



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
Serviço de Saúde Comunitária
Residência Integrada em Saúde

**PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS**

Pesquisadora: Tanara Vogel
Orientadora: Leni Padilha Cardoso

Trabalho apresentado como requisito para conclusão da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição.

Porto Alegre, 22 janeiro de 2012

RESUMO

Mais de 30 anos após sua constituição, o Sistema Único de Saúde já teve muitos avanços, mas segue tendo desafios importantes para sua consolidação absoluta. Neste estudo, usuários de uma Unidade de Saúde do município de Porto Alegre foram questionados à respeito da satisfação com os serviços prestados e da percepção das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Apesar da satisfação geral com o serviço, foram relatadas dificuldades em relação ao acesso, à longitudinalidade e à divulgação dos potenciais do serviço de saúde. A percepção dos usuários quanto as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças foi bastante variada, sendo que nem todos os usuários percebem sua importância e sua relação com o tema saúde. Sugere-se, para auxiliar na superação dessas dificuldades, que a equipe da Unidade de Saúde em estudo modifique alguns processos de trabalho, como a inclusão de acolhimento multiprofissional e a subdivisão dos profissionais de acordo com o território.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Prevenção Primária; Promoção da Saúde

ABSTRACT

Over 30 years after its constitution, the Brazilian Unified Health System has had many improvements, but continues to have significant challenges to its absolute consolidation. In this study, users of a Health Unit in Porto Alegre were asked about their satisfaction with the services provided and about their perceptions on activities of health promotion and disease prevention. Despite the overall satisfaction with the service, difficulties were reported in relation to access, longitudinality and dissemination of Health Unit potentials. The users' perception regarding the activities of health promotion and disease prevention was quite variable, and some users don't realize its importance and its relationship with health. It is suggested to help overcome these difficulties, the modification of some work processes, such as inclusion of multiprofessional reception and division of professional's work according to the territory.

Key Words: Primary Health Care; Primary Prevention; Health Promotion

INTRODUÇÃO

Promoção de saúde é um conceito complexo que inclui ações e responsabilidades de indivíduos, comunidades, sociedade, instituições e governos. Para que a mesma seja realizada de forma efetiva e integral são recomendadas intervenções não apenas no âmbito direto da saúde, mas também em todos os seus determinantes e condicionantes, como aqueles relativos ao crescimento econômico e distribuição de renda, alimentação, educação, saneamento, moradia, emprego, transporte, lazer e meio ambiente (DAHLGREN, 1992; BUSS, 2008).

Do ponto de vista da promoção de saúde no âmbito dos serviços de saúde, as intervenções devem incidir sobre a forma como os determinantes sociais geram as iniquidades em saúde, reduzindo-as e buscando melhorar sistematicamente o resultado nas condições de vida das pessoas. A capacitação dos indivíduos e das comunidades para atuarem na melhoria de sua saúde e qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo, deve ser um foco no planejamento de atividades promotoras de saúde (BRASIL, 2001).

Prevenção de doenças, em seu nível individual, é uma terminologia que abrange quatro estágios de abordagem, de acordo com o grau de saúde/doença apresentado pelo indivíduo/comunidade: prevenção primária – realizada no período pré-patogênese; prevenção secundária – diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez; prevenção terciária – ações de reabilitação; prevenção quaternária, classificação mais recente, na qual o profissional de saúde preocupa-se em identificar os riscos de super-prevenção, super-diagnóstico e super-medicalização, a fim de proteger o sujeito de intervenções inapropriadas, e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. (JAMOULLE, 1995; COELHO, 2002).

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve abranger, em seu leque de serviços, tanto ações de promoção da saúde e de prevenção primária, quanto ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2011). Dentre todos os níveis de atenção à saúde previstos na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), no

entanto, a APS é um espaço privilegiado para a prática da promoção e da prevenção, devido à sua proximidade com as comunidades, fator essencial para a identificação precoce de determinantes de saúde e de adoecimento.

A inserção efetiva e contínua de atividades promotoras de saúde e preventivas na APS torna-se fundamental à medida que a prevalência de doenças crônicas evitáveis, como hipertensão e diabetes mellitus, eleva-se significativamente na população brasileira, levando também ao acréscimo de gastos públicos e à piora na qualidade de vida dos indivíduos.

Considerando que o conhecimento da avaliação dos usuários sobre o atendimento a eles prestado pode servir como ferramenta para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços (CECÍLIO, 2001; SILVA JUNIOR, 2004), este estudo teve o objetivo de verificar a percepção de usuários de uma Unidade de Saúde acerca de atividades de saúde promotoras e preventivas no contexto da APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, no qual realizou-se amostragem aleatória simples dos usuários atendidos em uma Unidade de Saúde da zona norte de Porto Alegre, nos meses de julho, agosto e setembro de 2012. Os critérios de inclusão adotados foram: idade entre 18 e 75 anos, ter prontuário cadastrado na Unidade de Saúde há cinco anos ou mais e ter utilizado algum serviço da Unidade de Saúde nos últimos 12 meses. O não comparecimento à entrevista no horário agendado em três dias distintos foi considerado critério de exclusão do estudo.

Como instrumento de coleta de informações utilizou-se um questionário de entrevista semiestruturada, com questões abertas e fechadas. Os usuários sorteados foram convidados a participar do estudo por contato telefônico, e as entrevistas foram realizadas na sala de grupos ou em algum consultório da Unidade de Saúde. As entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico e transcritas com nomes fictícios, para preservar a identidade dos participantes. A análise do conteúdo foi realizada segundo método proposto por Bardin (2009).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Grupo Hospital Conceição (nº 11-272) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem incluídos no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Unidade de Saúde (US) na qual este estudo foi desenvolvido possui uma área adscrita com população superior a 13 mil habitantes, pertencentes, em sua maioria, as classes média, média baixa e pobre. O território é formado por conjuntos habitacionais, havendo poucas dezenas de casas na região. Encontram-se na área de abrangência da US: duas escolas estaduais, sendo uma com 2º grau completo; uma escola infantil comunitária; uma igreja; um supermercado de grande porte; pequenas lojas de comércio; uma feira modelo.

Durante o período de desenvolvimento de estudo, a equipe de trabalho da US possuía a seguinte constituição: três auxiliares administrativos, três enfermeiros, oito auxiliares/técnicos de enfermagem, sete médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade, duas dentistas, duas técnicas em saúde bucal, quatro agentes comunitárias de saúde, uma psicóloga, uma assistente social, três profissionais em apoio matricial (uma farmacêutica, uma nutricionista e um médico psiquiatra), dois profissionais de segurança e dois de higienização terceirizados, seis residentes (duas nutricionistas, duas dentistas e duas assistentes sociais) e oito estagiários (três de medicina, um de nutrição, dois de psicologia, e dois de auxiliar administrativo).

A equipe de saúde realizava atividades promotoras e preventivas em diversos níveis de atenção, individuais e coletivos. Este estudo, no entanto, procurou focar-se na promoção de saúde e na prevenção de doenças realizadas em atividades coletivas, para fins de análise. Apesar de não ser possível classificar uma atividade de saúde exclusivamente como promotora de saúde ou preventiva, podemos indicar quais se destacam nestes quesitos. Assim, consideramos atividades com destaque na prevenção de doenças o Grupo de Asma, o Grupo HiperDia – voltado para usuários hipertensos e/ou diabéticos e o Grupo de Tabagismo. Com destaque na promoção de saúde, indicamos o Acolhimento em Saúde Mental, o Grupo de Pais, a Consulta Coletiva Saúde no Prato, o Acolhimento de Saúde Bucal, o Grupo de Convivência, o Grupo Fazendo Arte, o Grupo de Meditação, o Grupo Evolução e o Grupo Trocando Figurinhas – voltado para gestantes.

Foram convidados a ingressar no estudo 12 usuários da US, dos quais dez consentiram em participar. Destes 90% eram do sexo feminino e a média de idade foi de 49,8 anos com amplitude de 19 a 64 anos. A maioria (n=7) dos participantes relatou ter escolaridade mínima de 11 anos, e a renda per capita teve média estimada em 662 reais com amplitude de 230 a 1300 reais. Em relação a composição domiciliar, o número de pessoas que moram na mesma casa variou de duas a sete, com média de 3,2 pessoas, e 70% dos entrevistados referiram composição familiar nuclear. Dois entrevistados estavam aposentados, três estavam trabalhando (um autônomo e dois com carteira assinada), uma pessoa referiu ser do lar e quatro referiram desemprego.

Conforme revisão de prontuários, 70% dos entrevistados utilizavam a Unidade de Saúde há mais de 10 anos, com variação de 5 a 19 anos no tempo de cadastro. O número de atendimentos registrados em prontuário durante o período de doze meses teve média de 8 e amplitude de 1 a 25 atendimentos/ano. Apenas um participante referiu ter plano de saúde e 60% dos entrevistados têm a Unidade de Saúde como único serviço de saúde de referência para acompanhamento longitudinal.

Todos os entrevistados já tiveram atendimento individual com mais de um tipo de profissional de saúde, sendo que todos referiram já ter realizado atendimento médico e de enfermagem, 70% de odontologia, 50% de psicologia, 20% de serviço social e 20% de nutrição. Apenas um dos usuário entrevistado nunca havia retirado medicamentos na farmácia da US. As atividades coletivas utilizadas pelos entrevistados foram: Grupo de Asma, Grupo de Cuidadores, Grupo de Gestantes, Grupo de Meditação, Grupo de Pais, Acolhimento em Saúde Mental, Consulta Coletiva Saúde no Prato e Grupo de Tabagismo.

Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde na APS

Ao serem questionados sobre as atividades preventivas realizadas na US, como os Grupos Tabagismo e HiperDia, os usuários referiram achá-las importantes/muito importantes (100%). O entendimento sobre o objetivo das mesmas, no entanto, foi bastante variado, conforme pode ser observado nas

falas a seguir:

“É importante. Só que às vezes acho que tira um pouco do espaço daquilo que podia ser aproveitado uma sala a mais pra fazer atendimento médico né...” (Usuário 1)

“Eu acho interessante isso daí para aquelas pessoas que não têm o que fazer, para participar disso aí. Porque tem pessoas que não fazem nada né. Pessoas que não têm atividade nenhuma. Ficam em casa sozinhos, às vezes nem a família não apoia ou coisa assim. Ao menos eles têm uma atividade onde participar... eu acho muito importante isso aí.” (Usuário 9)

“Ah, eu acho que é bom, pra esclarecer né as doenças pras pessoas... o meu pensamento é esse... eu acho que é válido esses grupos né. Tem muita gente aí que não sabe o que é a doença, não conhece, daí tu vem num grupo desses e pode se esclarecer né... pra explicar pras pessoas eu acho... Acho que vale a pena.” (Usuário 3)

“Muito importante. Até para prevenir, ajudar a melhorar. Até para as pessoas ficarem cientes e se cuidar. Até para diminuir as consequências das doenças né” (Usuário 4)

Na fala do usuário 1, podemos observar a representação de uma parcela da população que acredita que os atendimentos médicos têm prioridade sobre as outras atividades desenvolvidas, mesmo quando ambos não disputam os mesmos espaços na US. Já nas falas seguintes podem ser observadas diferentes visões a respeito das atividades coletivas preventivas, as quais podem representar tanto um espaço de convivência ou de pertencimento, quanto um espaço para esclarecimento sobre as doenças, para melhorar o cuidado dos indivíduos com a própria saúde, para reduzir as consequências das doenças.

Essa diferença de opiniões pode ser gerada por compreensões distintas entre os indivíduos a respeito dos conceitos de saúde e doença. Do ponto de vista de vários pesquisadores, avalia-se que tanto a saúde pública quanto a promoção de saúde permanecem fortemente ancoradas num paradigma centrado na patologia, com programas desenvolvidos com base no modelo epidemiológico de fatores de risco (O'NEILL, 2007).

Em uma compreensão mais ampliada, afastando-se da ênfase no corpo doente na direção de evidenciar determinantes mais plurais, com acento na noção de fatores de risco (na dimensão mais voltada para a

prevenção de doenças) e na noção de condições de vida (voltada para a promoção), dilui-se as fronteiras entre doentes e supostamente saudáveis. E esse aspecto tem por correlato o reconhecimento de que a saúde, uma vez que passa a ser identificada não mais como ausência de doença, mas como qualidade de vida, demanda um conjunto de ações que extrapolam a área da saúde. Em suma, a passagem entre uma concepção positiva de saúde, não mais centrada na doença, para sua implementação concreta em programas e ações de saúde, ainda não de realizou de forma ampla no país, de forma que as falas dos usuários espelham a diversidade de opiniões existentes também entre profissionais de saúde e gestores.

As divergências de entendimento, no entanto, foram ainda maiores quando o tema abordado foi atividades promotoras de saúde, conforme exemplificado nas falas abaixo:

“Eu acho que é bom, acho que é bom. Tem muita gente que não tem o que fazer, daí eles ocupam o tempo em coisas boas.” (Usuário 1)

“Acho assim importante que tenha essas áreas até de lazer, que acolha as pessoas que não tão fazendo nada, que tão com depressão, uma coisa que acho que sair pra dançar também ajuda [risos].” (Usuário 3)

“Olha, tudo que é pro bem e pro bem-estar eu acho muito... muito bom. Acho que tem tanta gente assim, que às vezes ficam lá na praça sentados cuidando da vida dos outros, que deviam de fazer uma atividade dessas mais... mais... como é que eu vou dizer... produtivas pra saúde, pro bem-estar. Que mais gente se interessa pra fazer alguma coisa boa né, não fazer coisa ruim.”

“A diabetes, por exemplo, se não controlada pode matar, hipertensão também é muito sério, tu entende? Eu acho que o que não funciona é essa coisinha do crochê, do tricô, não sei o que, acho que isso não precisa. Acho que pode ocupar essas salas pra outras coisas. Eu penso né... Porque existem maneiras de procurar fora. Eu acho assim o posto tem que ser o mais ligado à saúde.” (Usuário 5)

A partir do trecho extraído do diálogo com o usuário 5, principalmente, podemos refletir sobre algumas questões: o que é, afinal, uma atividade ligada à saúde? O que torna uma oficina de artes terapêutica? Segundo Costa (2004), a função terapêutica de uma oficina é dada de partida pela própria convivência que ela instaura, através da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e pacientes e, principalmente, entre os

pacientes. Muitos transtornos mentais são marcados pela tendência ao isolamento, pela dificuldade de se estabelecer vínculos afetivos e sociais. Mesmo que o isolamento persista no cotidiano, fora da instituição, o momento de convivência nas oficinas é de vital importância.

A introdução de oficinas de artes, em Belo Horizonte, provou que o “fazer artístico” na busca da criatividade em determinados aspectos poderia mostrar-se inatingível para alguns e, quando despertado, surge como o primeiro passo para o autodescobrimento, levando cada indivíduo a se reconhecer com habilidades nunca antes percebidas, trazendo, em consequência, resultados bastante benéficos a quem, de certa forma, acostumou-se a ser desacreditado no convívio social (COSTA, 2004).

Segundo Arouca, na evolução do conhecimento científico, a saúde foi um conceito ausente ou negativo na sua dimensão “em si”, e as doenças foram definidas na sua singularidade particular, em relação a um tipo de sofrer, definição que, transformada em um nome, organizava ao seu redor o conhecimento existente sobre os fenômenos relativos a aquele sofrer (AROUCA, 1975).

Em um modelo de atenção, no qual a maioria dos profissionais de saúde atuantes tiveram sua educação centrada na doença ao invés da saúde, é natural que pacientes também passem a enxergar por essa óptica; ou seja, cada indivíduo sendo um conjunto de doenças que devem ser curadas, em centros de tratamento de *doenças*, e não promotores de saúde.

É certo que o atendimento hospitalar e ambulatorial representam alguns dos espaços nos quais se pode impedir a evolução da doença como processo, sendo, no entanto, os piores lugares para prevenir a gênese das mesmas. A difusão da medicina no espaço social leva a uma ampliação da clientela, que passa teoricamente a ser todo e qualquer indivíduo, em todos os momentos de sua vida, portanto, propõe-se o reencontro da medicina com a vida em sua totalidade, libertando-se do episódio, porém mantendo-se presa a ele (AROUCA, 1975).

A resistência que pode ser encontrada nas comunidades ao propor oficinas terapêuticas promotoras espelha-se na educação biologicista das faculdades da saúde e só pode ser quebrada com a transformação gradual dos próprios profissionais de saúde que atuam no SUS, senão na graduação.

Aspectos relacionados ao tema em estudo

Além de estudar a percepção do usuários sobre as atividades promotoras e preventivas, procuramos obter também uma visão mais ampla dos mesmos, abrangendo a satisfação geral com o serviço prestado, e a opinião dos mesmos a respeito do acesso aos serviços de saúde, da longitudinalidade da atenção à saúde e da divulgação dos serviços de saúde ofertados na US. Estes tópicos foram escolhidos por serem aspectos que se comunicam diretamente com o tema do estudo e serão amplamente discutidos seguir.

Acesso

O acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, é uma das diretrizes da APS, a qual deve ser porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a US deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços (BRASIL, 2011).

O acesso às consultas médicas (60%) e odontológicas (20%), aos medicamentos da farmácia (40%) e ao atendimento de enfermagem (40%), no entanto, foi considerado difícil para usuários entrevistados neste estudo.

A dificuldade de acesso a todos esses serviços pode ser, em parte, explicada pelo crescimento populacional do território adscrito e pelo aumento na prevalência de doenças crônicas, os quais não foram acompanhados pela construção de novas Unidades de Saúde no bairro. O aumento de profissionais e de estrutura física realizados na US não foram suficientes para suprir o acréscimo na demanda por atendimentos. Além disso, percebe-se a heterogeneidade na utilização dos serviços, a qual pode ser observada até mesmo dentro da pequena amostra de usuários deste estudo: enquanto um dos usuário acessou a US uma vez ao longo de doze meses, outro acessou a mesma 25 vezes durante o mesmo período de tempo. Apesar de ser

esperado que as pessoas que necessitam mais utilizem mais os serviços de saúde, a necessidade muitas vezes não corresponde a um uso excessivo da US.

A superutilização de um serviços de saúde pode estar relacionada à baixa resolutividade dos atendimentos, à desorganização de fluxos (consultas de revisão, renovação de receitas, requisição de exames e de procedimentos, verificação de problemas agudos e crônicos), a fatores individuais (diferenças socioeconômicas, idade, doenças crônicas, auto percepção de saúde), entre outros, e pode ter como consequência a redução do acesso para outros usuários. A resolução deste problema parece estar relacionada à organização do acesso de acordo com o princípio da coordenação do cuidado, a qual pode estar associada à divisão dos profissionais por território de responsabilidade, e consequente intensificação da vinculação entre usuários e profissionais.

Outro ponto importante de ser discutido é o acesso às Redes de Atenção à Saúde do município. A dificuldade em acessar os ambulatórios de atenção secundária e os centros hospitalares, quando encaminhados pela US, foi referida por 100% dos usuários, mesmo que não houvessem perguntas na entrevista que mencionassem diretamente o tema.

“A única coisa que é ruim, eu vou dizer, que é ruim mesmo, é essa coisa de quando tu precisa uma especialidade ficar na fila de espera um tempão. Isso aí é péssimo né! (...) Eu não consegui um ortopedista traumatologista que precisava, (...) já passou 3 anos e ainda não me chamaram. E eu precisava muito de um ortopedista, precisava fazer fisioterapia e ainda não consegui” (Usuário 8)

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2011), a organização do Sistema Único de Saúde está configurada em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e

atendendo as suas necessidades de saúde. Desta forma, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pela APS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, mantendo-se a coordenação do cuidado com os profissionais da APS.

O funcionamento ainda precário das RAS, observado na demora excessiva para o acesso às consultas especializadas e procedimentos e na dificuldade de comunicação entre os profissionais que atuam em diferentes pontos da rede, resulta em redução da resolutividade na APS pelas repetidas consultas realizadas para problemas de saúde que não podem ser resolvidos na US, e, conseqüentemente, redução do acesso aos serviços da APS para outros indivíduos.

A informatização da regulação das RAS, por meio do Sistema de Administração Geral dos Hospitais (Aghos), pretende resolver o problema citado. A implantação do Aghos teve início em 2009, iniciando pelo controle de leitos hospitalares e avançando para a marcação de consultas especializadas, exames e cirurgias ambulatoriais.

Este estudo foi realizado em um período no qual a US estava em transição para o sistema Aghos, realizando o cadastro online dos usuários e, portanto, reflete a condição pré-informatização. Quando todos os documentos de referência estiverem informatizados, o sistema Aghos permitirá um mapeamento detalhado da demanda por consultas e exames especializados e, com base nestas informações, o Estado poderá planejar a ampliação dos serviços conforme a demanda.

Longitudinalidade

Característica central e exclusiva da APS, a longitudinalidade é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo pelo profissional de saúde, para múltiplos episódios de doença e/ou cuidados preventivos. Neste acompanhamento está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente. O atendimento de tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (ORTÚN, 1996; STARFIELD, 2002; GÉRVAS, 2005).

Neste estudo, 30% dos entrevistados, ao explicar sobre a qualidade do atendimento médico, relataram problemas na manutenção da longitudinalidade, como pode ser observado na fala abaixo:

“O problema é que aqui, toda vez que a gente vem aqui, nunca a gente pega o mesmo médico, aí tu tem que começar a falar tudo de novo. Cada médico que tu pega tem uma opinião diferente.” (Usuário 3)

A forma de marcação de consultas médicas da US, somada à elevada demanda por atendimentos, parece ser um dos fatores negativos para a manutenção da longitudinalidade, devido a inexistência de divisão por território. Nessa modalidade, cada usuário escolhe para qual médico quer marcar consulta, por ordem de chegada, de forma que, muitas vezes, as pessoas não conseguem continuar um acompanhamento com o mesmo médico que iniciou o tratamento ou retornar ao mesmo médico em um novo episódio de doença e/ou cuidado preventivo.

Outra questão levantada pelos usuários foi o fato de a US ser campo de ensino para estagiários e residentes de medicina. Na modalidade de ensino utilizada atualmente, o estudante realiza o atendimento de uma parcela dos pacientes agendados para o preceptor, com a supervisão do mesmo. Para alguns usuários (20%) essa forma de atendimento dificulta a manutenção de vínculo profissional-usuário e não gera a mesma sensação de confiança/segurança que eles possuem quando atendidos pelo profissional de referência.

Divulgação dos serviços de saúde

Entre os princípios da constituição do SUS, está a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário. Apesar da importância do tema, os autores não encontraram artigos nacionais que avaliem se este princípio está sendo respeitado nos serviços de saúde do país. O desconhecimento dos potenciais dos centros de saúde pode levar ao acesso reduzido a determinados serviços pouco conhecidos e sobrecarga de outros mais conhecidos. Um exemplo comum é a marcação exclusiva de consultas médicas para problemas que podem ser resolvidos

também em consulta com enfermeiro, como exame preventivo de colo de útero e requisição de exames pré-natal.

Ao questionar os entrevistados a respeito das atividades oferecidas pela US e sobre o atendimento dos profissionais que ali trabalham, foi possível verificar o desconhecimento dos usuários: apesar de a US oferecer doze modalidades de atividades coletivas abertas ao público, as quais ocorrem sistematicamente ao longo dos anos, nenhum entrevistado conseguiu lembrar de mais do que quatro delas. Alguns usuários referiram não saber que a US contava com assistente social, nutricionista e dentistas.

Encaminhamentos da discussão

Considerando as discussões realizadas, traçamos duas sugestões de modificações no funcionamento da US que podem auxiliar na resolução parcial das dificuldades apontadas pelos usuários:

Acolhimento multiprofissional – O acolhimento, segundo Franco (1999), propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.

O acolhimento multiprofissional propõe a formação de equipes de acolhimento, compostas por um profissional de enfermagem e um profissional de outra área, preferencialmente daqueles com formação psicossocial. Essa combinação seria capaz de agregar o conhecimento técnico sobre sintomas clínicos com a escuta atenta e humanizada e, assim, promover acesso mais qualificado aos serviços ofertados, incluindo os espaços coletivos promotores de saúde e preventivos, atenção integral ao

usuário, divulgação dos potenciais do serviço, educação e participação da comunidade.

Subdivisão gradual da equipe em cinco ESF – Ao longo do texto citamos o tamanho da população como explicação para problemas como longitudinalidade, acesso e participação da comunidade. Ao considerarmos que a APS deve ter o máximo de descentralização, territorialização e capilaridade possíveis, percebemos que o tamanho da população pode ser sim um grande obstáculo para o cumprimento desses princípios.

A equipe de saúde que atua US, apesar de grande, atende uma população superior a 13 mil usuários. A organização de funcionamento atual, na qual todos os profissionais atendem todo o território, além de gerar um sentimento de incapacidade para ações como busca ativa e limpeza de cadastros, oferece maior atenção àqueles usuários que procuram mais e não necessariamente àqueles que necessitam mais do serviço.

Desta forma, sugere-se como modalidade de organização a subdivisão da equipe primariamente em cinco áreas de vigilância, para identificação dos necessidades de saúde mais prevalentes por área; realização de busca ativa; realização de atividades de educação em saúde no território, e outros. O segundo passo seria a divisão gradual das consultas conforme as área de vigilância, na qual cada área teria seu agente comunitário, seu enfermeiro e seu médico, e nas quais as outras profissões atuariam como apoio matricial. Essa transição deve ser lenta e gradual, respeitando o desejo dos usuários em continuarem sendo acompanhados pelos profissionais com os quais já possuem vínculo.

Essa forma de atuação, quando completamente implementada pode ter impacto direto e positivo na longitudinalidade do cuidado, na organização do acesso, na integralidade da atenção e no aumento de atividades promotoras de saúde e preventivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trinta e dois anos após a criação do SUS, percebe-se um sistema de saúde ainda em construção. Acesso, longitudinalidade e divulgação dos

potenciais dos serviços de saúde aos usuários – princípios e diretrizes do SUS e/ou da APS – foram as dificuldades apontadas pelos usuários entrevistados neste estudo.

Quanto às atividades promotoras de saúde e preventivas, percebe-se que, apesar do esforço da equipe em mantê-las, as mesmas não são bem compreendidas por toda a população. A não aceitação das atividades coletivas se entrelaça com os problemas anteriormente citados – a prática centrada na patologia, a elevada demanda por atendimento médico e o estrangulamento do acesso levam ao receio da falta de consultas médicas e à rejeição de qualquer outra atividade que lhe possa tirar espaço.

Assim, os autores sugerem a implantação de acolhimento multiprofissional e a subdivisão gradual da equipe em cinco estratégias de saúde da família como mecanismos para organizar o acesso, facilitar a longitudinalidade, divulgar os potenciais do serviço de saúde aos usuários e aumentar a compreensão e adesão às atividades de promoção de saúde e de prevenção de doenças.

Referências

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197f. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 5.ed. Lisboa: Ed.70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001, 112 p.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf > acesso em 14/11/2012

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispões sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> > acesso em 14/11/2012

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica 2011. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html?q=atenção+básica> > acesso em 14/11/2012

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas, C.M. (Orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, maio-ago. 2002.

COSTA, C. M; FIGUEIREDO, A. C. Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number:EUR/ICP/RPD 414, 1992.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 1999; 15:345-53.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev. bras. epidemiol. 2005; 8(2):205-218.

JAMOULLE, M; ROLAND, M. Quaternary prevention. Hong-Kong Wonca Classification Committee. 1995.

NETO, J. L. F.; KIND, L. Promoção de saúde: práticas grupais na estratégia Saúde da Família.. São Paulo: Hucitec, 211. 182p

O'NEILL, M. Conclusion. Health Promotion in Canadá: critical perspectives. 2ª Ed. Toronto: Canadian Scholars Press, 2007

ORTÚN, V.; GÉRVAS, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106:97-102.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 241-55.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.