim de materializar a saúde como direito e como serviço. Ainda, a integralidade está posta como ação social e coletiva em direção a práticas e relações de saúde mais democráticas e emancipatórias, com buscas à autonomia, pautando-se pela solidariedade e reconhecimento da liberdade de se escolher pelo cuidado e resultados em saúde que se almejam <sup>1</sup>.

Mattos <sup>2</sup> busca auxílio na noção de “imagem-objetivo” para justificar a integralidade como horizonte para as ações e práticas do cotidiano em saúde. Por “imagem objetivo” entende-se por críticas à uma realidade posta, questionando-a, e levantando possibilidades e estratégias em caminho à uma realidade desejável. Nesta realidade desejável, a integralidade se coloca como horizonte para o cotidiano das práticas de saúde, carregando em si valores como responsabilização, humanização, vínculo, acolhimento, participação da comunidade nas decisões sobre a saúde e cidadania do cuidado que coloque o usuário no centro das ações de saúde <sup>1</sup>.

Para Starfield <sup>3</sup> a integralidade das ações de saúde baseia-se na relação intrínseca das necessidades de saúde da população, como o sistema responde a estas necessidades e se a frequência destas necessidades de saúde na população permite aos profissionais desenvolver competência necessária para manejá-las.

Para a promoção da integralidade nas práticas de saúde, há a necessidade do aprendizado contínuo e interdisciplinar no entendimento dos sujeitos enquanto totalidades, considerando todas as dimensões possíveis de intervenção pela ação de saúde, individual ou coletivamente <sup>4</sup>. O conceito de "trabalho vivo em ato" emerge nesse momento como a necessidade da articulação e integração de saberes, transformando os processos de trabalho em

saúde espaços de criatividade pautados pelo diálogo e a escuta e comprometidos com as responsabilidades pactuadas entre profissionais e gerências <sup>5,6</sup>. Para tanto, desdobram-se conhecimentos técnicos e não-técnicos para que se corrija o trabalho em saúde que, historicamente, se põe fragmentado e desarticulado, ferindo a integralidade ao não responder adequadamente aos anseios e necessidades de saúde da população <sup>4,6</sup>.

A proposta de APS ampliada advinda de Alma-Ata, coloca os cuidados primários no cerne estratégico de organização dos sistemas nacionais de atenção à saúde, pautada pela integralidade das ações de saúde e participação social nas decisões sanitárias, com horizonte na promoção da saúde das populações <sup>7,8</sup>. Mendes <sup>9</sup> interpreta que o caráter estratégico da APS na organização do sistema de atenção à saúde se apresenta na compreensão do potencial de apropriação, recombinação e reordenação de recursos que, como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), consegue alinhar às reais necessidades, demandas e aspirações da comunidade.

No ano de 2017 tivemos a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) <sup>10</sup> e para o Distrito Federal (DF), com a instituição da Portaria nº 77/2017, que orienta a APS do Distrito Federal para o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) <sup>11</sup>. APS, que no DF, é historicamente relacionada à baixa cobertura e resolutividade <sup>12</sup>.

Para tanto, o objetivo deste trabalho é identificar as dimensões da integralidade na política de APS do DF, tendo a PNAB como referência para definição destas dimensões a serem estudadas e no diálogo com autores que se destacam na literatura brasileira sobre a temática.

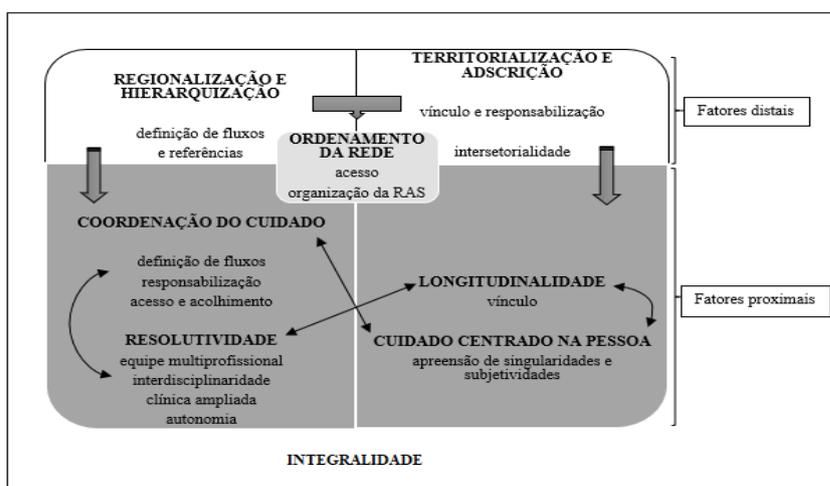
## Método

Utilizou-se como método abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, a partir de análise documental.

A partir de leitura ativa da PNAB, identificamos suas diretrizes como orientadoras para a definição das dimensões da integralidade que utilizamos na análise da Portaria nº 77/2017. A criação destas categorias de análise, que destacamos como dimensões da integralidade, foi corroborada por discussão com autores que se destacam na literatura nacional sobre Saúde Coletiva.

Como produto do método chegamos à Figura 1, que denominamos de matriz de operacionalização das dimensões da integralidade. São destacados “fatores distais” e “fatores proximais” para tal operacionalização. Por “fatores distais” (Regionalização e Hierarquização, Territorialização e Adscrição) destacamos dimensões da integralidade que se fazem no nível estrutural e macropolítico da gestão da APS e do cuidado. E por “fatores proximais” (Coordenação do cuidado, Longitudinalidade, Resolutividade, Cuidado centrado na pessoa) entendemos ser a micropolítica do cuidado, imbricada no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde no contato com os usuários<sup>13</sup>. Tratamos neste trabalho da compreensão das dimensões dos “fatores proximais” da integralidade.

Figura 1. Matriz de operacionalização das dimensões da integralidade.



Fonte: elaboração própria pelos autores.

## Resultados e Discussão

O Quadro 1 foi resultante da análise das duas políticas, nacional e distrital. A primeira coluna elenca as diretrizes da PNAB que orientam o trabalho. Na segunda coluna são dispostas as dimensões da integralidade, presentes no texto da PNAB e que auxiliam na apreensão das diretrizes. Facilitados pelas dimensões da segunda coluna, relacionam-se os artigos encontrados na Portaria nº 77/2017 que estejam em concordância textual com a PNAB, pontuados na terceira coluna. E, por fim, na última coluna, a relação de autores destaques da literatura nacional que vão discutir cada um dos pontos - diretrizes e termos – relacionados.

Quadro 1. Dimensões da integralidade, textos normativos e literatura relacionados.

Diretrizes PNAB 2017	Dimensões da integralidade identificadas	Portaria nº 77/2017	Literatura
Coordenação do cuidado	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definição de fluxos</li><li>- Responsabilização</li><li>- Acesso/acolhimento</li></ul>	Artigo 2º § 1º Artigo 3º Inciso I Inciso IV Artigo 5º Inciso I Inciso VI Artigo 23 Artigo 27 § 1º Artigo 30 Artigo 43 Artigo 43 § 3º	Mendes; Travassos; Franco
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vínculo</li></ul>	Artigo 3º Inciso II	Giovanella; Pinheiro; Mattos
Resolutividade	<ul style="list-style-type: none"><li>- Equipe multiprofissional</li><li>- Interdisciplinaridade</li><li>- Clínica ampliada</li><li>- Autonomia</li></ul>	Artigo 4º Artigo 5º Inciso III	Franco; Pinheiro; Mattos
Cuidado centrado na pessoa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apreensão de singularidades e subjetividades</li></ul>	Artigo 3º Inciso V Inciso VI	Merhy; Franco

Fonte: elaboração própria pelos autores.

Cada uma das diretrizes foram analisadas separadamente, relacionando-as as dimensões da integralidade identificadas.

## **Coordenação do cuidado**

Mendes<sup>9</sup> não traz a coordenação da atenção em uma definição, mas sim propondo um diálogo entre pensamentos de diversos autores e, a partir desses, apresentando críticas e vias de ação. Porém, se fazem nítidas, no pensamento de Mendes, as ideias de coordenação da atenção propostas por Barbara Starfield. Segundo a referida autora, a coordenação requer a necessidade da disponibilidade de um fluxo informações concretas sobre os usuários para os diferentes profissionais que venham a trabalhar os casos, configurando o que chama de ‘esforços em comum’ num estado de ‘harmonia’<sup>3</sup>.

Seguindo o pensamento de Starfield<sup>3</sup>, propõe-se a coordenação do cuidado em três variantes. A primeira variante refere-se à coordenação da informação que diz respeito ao modo como transitam as informações sobre os usuários entre os profissionais de saúde. A coordenação também ocorre por meio da gestão das intervenções na atenção à saúde prestada, numa lógica sequencial, complementar e compartilhada entre os profissionais para os mais diversos casos. Por fim, a coordenação administrativa que alude à regulação dos fluxos assistenciais na RAS.

Ao desenvolver a discussão sobre a coordenação da atenção, Mendes<sup>9</sup> a faz por uma via dita prática, fazendo críticas ao modo como os processos de trabalho em saúde estão postos e apresentando possibilidades - o que o autor chama de mecanismos - de ação sob uma perspectiva de maior responsabilização dos profissionais de saúde sobre o cuidado, definição pactuada e organizada de fluxos entre a APS e a rede ambulatorial e especialidades.

Mendes<sup>9</sup> destaca que para coordenação da atenção é necessária a normalização dos processos de trabalho por protocolos clínicos, trabalho interdisciplinar e matriciamento como recurso pedagógico que aproxima especialistas e generalistas.

Esse mesmo autor nos apresenta a coordenação do cuidado como um modelo para a coordenação da atenção. A coordenação do cuidado é composta por vários domínios

englobados em duas categorias, sendo elas a coordenação de atividades e os enfoques gerais. Na coordenação de atividades destacam-se os conceitos de responsabilização e transferência de responsabilidades que se estabelecem meio um fluxo seguro de informações e de comunicação entre os profissionais e entre os níveis de atenção. Os enfoques gerais resumem-se a organização do trabalho de acordo com as necessidades das pessoas usuárias, tendo a APS, por meio das equipes de SF, papel central na coordenação deste <sup>9</sup>.

Na PNAB a coordenação do cuidado é apresentada de modo a ter como pontos cruciais a definição de fluxos, tendo a APS como centro de comunicação da RAS, que venha a garantir o cuidado integral por meio da gestão compartilhada de casos e responsabilização do cuidado <sup>10</sup>.

Já na Portaria nº 77/2017 contempla-se a coordenação do cuidado em seu artigo 3º inciso IV como responsabilidade das equipes de APS em encaminhar e acompanhar os usuários pelos pontos de atenção. O artigo 2º §1º comenta sobre a responsabilidade da APS na organização de fluxos e responsabilização sobre a saúde dos usuários em quaisquer dos pontos de atenção. O artigo 43 refere-se à regulação do acesso a especialidades orientado pelo princípio da integralidade e, no 3º parágrafo deste mesmo artigo, o matriciamento entre profissionais se apresenta como possibilidade para a resolutividade das equipes de APS no cuidado da população <sup>11</sup>.

A coordenação do cuidado, de acordo com a análise de conteúdo das políticas de APS nacional e distrital, se faz também na perspectiva do acesso e do acolhimento.

Travassos e Martins <sup>14</sup>, em discussão com diversos autores, traça o acesso como uma relação intrínseca entre oferta, demanda e resultados em saúde. O acesso, geralmente, é mais relacionado em discussões à luz da equidade. No entanto, ao se compreender a organização dos serviços, colocando a APS como ordenadora de uma rede regionalizada e hierarquizada buscando resolutividade em saúde, o acesso representa uma dimensão social e política da

integralidade. Isso porque o acesso também se refere à garantia de resultados e como estes são aceitáveis ou não pelos usuários <sup>14</sup>.

Ao acesso também destacamos a regulação entre demanda espontânea e demanda programada, sendo responsabilidade da APS manter a harmonia entre estas. Para tanto, a definição de fluxos é essencial. Fluxos que serão definidos desde a regionalização e hierarquização dos serviços - fator distal - para serem mais claros e palpáveis na coordenação do cuidado - fator proximal.

Assim sendo, a coordenação do cuidado tem no acesso aos serviços ponto chave: pela disposição dos serviços que garanta a APS como porta de entrada e na definição de fluxos que garantam o acesso a outros níveis de atenção, quando necessário, sem a perda de informações dos usuários, proporcionando o cuidado.

O acesso se apresenta como princípio da Portaria nº 77/2017 em artigo 3º inciso I referindo-se à organização e disposição dos serviços de APS, de modo que possam ser reconhecidos como primeiro contato. No inciso VI do 5º artigo, a garantia do acesso já se inclina para a organização do trabalho preparada para demanda espontânea e demanda programada tendo o acolhimento como cerne dos processos de trabalho. O artigo 30 orientará, em todos os seus incisos, os procedimentos de acolhimento, orientação e encaminhamento de demanda espontânea <sup>11</sup>.

O acolhimento é crucial na compreensão do acesso como dimensão da integralidade. Isso porque o acolhimento que proporcionará o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários, alimentando o sentido da responsabilização pelo cuidado no uso de tecnologias leves e criação de vínculo. Ademais, a relação mais próxima e intersubjetiva entre usuário e serviço indica boa acessibilidade a este último <sup>15</sup>.

Franco e Júnior <sup>16</sup> conciliam em seus trabalhos os termos responsabilização e acolhimento como necessários ao vínculo entre profissionais e usuários, destacando-os como

imperativos na reorganização dos processos de trabalho que se pautem pela centralidade do usuário.

Por fim, o acolhimento é destacado na Portaria n° 77 em seus artigos 5° inciso I, 23 e 27 parágrafo 1°, com alto grau de concordância em relação as ideias de Franco. Escuta qualificada, encaminhamento responsável, articulação com outros serviços da rede em busca de resolutividade e inserção em linhas de cuidado compõem o texto do referido artigo <sup>11</sup>.

### **Longitudinalidade**

Como diretriz da PNAB, a longitudinalidade se apresenta como a continuidade do cuidado em uma relação de vínculo e responsabilização, entre profissionais de saúde e usuários em que a atenção possa ser orientada pela história de vida dos usuários <sup>10</sup>.

Pela PNAB temos o termo ‘continuidade do cuidado’ como referência para longitudinalidade e, na literatura estudada por Cunha e Giovanella <sup>17</sup>, as autoras destacam a relação terapêutica duradoura como cerne da longitudinalidade na relação profissional-usuário pautada pelo vínculo e confiança. A comunicação clara e livre de ruídos entre profissionais e usuários, além da confiança entre estes, é essencial para a contemplação da longitudinalidade nos processos de trabalho em saúde.

Para se adequar a realidade da APS sob a ESF no Brasil, as autoras preferem pelo uso do termo ‘vínculo longitudinal’. Isso porque a literatura estudada por elas fala muito na relação médico-paciente. Para atender ao princípio da integralidade, o ‘vínculo longitudinal’ é estabelecido numa relação equipe multiprofissional com usuários, relação esta, terapêutica e interpessoal. Tal relação garante vínculo entre equipe SF e população adscrita pautado na confiança, comunicação fluída, responsabilização, sendo necessário o (re)conhecimento de subjetividades postas em contato nos processos de trabalho e assegurando-se a autonomia dos usuários <sup>17</sup>.

A longitudinalidade também se afirma no estabelecimento da UBS como uma fonte regular de serviços de saúde e que permita aos usuários identificar-se com esta, vendo em sua estrutura a possibilidade real de resolver suas queixas de saúde, ser bem orientado e acolhido. Também, é essencial para contemplação da longitudinalidade a continuidade e fluxo seguro de informações sobre o histórico de usuários, a fim de se evitarem perdas, duplicação de procedimentos, encaminhamentos indevidos e iatrogenias <sup>17</sup>.

Na Portaria nº 77/2017, em seu artigo 3º inciso II, a longitudinalidade está posta no acompanhamento dos ciclos de cuidado ao longo da vida das pessoas, numa relação de vínculo entre equipe de APS e usuários em que se conduza assistência adequada à história destes últimos <sup>11</sup>.

Pinheiro <sup>18</sup> dialoga com a inserção dos sujeitos – usuários – em um contexto sócio-histórico, devendo este ser apreendido pelos serviços de saúde. Para tanto, os processos de territorialização e adscrição são essenciais na produção de vínculo entre equipes multiprofissionais e população.

Os macroprocessos – fatores distais – da organização dos serviços de saúde, destacados aqui na territorialização e adscrição, subsidiam o microprocesso – fator proximal – da longitudinalidade, ao passo que ambos são pautados na compreensão de contextos históricos e na produção da relação de vínculo.

Mattos <sup>19</sup> estabelece de forma sucinta e clara a relação território e longitudinalidade. Os territórios são espaços de construção social e da vida das pessoas, onde se estabelecem relações interpessoais, ambientais, políticas e sociais.

O (re)conhecimento do território possibilita o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, conhecendo-se as histórias de vida e como estas são produzidas coletivamente – como as características gerais de um determinado grupo populacional – e individualmente <sup>19</sup>.

## **Resolutividade**

A resolutividade das ações de APS, segundo Franco e Júnior <sup>16</sup>, está relacionada ao acompanhamento dos usuários pelos profissionais, no estabelecimento de vínculo e na dimensão intersubjetiva das relações. Esse *modus operandi* na APS só se torna possível por meio de trabalho multiprofissional pautado no exercício ampliado do cuidado, que observe o usuário como sujeito ativo e não como objeto de intervenção do trabalho.

O trabalho em equipe exige integração entre os saberes de seus componentes - enfermeiros, técnicos, ACSs, médicos e outros. Para essa compreensão parte-se do pressuposto de que os saberes especializados dentro da equipe são complementares. Desse modo, a reorganização dos processos de trabalho pelas equipes de APS depende de como os profissionais componentes das equipes apreendem e evidenciam as conexões entre os processos de trabalho entre os membros da equipe, entendendo que essa compreensão é que possibilitará a integração das equipes. Em suma, trata-se do reconhecimento do trabalho do outro <sup>20</sup>.

O cerne do processo de integração da equipe de trabalho em saúde é a comunicação. Peduzzi <sup>20</sup> destaca a comunicação como princípio de organização dos processos de trabalho em saúde, possibilitando a colaboração e a integração da equipe. Tendo a integralidade como horizonte das ações de saúde e sabendo que esta é preta de múltiplos sentidos, justifica-se o trabalho em equipe na APS no molde integrador proposto, com vistas a maior resolutividade em saúde tendo o encontro intersubjetivo, interativo e comunicativo como necessário ao estabelecimento de vínculo e confiança entre profissionais e usuários.

Pinheiro <sup>18</sup> também ressalta o encontro intersubjetivo entre os atores que fazem o cotidiano do trabalho em saúde como crucial na contemplação da integralidade. Para a autora, a interação entre profissionais - em relações técnicas e interpessoais - é pressuposto para a interdisciplinaridade do trabalho que, em contrapartida, quebre com uma lógica de equipes de saúde que se moldam mais por um agregado de profissionais que se atomizam em suas funções.

Para Pinheiro, Lopes e Henriques <sup>21</sup>, o trabalho em equipe na saúde exige o compartilhamento de valores que direcionam o trabalho para além de sua dimensão técnica, colocando o cuidado como valor ético de um saber-fazer comum dentro da equipe. Isso só é possível pelo estabelecimento de relações dialógicas e consensuais, tornando a comunicação essencial no trabalho em equipe.

Podem-se identificar no trabalho de Mattos <sup>2</sup> elementos que contribuem para compreensão do trabalho multiprofissional e interdisciplinar como quebra com o paradigma biomédico flexneriano de fragmentação do trabalho. O autor destaca que o encontro com o médico é somente uma das várias possibilidades de encontro dos usuários com os serviços de saúde. Também, as expectativas dos usuários, quando procuram os serviços, nem sempre estão relacionadas somente ao tratamento de doenças ou ao sofrimento, de modo que os profissionais devem estar atentos para poder captar as demandas e no momento oportuno. Esse olhar ampliado é mais uma das várias dimensões que se podem atribuir à integralidade.

Pondo-se em diálogo Mattos <sup>22</sup> e Campos <sup>23</sup>, a co-construção da autonomia como elemento de cuidado ampliado em saúde. Mas como fazer isso? Mattos <sup>22</sup> destaca que os projetos terapêuticos construídos de forma personalizada devem ser pautados pelo trato intersubjetivo da relação profissional-usuário, para que de nenhuma forma o tratamento irrompe com o contexto do usuário, de modo a caracterizá-lo como inoportuno ou que fira sua autonomia. Campos <sup>23</sup> apresenta a autonomia como a capacidade das pessoas de lidar com suas dependências, ou seja, é uma construção social e não só individual, diferente das concepções de autonomia mais difundidas.

Com o apoio destes dois autores, o trabalho do profissional e da equipe de saúde tem que ser pautado no encontro intersubjetivo com o usuário, valorizando sua fala e sua história de vida, para que a produção do cuidado seja um processo de co-construção da autonomia e não mais uma barreira ao gozo desta.

Na PNAB, a resolutividade é colocada na capacidade do serviço de APS articular diferentes tecnologias na contemplação do cuidado ampliado, centrado no usuário e que favoreça o vínculo entre profissionais e comunidade, possibilitando o aumento da autonomia desta última. A equipe de APS deve ser responsável por resolver a maioria dos problemas de saúde que se apresentam. De acordo com a literatura, uma APS resolutiva deve responder à cerca de 85% dos casos de saúde de forma efetiva <sup>10</sup>.

A resolutividade aparece como diretriz na Portaria nº 77/2017 em seu artigo 5º inciso III. Diz que a equipe de APS deve ser responsável pela resolução de mais de 85% da demanda de saúde que emana da população direcionando-se à especialistas somente os casos de estrita necessidade. Em seu artigo 4º, a portaria define a equipe de Saúde da Família como equipe multiprofissional responsável por determinado grupo populacional e que proporcione atenção integral com alta resolutividade <sup>11</sup>.

### **Cuidado centrado na pessoa**

O trabalho em saúde deve ser pautado pela ética do cuidado que, em seu cerne, traz a apreensão de subjetividades envolvidas no cotidiano das práticas e dos encontros entre profissionais e usuários. Franco e Merhy <sup>24</sup> apresentam as subjetividades como uma das dimensões mais complexas do trabalho em saúde. No entanto, é por meio da captação destas, com o uso das tecnologias relacionais – tecnologias-leves como o diálogo e escuta – que o cuidado deve ser orientado.

A subjetividade é uma construção sócio-histórica dos indivíduos e que assumem certa dinamicidade. O modo como suas pessoas levam suas vidas, os caminhos que percorrem e os laços que se estabelecem dão origem às significações que se carregam consigo. Entre elas, as significações de saúde e doença, que podem ser vistas de múltiplas formas. Aprender essas significações é calcar o cuidado sob a égide da integralidade <sup>24,25</sup>.

O momento do encontro é fértil para o desenvolvimento do trabalho vivo em saúde - trabalho criativo, autônomo com alto grau de liberdade. Franco e Merhy <sup>24</sup> colocam que o trabalho vivo em saúde possibilita o (re)conhecimento das singularidades do usuário. Esse momento de interação possibilita além do vínculo, o estabelecimento de uma relação de responsabilização e criação em de projetos terapêuticos personalizados - singulares - que venha a responder aos anseios e aspirações do usuário, ampliando sua autonomia sobre as decisões sobre sua vida e, isso é possível, porque é um processo de construção mútuo e não somente jogado ao mesmo como uma série de recomendações e regras de se viver. Trata-se de possibilitar ao usuário ser coprodutor do seu próprio cuidado <sup>13,24, 26</sup>.

Colocar o usuário no centro dos processos de trabalho de modo a pautar o cuidado, é reconhecê-lo em suas origens, seus laços familiares, relações sociais apreendendo suas singularidades e subjetividades, evidenciando desejos, anseios e aspirações <sup>24</sup>.

Franco <sup>25</sup> destaca que o trabalho vivo em saúde, pautado pelas tecnologias relacionais, é concomitante à um processo pedagógico, em que a captação dos usuários em suas subjetividades é uma via para o profissional reinventar seus processos de trabalho e se reinventar enquanto sujeito, também. Isso gera um potencial de mudança das práticas em saúde do modo como estas são enxergadas pelos usuários.

Merhy e Malta <sup>26</sup> destacam que o cuidado é por natureza multiprofissional e interdisciplinar, sendo que, o trabalho em saúde nesses moldes, possibilita colocar o usuário na centralidade e orientação dos processos e não mais em meio aos processos de trabalho descompassados em relação às suas reais necessidades e demandas que, no paradigma biomédico flexneriano, fragmentam os sujeitos e ferem o princípio da integralidade.

Para a contemplação da integralidade das práticas é crucial que haja o reconhecimento do diferente e das singularidades que são trazidas ao encontro no cuidado; que os profissionais permitam tocar-se e afetar-se pelo encontro potencializando a construção

conjunta de projetos terapêuticos; centralidade das demandas e reais necessidades de saúde dos usuários na orientação dos processos de trabalho em saúde, sejam estes em equipe, individual ou de gestão; e, que, se possibilitem ressignificações das práticas no sentido de proporcionar aos usuários cuidados adequados e singulares à suas necessidades <sup>13</sup>.

A PNAB apresenta o cuidado centrado na pessoa como sendo aquele pautado em singularidades e que permitam o estabelecimento de vínculo e confiança entre profissionais e usuários, potencializando a ampliação de autonomia dos últimos. Destaca que o cuidado é construído com e para a pessoa, de acordo com suas necessidades e, também, levando-se em consideração laços familiares, a vida em comunidade, condicionantes e determinantes de vida <sup>10</sup>.

De forma muito tímida, o cuidado centrado no usuário aparece em dois momentos na Portaria nº 77/2017. Em seu artigo 3º incisos V e VI. No primeiro inciso, o V, fala-se da centralização das ações APS na família, exaltando a necessidade de as equipes de saúde conhecerem os membros da família e seus problemas para que se ofereçam serviços adequados às singularidades da estrutura familiar. No VI inciso apresenta-se a orientação comunitária como necessária a apreensão das pessoas e de suas relações com ambiente que as circundam para que se pensem intervenções em saúde individualizados e adequados a realidade de inserção <sup>11</sup>. Deixa-se claro que há um esforço dos autores em relacionar esses textos legais da portaria ao que é preconizado na PNAB e pela literatura posta em discussão anteriormente.

### **Outras discussões pertinentes**

A política de APS distrital, acertadamente, sob a égide da integralidade, tem uma inclinação para a organização do trabalho bem definida, operacionalizando o trabalho em equipe multiprofissional, buscando definir fluxos a permitir a coordenação do cuidado. Desse modo, potencializa-se a APS na ordenação da rede de saúde. No entanto, ainda há muito o que

se fazer pelo cuidado centrado nas pessoas. Isso fica claro quando voltamos ao Quadro 1 e verificamos que, a ocorrência de artigos relacionados à coordenação do cuidado na Portaria nº 77/2017 é maior em relação aos atrelados à longitudinalidade e à própria centralidade da pessoa nos processos de trabalho que, como na discussão com a literatura, são alcançados quando se estabelece vínculo e encontros intersubjetivos, ou seja, um trabalho mais próximo na apreensão ampla de necessidades dos sujeitos para além das biológicas.

O processo pedagógico, sob perspectiva da autonomia no trabalho, constituindo-se enquanto trabalho-vivo em saúde, é possibilitado pelo encontro intersubjetivo na relação profissional-usuário, em que ambos se (des)constroem e se recriam enquanto sujeitos<sup>13,24-26</sup>. É um processo de educação permanente, de fato, porque nunca cessa e varia de encontro em encontro, gerando novas possibilidades e novos conhecimentos para o trabalho em saúde. Quando se evidencia a educação permanente em saúde, a política distrital apresenta um déficit epistemológico em relação à discussão aqui proposta, sendo reduzida e limitada à montagem de calendários e cronogramas<sup>11</sup>, em que, em nenhum momento, se exalta o encontro entre profissionais e usuários como foco no cotidiano dos processos de trabalho em saúde na APS.

Entendemos ser, com a discussão proposta neste trabalho, o momento do encontro entre profissional e usuário sensível à organização da APS, desde os a organização macropolítica e, mais ainda, na organização micropolítica do cuidado<sup>13</sup>. O momento do encontro realmente pautado eticamente na centralidade do cuidado, nos inclina à inferir que as dimensões da integralidade ligadas à organização estrutural da APS e dos processos de trabalho – coordenação do cuidado, definição de fluxos, longitudinalidade, vínculo, acesso, acolhimento, responsabilização e interdisciplinaridade – estão em harmonia.

Outra debilidade encontrada na política distrital é a adequação ao conceito de governança, atrelado à ideia de participação da comunidade. Mendes<sup>27</sup>, no desenho que ilustra a organização das RAS, coloca o sistema de governança como transversal aos pontos da rede,

desde a APS, passando por seus sistemas de apoio e logístico e chegando aos pontos secundários e terciários da atenção. A PNAB <sup>10</sup> destaca a participação comunitária como uma de suas diretrizes, sendo importante para o alcance de maior autonomia, e consequente centralidade dos usuários nos processos de trabalho.

O sistema de governança possibilita ao usuário ser sujeito ativo nas decisões sanitárias e sobre sua própria saúde, o que possibilita intervenções e construções de projetos adequados à sua história de vida e inserção social, assim corroborando com Mattos <sup>2</sup> que diz ser necessário, a criação de uma relação sujeito-sujeito, que se perceba no cotidiano das práticas de saúde e também no desenvolvimento e negociações de políticas para a saúde, potencializando a integralidade em perspectiva à autonomia dos sujeitos.

Apesar dos destaques feitos acima e que merecem atenção especial para que se potencialize as possibilidades de impacto positivo da política de APS na situação sanitária do DF, a Portaria nº 77/2017 apresenta uma preocupação necessária em relação à organização da demanda e ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) <sup>11</sup>. No primeiro, que remete aos um fatores distais de contemplação da integralidade, há uma preocupação de se harmonizar demanda programada e demanda espontânea. Organizar a demanda é organizar os serviços para que estes possam responder prontamente às necessidades de saúde da população que os procuram. Nesse sentido, a política distrital até responsabiliza o trabalho para que, em casos de usuários que chegam aos serviços mesmo estes sendo de outros territórios sanitários, possa se prosseguir o trabalho orientando este usuário sobre qual serviço deve procurar, assistindo-o e até, se necessário, encaminhando-o a outros pontos de atenção da rede <sup>11</sup>.

Corroborando com essa perspectiva de organização da demanda, Mattos <sup>2</sup> evidencia a integralidade quando os serviços se dispõem de modo a assimilarem necessidades que, se enrijecidos na organização só pela demanda programada, poderiam não obter respostas oportunas. Daí a organização da demanda espontânea com a programada como processo que

possibilite a integralidade das ações de saúde. É um *modus operandi* da organização dos processos de trabalho que vai ao encontro da ampliação de possibilidades para apreensão das necessidades dos sujeitos, sempre pautado por uma relação dialógica que possibilita maior compreensão da situação de saúde dos territórios.

Em relação ao trabalho dos ACSs, este é crucial para que o estabelecimento de vínculo entre a população adscrita e o trabalho da equipe multiprofissional, como bem preconizado na PNAB <sup>10</sup>. Os ACSs são o elo entre os fatores distais – da organização de processos macropolíticos do cuidado – e fatores proximais da integralidade – da organização de processos micropolíticos do cuidado <sup>13</sup>. Pinheiro <sup>18</sup> coloca que o ACS possibilita à equipe multiprofissional desenvolver projetos assistenciais que se adequem às necessidades da população adscrita, identificando onde e como podem atuar. A Portaria nº 77/2017 faz menção ao trabalho dos ACSs, nos moldes aqui discutidos, em seu artigo 27 parágrafo 3º, como sendo primordial no acolhimento dos usuários <sup>11</sup>.

Junto ao trabalho do ACS para efetivação da integralidade, alia-se a intersetorialidade. A Portaria nº 77/2017 faz uma única menção ao trabalho intersetorial juntos à outras instituições, demais setores que não o da saúde e com pessoas, em seu artigo 11 inciso VIII <sup>11</sup>. É pouco, mas de todo modo demonstra preocupação com o trabalho em perspectiva intersetorial. Mattos <sup>2</sup>, alude à intersetorialidade quando diz que muitas questões de saúde pública exigem a combinação de atividades que venham a fugir de desenhos setoriais, de modo que as ações respondam satisfatoriamente à estas questões sob o horizonte da integralidade.

Por fim, a integração entre APS e Vigilância em Saúde (VS) que em sua última revisão, a PNAB destaca a integração como potencializadora da integralidade, por meio de ações intra e intersetoriais <sup>10</sup>. Na política distrital, como responsabilização pela saúde, os profissionais da APS devem ser competentes em identificar necessidades e determinantes sobre

a saúde da população adscrita, utilizando-se de ferramentas da VS para o desenvolvimento de estratégias que respondam adequadamente às situações de saúde pública sensíveis à APS <sup>11</sup>.

## **Considerações Finais**

Ao identificarmos as dimensões da integralidade a partir da PNAB e buscando corresponde-las à Portaria nº 77/2017, observamos que a política distrital de APS tem uma forte inclinação à organização dos processos de trabalho das equipes de saúde, contemplando com maior abrangência as dimensões da integralidade relacionadas à coordenação do cuidado. Isso é um fator importante da política, que nos faz perceber uma preocupação necessária com a organização de processos de trabalho de acordo com o que compete ao DF, enquanto nível de gestão do SUS, executar e organizar as ações de saúde em nível local <sup>28</sup>. Porém, ainda há o que caminhar em relação à centralidade do usuário no cuidado, que possibilite a garantia de autonomia, tanto de profissionais quanto de usuários, favorecendo encontros intersubjetivos e que realmente apreendam necessidades e fortaleçam o vínculo.

Os achados nos revelam que para a garantia da integralidade, além da identificação de algumas de suas dimensões, evidencia-se um fator transversal a elas: continuidade da comunicação e da informação no cuidado, que perpassa unanimemente pela fala dos autores, presente nas dimensões da integralidade.

Espera-se a partir deste trabalho ampliar as discussões sobre a integralidade, trazendo uma nova perspectiva de análise e novas abordagens interpretativas deste princípio do SUS nas políticas de saúde, auxiliando gestores e gerentes na orientação de suas decisões.

## Referências

1. Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 255-262.
2. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
3. Starfield B. *Atenção primária*. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
4. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cien Saúde Colet* 2007; 12 (2): 335-342.
5. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saúde Colet* 2007; 12 (2): 455-464.
6. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Cien Saúde Colet* 2007; 12 (2): 443-453.
7. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Alves SMC, Delduque MC, Neto ND, organizadores. *Direito sanitário em perspectiva*. Brasília: ESMPU: FIOCRUZ; 2013. p. 115-146.
8. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC, Silva RM. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2014. p. 845-902.

9. Mendes, E. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: CONAS; 2015. 193 p.
10. Brasil. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017, 21 set.
11. Governo de Brasília. Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017, 14 fev.
12. Göttems LBD. *Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009)*. 2010. 285 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília. 2010.
13. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Junior HS. La integralidad desde la perspectiva del cuidado em salud: una experiencia del Sistema Único de Salud em Brasil. *Salud Colect* 2016; 12(1): 113-123.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Publica* 2004; 20 (Supl. 2): S190-S198.
15. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. p. 37-54.
16. Franco TB, Júnior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, organizadores. *O*

- trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. p. 125-133.
17. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saúde Colet* 2011; 16 (Supl. 1): 1029-1042.
  18. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO; 2001. p. 65-112.
  19. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ: ABRASCO; 2007. p. 369-383.
  20. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 161-177.
  21. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ: ABRASCO; 2007. p. 29-40.
  22. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (5): 1411-1416.
  23. Campo GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS,

- Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2014. p. 39-78.
24. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus* 2012; 6 (2): 151-163.
25. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface* 2007; 11 (23): 427-438.
26. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface* 2010; 14 (34): 593-605.
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: OPAS-OMS: CONASS; 2011. p. 61-208.
28. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990, 19 set.

## **Colaboradores**

RR Maceda trabalhou na concepção do estudo, na análise e interpretação de dados, revisão de literatura e formatação do artigo. CP Marques auxiliou na revisão da literatura, análise dos dados, formatação do artigo e revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.