

A Integralidade no Cuidado à Saúde Materno-infantil em um Contexto Rural: um relato de experiência¹

Integrality in the Care Provided for Maternal and Child Health in a Rural Context: an experience report

Livia Rocha Beheregaray

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço: São Manoel, 963, Bairro Rio Branco, CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: rochalilica@yahoo.com.br

Tatiana Engel Gerhardt

Doutora em Antropologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço: Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco, CEP 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

¹ Financiamentos: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Bolsa de Mestrado; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - 476695/2004-0).

Resumo

Trata-se de um relato de experiência sobre a prática da integralidade em saúde na assistência à população materno-infantil do meio rural em um município do sul do Brasil. As reflexões são oriundas de uma pesquisa sobre a saúde nutricional e o contexto de vida do universo de crianças menores de cinco anos residentes nesse contexto. Tem como base as anotações em diário de campo. Constatou-se que a população rural vive em condição de desvantagem, uma vez que os serviços e a atenção à saúde são quase exclusivamente projetados para a população urbana. Ainda, o modelo assistencial e o processo de trabalho desenvolvido dificultam a prática da integralidade. Essa situação é traduzida por questões que envolvem o acesso, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização por parte dos profissionais. Dessa forma, parece necessário repensar a saúde da população rural desenvolvendo políticas específicas às peculiaridades epidemiológicas e culturais, serviços acessíveis geograficamente e atendidos por equipes que desempenham cuidado acolhedor e resolutivo.

Palavras-chave: Integralidade; Saúde materno-infantil; População rural; Saúde Pública.

Abstract

This is an experience report on the practice of integrality in health in the assistance provided for the mother-child population in the rural area of a city in south Brazil. The reflections come from research on the nutritional health and context of life in the universe of children who are under five years old and live in the countryside. It is mainly based on field notes. It was observed that the rural population lives in conditions of disadvantage, since the healthcare services and assistance are designed almost exclusively for the urban population. Also, the assistance model and the developed working process hinder the practice of integrality. This situation is translated by questions that involve the access, sheltering, bond and responsibility on the part of professionals. Thus, it is necessary to re-think the rural population's health, developing specific policies targeted at the epidemiological and cultural characteristics, in order to have geographically accessible services, assisted by teams which provide a receptive and efficient care.

Keywords: Integrality; Maternal and Child Health; Rural Population; Public Health.

Introdução

No decorrer das últimas décadas o Brasil tem travado uma constante luta ideológica e política na tentativa de mudar o modelo assistencial vigente e hegemônico. Esse modelo de atenção é marcado pela fragmentação das ações e pela supervalorização dos aspectos biomédicos, centralizando a doença e os procedimentos e reduzindo o sujeito a objeto e o cuidado, às tecnologias duras, aquelas inscritas nos instrumentos (Merhy, 2002).

Diante das características predominantes nas atuais práticas de saúde, e suas consequências para a população dependente dos serviços públicos de saúde, parece relevante a união de esforços para a construção de uma assistência que incorpore os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereça um modelo de cuidado integral, humanizado e comprometido em garantir o direito à saúde e em atender as necessidades socialmente determinadas, as quais muitas vezes são imperceptíveis em detrimento do problema biológico que demanda o serviço.

Em complementaridade a essa ideia Camargo Jr. (2007, p. 43), refere que “para a medicina tecnobiomédica a maior eficácia é alcançada ao reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico, mas esta redução se faz ao pesado preço de excluir precisamente tal sofrimento, origem do pedido do cuidado por aquele que sofre”.

Analisando essas questões sob a luz da integralidade, percebe-se que a mudança pretendida no modelo technoassistencial muitas vezes se parece mais com a “reversão de modelo comunicacional” em vigor nos serviços e nas relações (Teixeira, 2007).

Para Mattos (2006, p. 61), “quer tomemos a integralidade como um princípio orientador das práticas, quer como um princípio da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura ao diálogo”. Diante disto, a comunicação seria o caminho e o meio para a integralidade, que é materializada nas interações positivas e relações de respeito entre sujeitos e instituições.

Conforme estudiosos da temática (Mattos, 2006), tratar das questões que envolvem a integralidade

não é nada simples. Como um ideal que se busca desde o Movimento da Reforma Sanitária, ela ganha legitimidade política na Constituição Federal de 1988, quando foi caracterizada como um princípio do SUS, ou seja, um dos valores que o norteia. Não obstante, por ser uma expressão polissêmica, não deve ser tomada como conceito, mas sim como um ideal regulador, do qual é quase impossível ser plenamente atingido, mas do qual se deve buscar aproximar (Camargo Jr., 2007; Mattos, 2006).

Diante da complexidade envolvida nesse construto teórico-prático, Mattos (2006) sugere organizar os seus pressupostos que chamou de os três grandes conjuntos de sentidos da integralidade, sendo eles: o atributo da prática dos profissionais; o atributo da organização dos serviços; e o atributo das políticas governamentais. Ainda para facilitar sua compreensão e sua operacionalização prática, Silva Júnior e Mascarenhas (2006) definem que os dois primeiros atributos podem ser traduzidos por alguns conceitos articulados como: o acolhimento, o vínculo/responsabilização e a qualidade na atenção.

De forma resumida e interligada, pode-se dizer que esses conceitos se revelam uma prática em que as relações entre os sujeitos são acolhedoras, humanas, de empatia e confiança, dentro de uma dimensão dialógica em que há a escuta das necessidades do usuário, que tem sua individualidade e singularidade valorizadas e expressadas em projetos terapêuticos considerando seu contexto e sua cultura. Consequentemente, essa forma de relação aproxima os sujeitos e tornam os profissionais referência para os usuários, para isso é esperado que eles, além de terem perfil e estarem capacitados para o cargo, ajam interdisciplinarmente, sem a superposição de saberes e alienação sobre o sujeito cuidado. Concomitantemente, por estarem sensibilizados pelo sofrimento que gera a demanda, espera-se que esses profissionais se responsabilizem e garantam ao usuário o acesso aos diversos níveis de atenção e tecnologia da rede dos serviços, articulando prevenção e assistência em qualquer um desses níveis.

Na prática, essa forma de conduzir o processo de trabalho e a organização do modelo assistencial pode levar, além da satisfação do usuário e da efetividade nas ações e nas inter-relações, a contribuição

na operacionalização do ideal regulador da integralidade e do SUS.

Contudo, essa é uma luta que não se vence sozinho, mas que precisa da vontade e da mobilização de todos os envolvidos (profissionais, gestores, usuários), aspecto que incide sobre o fato de que ainda hoje a integralidade não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros (Campos, 1994).

Considerando essas questões, atenção especial deve ser dada à população rural, que vive à margem dos centros urbanos e, conseqüentemente, dos serviços públicos de saúde, restando a elas a construção de estratégias para chegar aos serviços e receber um atendimento de qualidade que respeite sua cultura e atenda suas necessidades.

Conforme demonstram pesquisas realizadas com populações rurais, elas estão em desvantagem na assistência à saúde e em déficit com a prática da integralidade, uma vez que há dificuldade de acesso e baixa qualidade dos cuidados recebidos (Castro e col., 2004; Sichieri e col., 1993; Travassos e Viacava, 2007). Esses impasses e dificuldades vivenciadas pelas comunidades rurais constam na pesquisa intitulada “Desnutrição e Excesso de Peso no Meio Rural de Arambaré, RS: (des)construindo ideias, repensando novos desafios” e são apresentadas neste artigo como relato de experiência (Rocha, 2006).

A referida pesquisa está inserida num Programa Interdisciplinar de Pesquisa que é fruto de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro Capes-Cofecub nº 330/2000 e investiga o desenvolvimento sustentável em oito municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul, Brasil. Nele a área da saúde aborda as interfaces da saúde pública e da antropologia sobre as desigualdades sociais no meio rural e prioriza os segmentos mais fragilizados da população.

Metodologia

Este relato descreve e analisa, sob a luz do referencial da integralidade, as experiências relacionadas à saúde materno-infantil, vivenciadas durante a coleta de dados da pesquisa “Desnutrição e Excesso de Peso no Meio Rural de Arambaré, RS: (des)construindo ideias, repensando novos desafios.” As experiências

trazidas neste artigo são provenientes das visitas domiciliares ocorridas nos meses de julho e agosto de 2005 ao universo de 80 crianças menores de seis anos do meio rural do município de Arambaré-RS e de conversas com profissionais e representantes do setor da saúde da cidade. Todas as informações foram registradas em um diário de campo, que subsidiou essa análise.

O diário de campo é um dos instrumentos mais básicos de registro de dados do pesquisador definido por Polit e colaboradores (2004, p. 179) como “o registro diário de eventos e conversas ocorridas; das anotações em campo que podem incluir um diário, embora tendam a ser mais abrangentes, analíticas e interpretativas do que uma simples enumeração das ocorrências”. Em complementaridade, Roese e colaboradores (2006), trazendo experiências com a utilização do diário de campo, referem que esse instrumento se caracteriza uma fotografia instantânea que descreve um momento de observação e as percepções do pesquisador, sendo muitas delas captadas em conversa livres que contêm uma riqueza de detalhes que escapam às perguntas estruturadas, além de expressarem uma construção interpretativa única, própria do sujeito e de seu contexto, incorporando julgamentos de valor e sentimentos relativos às suas experiências.

Vale ressaltar que, além da avaliação nutricional durante as visitas domiciliares, eram coletadas, por meio de um formulário semiestruturado, informações sobre a saúde das crianças e o contexto de vida delas e de sua família. Na pesquisa referida anteriormente as variáveis pesquisadas foram reunidas, para a análise dos dados, em grupos temáticos que representam diferentes situações: **situação sociodemográfica** (idade e sexo da criança, idade e escolaridade dos pais e estrutura familiar), **situação socioeconômica** (foi construído um indicador de nível de vida utilizando variáveis que retratam a condição social e econômica da família), **situação de saúde materno-infantil** (informações sobre o pré-natal, idade materna durante a gestação, condições de nascimento da criança, peso ao nascer, saúde das crianças nos primeiros anos de vida, recursos terapêuticos utilizados), e **situação alimentar e**

nutricional (práticas alimentares e avaliação nutricional). Dentro disso, o relato da experiência aqui proposto enfoca especialmente as questões trazidas na **situação de saúde materno-infantil** e pensadas sob a luz da integralidade.

As informações referentes à oferta dos serviços foram coletadas junto aos estabelecimentos de saúde e à secretaria municipal de saúde, além disso, as conversas com informantes-chaves, registradas no diário de campo, retrataram com clareza aspectos sobre a estrutura e a organização dos serviços e serviram de subsídio para as reflexões sobre a integralidade propostas neste relato de experiência.

Um cuidado especial foi tomado em relação aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos e as recomendações previstas na resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, em 26 de junho de 2005.

Caracterização do Município de Arambaré

A cidade de Arambaré, no Rio Grande do Sul, foi emancipada em 1992. Faz fronteira, ao norte, com o município de Tapes e a BR 116; ao sul, com o município de Camaquã, do qual a sede está distante 33 km, e com Lagoa dos Patos; a leste, com a mesma Laguna e, a oeste, com Camaquã.

O município apresenta em sua matriz econômica a agropecuária como atividade principal (especialmente a rizicultura²), que é desenvolvida por poucos proprietários em grandes propriedades rurais e geram altos rendimentos, porém, como os latifundiários não residem no município, a renda produzida não é investida nele.

Nesse contexto, a concentração de terras ocupadas na produção de arroz irrigado, cuja tecnologia agrícola é pautada no uso da mão de obra e na motomecanização, gera, por um lado, concentração de renda, alta produtividade e investimentos em tecnologias na produção, que inviabilizam a competitividade dos pequenos proprietários; por outro lado, essas grandes empresas agrárias se transformam

² Plantação de arroz

em potenciais fontes empregadoras para a mão de obra pouco qualificada do município e da região.

Schneider e Fialho (2000), em artigo que discute o desenvolvimento agrário, as desigualdades regionais e a pobreza nas áreas rurais do Rio Grande do Sul, destacam que há dois tipos de pobreza no estado. Uma delas, na qual se enquadra a “metade sul” e, conseqüentemente, Arambaré, denomina-se pobreza “histórico-estrutural”, nessa estão os piores índices de desenvolvimento social e de qualidade de vida do estado. Informações como essas retratam a difícil situação social em que vivem muitas populações rurais no estado, em especial na região onde se localiza a experiência relatada.

O município, por sua formação recente, apresenta um processo de urbanização que exhibe um alto crescimento populacional e uma baixa densidade (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005). Esse crescimento populacional é resultado, principalmente, de três assentamentos rurais, do crescimento vegetativo e da migração. Esse último aspecto se deve, principalmente, às características turísticas do município, que por estar às margens da Lagoa dos Patos, torna-se um atrativo aos turistas que vão até lá em busca de suas praias de águas doces e de seu cenário fitonatural.

Segundo dados do cadastro das agentes comunitárias de saúde, o município apresenta população de 3.917 habitantes, estando 30% desse total (1.160) no meio rural; dos quais, 7% (81) são crianças menores de cinco anos. Contudo, nos meses de verão, a população da cidade aumenta seis vezes o seu contingente, sobrecarregando não só a infraestrutura dos serviços de saúde, como o saneamento e o abastecimento de água.

O setor turístico, apesar de ser prioridade política no município, ainda emprega poucos trabalhadores e não agrega tanto valor ao comércio e aos serviços, como agrega a agropecuária que, mesmo sazonal, é a maior fonte de emprego. Além disso, não há indústrias, o que resulta em mão de obra excedente, que trabalha esporadicamente, ou sai em busca de emprego em outros centros. Esse aspecto torna o município dependente do município de Camaquã, polo regional, quanto ao comércio, ao atendimento hospitalar, à assistência médico-hospitalar e médico-veterinário, à rede de comunicações

e ao acesso aos ensinos de magistério, superior e cursos profissionalizantes.

Para o atendimento de saúde, Arambaré conta com uma Casa de Saúde, localizada no meio urbano, que funciona como Unidade Básica de Saúde “ampliada”, pois o atendimento é realizado 24 horas, dispõe de leitos para observação dos pacientes e realiza pequenos procedimentos cirúrgicos. Há também uma Unidade Básica de Saúde no distrito de Santa Rita, que conta com dois técnicos de enfermagem trabalhando no turno da manhã e da tarde, todos os dias da semana, e, aos finais de semana, ficam de sobreaviso; ainda há um dentista que atende duas manhãs na semana, um médico clínico geral que atende vinte pacientes, três manhãs na semana, e uma enfermeira, nesses mesmos três turnos.

Na Casa de Saúde, até 2002, havia o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (Pacs), que passou a ser Estratégia de Saúde da Família; contudo a enfermeira e o médico que o compõem são os mesmos que vão três vezes por semana a Santa Rita. A enfermeira ainda supervisiona nove agentes comunitárias de saúde, sendo seis responsáveis pela área urbana e três por parte da área rural.

Além da Equipe da Saúde da Família, a Casa de Saúde possui um médico clínico geral que atende 24 horas; um cardiologista e um ginecologista, que atendem uma vez na semana; um dentista que presta serviço no município duas vezes na semana, um atendente de enfermagem e nove auxiliares de enfermagem, que revezam turnos diários de trabalho. Os procedimentos realizados incluem: consulta médica, vacinas, eletrocardiograma, raio-X dentário, coleta de exame citopatológico, suturas, verificação de pressão arterial, teste de glicose, curativos, entre outros. Há também uma farmácia popular que distribui remédios sob prescrição do médico.

Em ambos os serviços, não são desenvolvidas quaisquer atividades programáticas vinculadas à educação em saúde e à prevenção de doenças, a enfermeira não realiza consultas, o atendimento se restringe à demanda espontânea que busca consultas médicas e procedimentos.

Um aspecto que chama atenção em Arambaré, em relação aos outros municípios da área empírica do Programa Interdisciplinar de Pesquisa, é o gasto elevado com a saúde, mesmo com suas limitadas op-

ções de serviços e procedimentos. A saúde municipal chegou a consumir, em 2000, R\$ 139,78 reais por habitante, valor que subiu para R\$ 325,03 em 2006 (Datusus, 2007; IBGE, 2000). De acordo com a Secretária Municipal de Saúde, esse elevado montante gasto no setor é resultado da “ambulancioterapia”, que requer o pagamento não só de diárias aos motoristas e aos médicos que acompanham o paciente, mas também do combustível e da manutenção dos carros, que sofrem grande desgaste, visto que o deslocamento para Arambaré se dá por estradas não asfaltadas.

O fluxo dos usuários a municípios vizinhos está contemplando no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), criado em 2002, com o propósito de criar caminhos para suprir as demandas em saúde dos usuários/moradores da região em saúde do RS, propondo a consolidação de centros de referência e de especialidades, atuando como rede hierarquizada, em que pequenos municípios se direcionam aos maiores e mais equipados municípios (sedes) para o atendimento integral à saúde (Rio Grande do Sul, 2002).

A “(des)integralidade” no Cuidado à População Materno-infantil

Durante a coleta de dados os pesquisadores do estudo que investigou a saúde nutricional e o contexto de vida do universo de crianças menores de cinco anos residentes no meio rural do município de Arambaré-RS/Brasil, constataram diversas características e aspectos do cuidado que demonstravam fragilidade de uma prática de saúde pautada no ideal regulador da integralidade. Diante disso, considerou-se interessante relatar algumas experiências vivenciadas a fim de contribuir para o repensar da práxis e do perfil dos profissionais para atuação no SUS.

Inicialmente são apresentados alguns dados sociodemográficos da população do estudo que originou as experiências relatadas, para contextualização e melhor compreensão do leitor. Em relação à distribuição dos sexos na população infantil, 50% era do sexo feminino e 50% do sexo masculino. No que diz respeito à faixa etária, a maioria das crianças (70,1%) tinha dois anos ou mais e apenas 15,1% estavam entre 0 e 11 meses.

A situação socioeconômica foi caracterizada por um indicador da condição de vida, construído pelos autores. Utilizando uma série de variáveis (tipo de produção, produção para subsistência, mãe trabalha fora de casa, recebe ajuda, ajuda alguém, TV, geladeira, fogão, rádio, automóvel, trator, tipo de construção da moradia, número de pessoas na casa, número de cômodos na casa, número de dormitórios na casa, água encanada, destino dos efluentes, sanitário), em que cada uma delas possuía um escore, conforme a resposta (as opções que reportam às piores condições, receberam a pontuação 0 e, de forma crescente, as que representam uma realidade mais positiva ganharam números mais altos), constatou-se, após a soma e divisão por pontos de corte, famílias em três diferentes situações (inferior, média e superior), contudo o fato de algumas delas viverem em situação superior não garante ótimas condições de vida materiais, uma vez que a pobreza rural marcante, na metade sul do estado, apresenta-se de forma intensa nesse contexto. O fato de não existirem crianças filhas de grandes proprietários, contribuiu para o resultado, porque são eles que concentram grande parte do lucro do setor primário do município.

Os grupos sociais identificados no meio rural de Arambaré são assim classificados:

- **Assalariados de Pequenas Propriedades:** quase sempre exercendo a função de caseiros da propriedade, desfrutam de seus benefícios, tendo acesso a boas condições de moradia, saneamento e bens de consumo duráveis, plantam hortaliças e criam animais para subsistência.
- **Assalariados de Grandes Propriedades:** famílias que trabalham e residem em latifúndios destinados à rizicultura e/ou à pecuária, a maioria usufrui de boas condições de saneamento e moradia, mais da metade das famílias não produz nada, e os que produzem é apenas para autoconsumo.
- **Proprietários de Pequenas Propriedades:** são famílias que residem em pequenos lotes de terra, em decorrência do baixo poder de competitividade mais da metade delas desenvolve a agricultura familiar pouco significativa e/ou cria alguns animais (galinhas, porcos, vacas de leite), ambas atividades para a subsistência, e o restante nada produz. Algumas famílias vivem de trabalhos informais e esporádicos e as condições de moradia são precárias, as casas

são pequenas, com péssima infraestrutura; quase a metade delas sem água encanada ou instalações sanitárias.

• **Assentados:** há três assentamentos no município que abrigam as famílias ligadas ao Movimento dos Sem Terra. Dentro e entre cada um deles há uma diversidade socioeconômica. Nas famílias do assentamento Santa Maria, a produção e comercialização do arroz são bem estruturadas, são os únicos que possuem tratores; no assentamento Caturrita a maioria das famílias produz e comercializa o arroz, algumas cultivam cereais e hortaliças para autoconsumo; entretanto, há famílias desse assentamento e do assentamento Capão do Leão vivendo em condições precárias (sem água encanada ou instalações sanitárias).

• **Habitantes Rurais Irregulares:** famílias que residem irregularmente em pedaços de terra localizados entre a estrada e a cerca que divide as propriedades, formando verdadeiras “favelas rurais”. Essas famílias sobrevivem de trabalhos esporádicos, apenas criam animais para consumo (vaca de leite ou galinhas). Uma das famílias não tem luz elétrica e nenhuma delas possui água encanada ou instalação sanitária.

No que diz respeito à assistência à saúde, sob o olhar da integralidade, um aspecto que chama atenção na população materno-infantil estudada é o acesso. Para Unglert (1995), o acesso à saúde está ligado a condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. Para Mattos (2004) a integralidade e o acesso têm relação com a articulação entre a lógica da prevenção e da assistência em qualquer nível da atenção, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde.

Diante dessas definições, o acompanhamento pré-natal de gestantes que vivem no meio rural de Arambaré apresenta algumas dificuldades no que diz respeito ao acesso geográfico e funcional, pois,

devido aos limites econômicos, os usuários dependem do transporte público e o município apresenta baixa oferta de serviços especializados. Essa situação é caracterizada pelo fato de a Unidade de Saúde do município localizar-se no meio urbano, distante até 30 km de algumas casas, o que resulta na dependência de meios de locomoção. As gestantes contam com o ônibus gratuito em alguns dias da semana, entretanto a presença do ginecologista na Unidade coincide com o transporte apenas dois dias no mês (duas terças-feiras); e, ainda, esse profissional disponibiliza um número reduzido de fichas para atender toda a população feminina do município.

O acesso é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca de satisfazer suas necessidades de saúde, ou seja, pode ser caracterizado como as dificuldades e facilidades para obter o tratamento desejado. Diante disso, a distância percorrida por algumas gestantes aparece como fator limitante para a obtenção da assistência pré-natal, pois, segundo Santos (1981, apud Adami 1993) o parâmetro ideal de deslocamento ao serviço de saúde é uma caminhada de no máximo vinte a trinta minutos. Em estudo sobre o acesso e uso dos serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais do Brasil nos anos de 1998 e 2003 também foi constatado que as grandes distâncias percorridas, a dificuldade de transporte e a baixa renda são fatores que restringem o acesso (Travassos e Viacava, 2007).

Somado a isso o modelo de fichas, distribuídas às usuárias por ordem de chegada, que compromete a garantia do atendimento e levanta uma questão: será que se houvesse um atendimento usuário-centrado pautado em uma ação planejada e trabalho em equipe não poderiam ser criadas estratégias capazes de ouvir, estabelecer vínculo e atender às necessidades das mulheres que certamente vão além de uma demanda programática o pré-natal?

A ideia de acolhimento vai ao encontro dessa proposta de cuidado. Muito mais do que uma triagem, o acolhimento se propõe a “uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta as necessidades de saúde trazidas pelos usuários e um novo modo de organizar o processo de trabalho em saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe”, envolvendo resolutividade e responsabilização (Malta e col., 1998, p. 139).

Logo, diante das questões de acesso trazidas, fica claro que o problema é resultado, além da quantidade de portas de entrada, a qualidade dessas portas, ou seja, o problema do acesso não depende mais apenas da expansão do número de unidades prestadoras. Cada vez mais, depende intimamente do tipo de modelo de atenção operada nessas unidades (Teixeira, 2007).

Mattos (2004, p. 1.414) defende que “as práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos”.

Diante das informações apresentadas, constata-se que nesse contexto rural a prática da integralidade é colocada em xeque por questões que envolvem as dificuldades de acesso e o não desenvolvimento do acolhimento, que resultam no comprometimento da qualidade da assistência e podem colocar em risco a saúde da população.

A afirmação anterior é justificada pelo fato de que as dificuldades enfrentadas pelas gestantes rurais durante o pré-natal se estendem ao momento do parto, uma vez que no município não existe infraestrutura para a realização de partos, que são realizados em cidade vizinha. Essa situação pode estar relacionada a algumas intercorrências durante o parto de crianças pesquisadas, exemplificadas pelo caso de aspiração de mecônio e do nascimento de uma criança dentro da ambulância, a caminho do hospital, que foi a óbito por complicações de saúde.

Vale destacar que as parturientes não são acompanhadas pela equipe que realizou o pré-natal, chegando à emergência do serviço de saúde sem qualquer informação adicional que subsidie o obstetra, apenas a carteira de gestante. Apesar de esta ser a forma comum de comunicação entre os profissionais, acredita-se que apenas as informações técnicas contidas na carteira da gestante não sejam suficientes para promover um cuidado dentro das

perspectivas do acolhimento e do ideal da integralidade, é preciso rever essa “rede de conversação” e a criação de vínculo entre profissionais e usuárias e entre os serviços, desde o pré-natal até o parto.

Para Merhy (2006) o vínculo é um dos aspectos fundamentais da atenção integral e para criá-lo é necessário ter relações próximas e claras com o indivíduo e/ou coletivo, a ponto de se sensibilizar com o seu sofrimento e se tornar a referência para ele, num processo de transferência que possa servir para a construção de autonomia do próprio usuário. Diante disso, “vínculo implica em responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizante nem impessoal. O profissional assume a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outras instâncias decisórias ou níveis de atenção” (Merhy, 2006, p. 138).

Essa alienação em relação ao paciente pode ser fruto de um acolhimento deficiente, que, para Silva Júnior (2001, p. 91), é definido como: “tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizado”. Sendo assim, promover um cuidado integral requer dos profissionais referência e contrarreferência das usuárias sob sua responsabilidade, para os diferentes níveis do sistema, também a referência e contrarreferência de informações sobre elas para subsidiar um trabalho interdisciplinar, que respeite a singularidade de cada caso e avance na ruptura da fragmentação da assistência em direção a uma atenção mais integral.

Complementando essas ideias Hartz e Contandriopoulos (2004) referem que o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações. Sendo assim, acredita-se que a integralidade não deva ser foco privilegiado da atenção primária, pois

ela não se materializa apenas em um serviço, mas sim, deve ser o objetivo de toda a rede.

Outro aspecto vivenciado nessa experiência, diz respeito ao acompanhamento mensal das crianças pelos profissionais da saúde. Constatou-se que essa prática é pouco comum entre as famílias, uma vez que a maioria (88,8%) busca apenas os serviços de saúde nos casos de doença identificada por alguns sintomas (dor, febre, vômito persistente, dificuldade respiratória, entre outros), situação que vai de encontro às recomendações do Ministério da Saúde de que sejam realizadas sete consultas no primeiro ano de vida, seguida de consultas semestrais no segundo ano e anual a partir do terceiro ano de vida (Brasil, 2002). Entretanto, em meio à dificuldade de acesso e a baixa oferta dos serviços existentes - não há qualquer ação de prevenção à saúde relacionada à puericultura ou mesmo ao atendimento pediátrico -, esse resultado é até certo ponto esperado. Não se pode desconsiderar que a utilização e o fluxo dos usuários são fortemente influenciados pela oferta e demanda dos serviços.

A oferta por serviços de saúde depende da capacidade instalada do serviço de saúde, dos recursos humanos disponíveis e das condições para o acesso geográfico e funcional ao serviço. Enquanto, “a demanda por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população” (Sawyer e col., 2002, p.758).

Segundo Cecílio (2006), a análise das ofertas e as necessidades de saúde da população potencializam os trabalhadores, a equipe, os serviços e a rede a pautar suas intervenções e práticas dentro do que as pessoas buscam como cuidado à saúde, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada, atendendo o indivíduo e a coletividade.

Somado aos aspectos já relatados, a escassez de ações preventivas também pode ser constada na análise da Caderneta da Criança, uma vez que na maioria delas (mais de 70%), não há informações atuais registradas no gráfico do crescimento. Diante desses dados, dois elementos merecem destaque: o primeiro deles remete à falta da avaliação nutricional, que constitui uma das principais ferramentas para o controle e o acompanhamento de saúde das crianças; e o segundo remete à importância

do registro das informações, que permite maior conhecimento e melhor compreensão do processo saúde-doença, facilita a socialização dos dados entre os diferentes profissionais e ainda possibilita um acompanhamento ampliado e diferenciado, o que expressa o caráter de continuidade e representa uma das dimensões da integralidade (Conill, 2004; Prado e Fujimori, 2006).

A forma como se organiza o serviço no município corrobora a opinião de Luz (2006, p. 31), pois segundo ela a:

saúde é associada na cultura presente, de dominância da ordem médico-social, à doença e sua atenção - portanto, à demanda por remédios e cuidado médico. Enquanto a demanda por saúde for socialmente construída em função da doença e do seu combate ou prevenção, acredita ser impossível aceder a uma demanda efetiva por saúde, no sentido positivo e propositivo do termo.

Para Cecílio (2006, p. 116) a demanda “é o pedido explícito, a tradução de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, a demanda, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem”. Nesse sentido, o autor refere que por trás da demanda de consulta com profissionais da Saúde podem esconder-se diversas necessidades de saúde, como a busca de soluções para melhorar as precárias condições de vida ou os conflitos familiares.

Um último aspecto vivenciado que permite a análise da integralidade na assistência à saúde da população materno-infantil do meio rural de Arambaré refere-se aos recursos terapêuticos escolhidos pelas famílias em casos de doença. Para isso, questionou-se o que as famílias fazem quando a criança apresenta algum problema considerado costumeiro. As opções de resposta incluíam: ir ao posto de saúde, hospital, médico do convênio ou particular, comprar medicamentos em farmácia e ministrar chá ou ervas. A utilização de chás ou ervas (46,5%) e ir ao posto de saúde (35,2%) foram citados por grande porcentagem das famílias, já os recursos que representam gastos, como a compra de medicamentos em farmácia e a busca de assistência particular, foram pouco mencionados, assim como a procura por hospital que, apesar de público, não tem mais destaque provavelmente pela dificuldade de acesso.

Em pesquisa realizada com crianças rurais que vivem em um assentamento da reforma agrária, os autores constataram que, nos casos de enfermidades, o tratamento mais empregado (69,8%) pela mãe foi o consumo de chás (hortelã, poejo, erva-cidreira), enquanto as práticas medicamentosas convencionais foram adotadas em apenas 30,2% (Castro e col., 2004). Em outro estudo, também com população assentada, as práticas terapêuticas são diferentes, 47,8% utilizavam algum tipo de atendimento médico (posto de saúde ou hospital) e apenas 8,3% utilizavam algum recurso caseiro. Contudo, conforme os próprios autores afirmam, o significativo grau de urbanização e de proximidade dos serviços de saúde pode ter influência nessa escolha (Veiga e Burlandy, 2001).

Essa constatação corrobora a ideia de que o acesso geográfico a serviços de saúde pode modular as escolhas por práticas cotidianas. Além disso, esses dados demonstram a importância de se considerar as peculiaridades e as particularidades de cada contexto ao planejar a assistência à saúde, garantindo o acesso geográfico à rede de serviços, mas também o acesso cultural, aquele que respeita os hábitos e a cultura da população e assim contribui para a prática da integralidade.

Sendo assim, é preciso reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, diferencia-se de um indivíduo para outro, pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença para outro e a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a sequência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras. A procura de cuidados está condicionada tanto por atitudes, valores e ideologias quanto por perfis da doença, acesso econômico e disponibilidade de tecnologias (Massé, 1995).

Considerações Finais

Com base nas experiências aqui relatadas, constata-se que a população rural vive em condição de desvantagem, uma vez que os serviços, os programas e a atenção à saúde são quase exclusivamente

projetados para a população urbana. Somado a isso, o modelo assistencial e o processo de trabalho desenvolvido nos serviços de saúde tornam difícil a prática da integralidade. Essa situação é traduzida por questões que envolvem o acesso, o acolhimento e a descontinuidade no atendimento, que é marcado por relações frias e médico-centradas.

Um aspecto a ser considerado é o fato de o município estudado ser de pequeno porte e dispor apenas de serviços de atenção básica. Dentro da possibilidade atribuída ao nível primário de resolução de 85% dos problemas de saúde e do princípio da regionalização, que prevê uma assistência em rede hierarquizada de serviços, o acesso e a resolutividade deveriam ser garantidos a toda e qualquer população. Mesmo assim os aspectos relatados mostram que a prática da integralidade na assistência às mulheres gestantes e às crianças rurais é ameaçada por questões que envolvem a qualidade dos serviços, o fraco vínculo e a responsabilização por parte dos profissionais, a superficialidade do diálogo e da escuta das necessidades dos indivíduos, as dificuldades de acesso, seja ele demográfico, econômico, funcional ou cultural, ou ainda materializado pela dicotomia de ações de caráter assistenciais e preventivos nos diversos níveis da atenção.

Dessa forma, parece necessário repensar a saúde da população rural desenvolvendo políticas específicas às peculiaridades epidemiológicas e culturais, serviços acessíveis geograficamente e atendidos por equipes que desempenhem um cuidado acolhedor e resolutivo. Em meio ao desinteresse político para a expansão de serviços no interior de todos os municípios, uma alternativa interessante seria a criação de equipes volantes e multiprofissionais, que realizariam visitas domiciliares e prestariam assistência dentro das condições de vida da população e subsidiada por uma rede de serviços.

Acredita-se este relato de experiência possa dar visibilidade às questões que incidem sobre a prática da integralidade na realidade local a fim de contribuir com políticas públicas que visem a sua operacionalização para a melhoria das condições de assistência e de saúde dos usuários residentes no meio rural do município, sem pretensão de generalizações ou de comparações.

Referências

- ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 82-86, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília, DF, 2002.
- CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2007. p. 36-46.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CASTRO, T. G. et al. Saúde e nutrição de crianças de 0 a 60 meses de um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce, MG, Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n. 2, p. 167-176, 2004.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p. 113-126.
- CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.
- DATASUS. Cadernos de Informação em Saúde Rio Grande do Sul - Município de Arambaré, Orçamento Público. 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2008.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-336, 2004. Suplemento 2.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2000.
- LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 27-31.
- MALTA, D. C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. et al. *O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã VM, 1998. p. 121-42.
- MASSÉ, R. *Culture et santé publique: les contributions de l’anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 1995.
- MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p. 39-64.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. de O. *Inventando a mudança na saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, utilização e avaliação*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

- PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 67-71, 2006.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde*. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.
- ROCHA, L. *Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS: (des)construindo idéias, repensando novos desafios*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- ROESE, A. et al. Field diary: construction and utilization in scientific researches: bibliographic analysis. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niteroi, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/598/141>>. Acesso em: 10 abr. 2007.
- SAWYER, D. O.; LEITE, I. da C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.757-776, 2002.
- SCHNEIDER, S.; FIALHO, M. A. V. Pobreza rural, desequilíbrios regionais e desenvolvimento agrário no Rio Grande do Sul. *Teoria e Evidência Econômica*, Passo Fundo, v. 8, n. 15, p. 117-149, 2000.
- SICHERI, R. et al. Estado nutricional de crianças e relações de trabalho da família em uma comunidade rural do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, p. S28-S35, 1993. Suplemento 1.
- SILVA JÚNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. *Curso de Especialização Autogestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 81-107.
- SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Cepesc: Abrasco, 2006. p. 241-257.
- TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2007. p. 91-113.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 221-235.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR). *Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio rural e desenvolvimento sustentável em municípios da planície costeira e do planalto sul do Rio Grande do Sul: uma abordagem interdisciplinar: diagnóstico geral do estudo*. Porto Alegre, 2005. Relatório de pesquisa.
- VEIGA, G. V.; BURLANDY, L. Indicadores sócio-econômicos, demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes em um assentamento rural do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1465-1472, 2001.

Recebido em: 30/06/2008

Reapresentado em: 16/07/2009

Aprovado em: 16/08/2009