

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

A política nacional de atenção básica nos centros municipais de saúde da área programática 1.0

The national policy of primary care in municipal centers of health from programmatic area 1.0

La política nacional de atención primaria en centros de salud municipal del área programática 1.0

Ana Leticia Monteiro Gomes ¹, Ana Carolina Mendes Soares ², Marília Almeida Antunes ³, Luiziane de Oliveira Geraldo da Silva ⁴, Nátae Carvalho de Souza Lugão ⁵, Maria Antonieta Rubio Tyrrell ⁶

ABSTRACT

Objective: discussing the national policy of primary care in the Unified Health System with health professionals from three municipal health centers. **Method:** a qualitative, descriptive-reflective and action research. The population was health professionals that serve women and children. We selected all professionals of municipal health centers program area of 1.0. For data collection were conducted three seminars which were recorded and transcribed, with carved minutes. The study was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing Anna Nery under Protocol No. 37/08. **Results:** the data were subjected to thematic analysis, followed by the construction of four categories. **Conclusion:** the subjects believe that the greatest difficulty in carrying out the principles of primary health care is a lack of human resources to carry out educational activities within the collective as the individual is realized. **Descriptors:** Public policy, Primary health care, Vocational training, Nursing.

RESUMO

Objetivo: discutir a política nacional de atenção básica do Sistema Único de Saúde junto aos profissionais de saúde de três centros municipais de saúde. **Método:** qualitativo, descritivo-reflexivo e pesquisa-ação. A população foi os profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças. Foram selecionados todos os profissionais dos centros municipais de saúde da área programática 1.0. Para coleta de dados foram realizados três seminários que foram gravados, transcritos e lavrados com atas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob protocolo nº 37/08. **Resultados:** os dados foram submetidos à análise temática, seguida da construção de quatro categorias. **Conclusão:** os sujeitos acreditam que a maior dificuldade de realizar os princípios da atenção básica é por falta de recursos humanos para realizar ações educativas no âmbito coletivo já que no individual é realizado. **Descritores:** Políticas públicas, Atenção básica à saúde, Capacitação profissional, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: discutir la política nacional de atención primaria del Sistema Único de Salud, con profesionales provenientes de tres centros municipales de salud. **Método:** cualitativa, descriptiva reflexiva y investigación acción. La población fue los profesionales que atienden a las mujeres y los niños. Se seleccionaron todos los profesionales de los centros municipales del área programática 1.0. Para la recolección de datos se realizaron tres seminarios que fueron grabados y transcritos, con minuto tallado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery en virtud del protocolo 37/08. **Resultados:** los datos se sometieron a análisis temático, seguido por la construcción de cuatro categorías. **Conclusión:** La dificultad en el cumplimiento de la política es la falta de recursos humanos para llevar a cabo actividades educativas dentro de la colectividad como el individuo se realiza. **Descriptor:** Política pública, Atención primaria de la salud, Formación profesional, Enfermería.

¹Enfermeira, especialista em Saúde Pública, nos moldes de residência pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)/Prefeitura Rio de Janeiro. Graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Cursando Mestrado em Enfermagem na referida instituição. ²Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Concluiu a Graduação em Enfermagem e Obstetrícia em 2012/01, na referida instituição. Teve a formação complementada por Intercâmbio Estudantil Internacional na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Portugal. ³Enfermeira, especialista em enfermagem obstétrica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. ⁴Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Cursando Mestrado em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery. ⁵Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), no primeiro semestre de 2012. Cursando o 2º ano da Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola UFRJ. ⁶Doutora em enfermagem e professora Titular (1989) da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Atua como Consultora Ad hoc da CAPES, CNPq, PR2/UFRJ, FAPERJ, Revista Ciência & Saúde Coletiva (ABRASC), Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Revista da Escola Anna Nery (EEAN), Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), Revista Enfermería Herediana (UPCH/Perú), Revista da ALADEFE (Fundadora e Membro do Comitê Editorial- 2011).

INTRODUÇÃO

As discussões para alcançar o formato final da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se fundamentaram nos eixos transversais do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na Constituição Federal de 1988.¹

A experiência acumulada nos diferentes níveis de gestão serviu como estratégia complementar para facilitar a regulamentação da atenção básica. Assim, a política vigente aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF).¹

Nesse processo histórico, a atenção básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à atenção básica em saúde. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade “consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS”.¹

Assim, o Brasil dispõe de uma nova política de atenção básica, por força da portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 que aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a ESF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).¹

Nessa política define-se atenção básica, como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.¹ Portanto a saúde não representa apenas processos de intervenção na doença, deve incluir também ações que proporcionem a manutenção ou recuperação do estado de saúde.²

O presente estudo é parte integrante de uma pesquisa desenvolvida no Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher (NUPEM) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Essa pesquisa foi intitulada: Atenção Básica de Saúde da Mulher e da Criança - Linhas de Cuidado de Atenção Integral e Desafios para a Prática Profissional e abordou duas temáticas básicas: Atenção básica e Linhas de Cuidado de Saúde da Mulher e Atenção básica e Linhas de Cuidado de Saúde da Criança em Centros Municipais de Saúde da área programática 1.0 (AP 1.0) do município do Rio de Janeiro.

Nesse contexto o objeto de estudo, a princípio, relaciona-se à discussão das linhas de cuidado da atenção integral à mulher e à criança e a definição de suas prioridades nas unidades básicas da AP 1.0 do município do Rio de Janeiro. Registramos que é a princípio, uma vez que a metodologia da pesquisa-ação não determina previamente uma “receita” a

seguir e sim orientações metodológicas para a construção de caminhos ou processos para atingir um fim.

Dessa forma, o objetivo geral da pesquisa é discutir as linhas de cuidado da atenção integral à mulher e à criança. O presente artigo responde ao primeiro objetivo específico da pesquisa que é discutir a política nacional de atenção básica do Sistema Único de Saúde junto aos profissionais de saúde de três centros municipais de saúde da AP 1.0, no contexto da integralidade das ações.

Neste estudo entendemos como linhas de cuidado, conforme definido pelo Ministério de Saúde (MS) em 2006:

São modelos de organização de atenção à saúde que visam à integralidade do cuidado e integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis de atenção como também uma visão global das condições de vida.¹

Sabe-se que a integralidade nos serviços de saúde engloba três conjuntos de sentidos distintos, mas complementares: a prática dos profissionais de saúde, os atributos da organização do serviço e as respostas governamentais aos problemas de saúde. O primeiro sentido está relacionado à postura do profissional, o qual deve buscar apreender o contexto de vida dos pacientes, considerando-os muito mais que lesões ou disfunções a serem tratadas, para isso é necessário associar assistência com prevenção. No que tange à organização dos serviços, aponta-se que o modo de organizar deve ser aberto a assimilar as necessidades dos usuários e pautado no diálogo entre os diferentes sujeitos que compõem o processo de trabalho em saúde. Quanto às respostas governamentais, elas devem considerar as especificidades dos grupos atingidos pelos problemas de saúde, a partir da contextualização dos sujeitos sobre os quais as políticas incidem.³

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em 2007; pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - CEP/EEAN/ HESFA (2008) sob protocolo 37/08; e pela Coordenação da AP 1.0 da Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ (2009). Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em duas vias ficando uma delas com a profissional. O relatório final da pesquisa foi aprovado pelo CNPq sem exigências.

A pesquisa é do tipo descritivo-reflexiva e de natureza qualitativa, pois o atual estudo teve como objetivo a descrição das características de determinada população e foi além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendeu determinar a natureza dessa relação. A pesquisa também se propôs a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma determinada comunidade e levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.⁴

O método utilizado foi o da Pesquisa-Ação, utilizado tanto nas pesquisas de natureza quantitativa, quanto de natureza qualitativa. Este foi escolhido essencialmente por assumir o interesse de pesquisadores e profissionais da saúde na resolução dos problemas advindos do ambiente e na mobilização para uma prática crítica e reflexiva, aproximando os envolvidos da realidade estudada, inserindo-os no campo de coleta de dados, sem deixar de manter a imparcialidade nos acontecimentos.

O planejamento de uma pesquisa-ação é realizado com notável flexibilidade. Contrariamente a outros modelos, não segue fases ordenadas de maneira rígida. Assim, as fases propostas não precisam, necessariamente, seguir esta ordem proposta: 1) Fase exploratória: consiste em realizar o diagnóstico da situação. Determinam-se os problemas prioritários e eventuais ações. Após o levantamento da situação inicial, pesquisadores e participantes partem para estabelecerem os principais objetivos da pesquisa. 2) O tema de pesquisa: é a escolha de um problema prático, na área em que se deseja pesquisar. 3) A colocação dos problemas: estabelecer os principais problemas que serão o enfoque da pesquisa. 4) O lugar da teoria: ampliação do conhecimento teórico que engloba o objeto escolhido para a pesquisa. 5) Hipóteses: são suposições que podem ser alteradas de forma a ser adequar a pesquisa. 6) Seminário: sua função é de examinar, discutir e tomar decisões sobre o processo de investigação. 7) Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: uma pesquisa-ação pode abranger uma comunidade geograficamente concentrada ou espalhada. Se o tamanho do campo escolhido é muito grande, usa-se a amostragem e a representatividade. Nessa pesquisa-ação, como o tamanho da população é delimitado, a amostra será excluída. 8) Coleta de dados: a principal técnica utilizada neste estudo foi a do seminário. 9) Aprendizagem: é um processo natural e paralelo ao da pesquisa, onde os pesquisadores aprendem com os objetos da pesquisa e estes aprendem através da interatividade com os pesquisadores. 10) Saber formal e saber informal: tem o objetivo de estabelecer ou melhorar a comunicação entre os pesquisadores e os objetos da pesquisa.⁵

Os sujeitos da pesquisa foram 22 profissionais da área saúde, dentre eles médicos (04), enfermeiros (05), assistentes sociais (02), psicólogo (01), nutricionistas (02), técnicos de enfermagem (02) e auxiliares de enfermagem (06) que lidam diretamente com a assistência dispensada às mulheres e às crianças, codificados com nomes fictícios de flores, frutas e pedras preciosas. Os cenários foram três CMS da AP 1.0 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, localizados nos bairros: Cidade Nova, Santo Cristo e Santa Tereza, e codificados pelos números 01, 02 e 03 respectivamente.

A coleta de dados foi realizada através de duas fases. A primeira por meio de instrumentos para caracterização dos sujeitos. E na segunda etapa realizou-se a técnica de Seminário, segundo Thiollent³ com instrumentos chamados guias temáticos que nortearam as discussões dos seguintes temas: Política Nacional de Atenção Básica no SUS; Política de Saúde da Mulher e Política de Saúde da Criança. Todas as discussões foram registradas e assinadas em ATA. Neste artigo, apresentaremos os dados referentes à discussão do guia temático sobre a atenção básica no SUS.

Os dados foram submetidos à análise temática, seguida da construção de categorias segundo Minayo⁶ dando origem a construção de quatro (04) categorias, são elas: 1) Visão dos profissionais sobre a política; 2) Atenção básica de saúde é a entrada ao SUS; 3) A

articulação do CMS com a ESF está em fase de transição; 4) Divergências na capacitação e treinamento profissional.

O processo de construção das categorias fundamentou-se na identificação das categorias empíricas, a partir dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa e analisados à luz das propostas governamentais nacionais de atenção integral em saúde determinando-se as categorias analíticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1) Visão dos profissionais sobre a política

Os profissionais de saúde afirmam que de acordo com o grau de envolvimento das pessoas (profissionais e usuários) se tem ou não o papel da responsabilização e que as determinações do discurso oficial da política de atenção básica, na perspectiva do SUS, servem na prática para organizar os serviços. A integralidade e o acolhimento são ofertados nos serviços de acordo com o grau de compreensão do problema e de seu encaminhamento.

Indicam também, dois complicadores: um se refere a insuficiência de recursos e um outro às falhas no sistema de referência e contra-referência, dificultando o acompanhamento daqueles que procuram o sistema e que mesmo quando são referenciados para seu retorno não tem nenhum instrumento de registro impedindo a avaliação e seu acompanhamento.

Relatam também que o princípio da resolutividade, inerente tanto ao SUS quanto a operacionalização da atenção básica, não depende somente deles, mas afirmam que a resolutividade se dá apenas nos casos de baixa complexidade ficando para resolver por encaminhamento ou referência a outras Unidades os casos de média e alta complexidade.

(...) Eu acho que isto é garantido. Você tem papel resolutivo, organizador e de responsabilização. (...) Tem que ter profissionais comprometidos, com o envolvimento, envolver é responsabilizar. Quando eu me envolvo com o outro, eu me responsabilizo. E eu co-responsabilizo ela quando eu divido pro usuário o que tem que fazer (...) Então é isso que vai fazer o SUS funcionar (...) A responsabilização é individual e coletiva. A gente tem que dá resolutividade pro paciente. Então no acolhimento, não tem que ficar preocupada em dar o número e acabou. (...) Da referencia, você manda uma referencia e não recebe uma contra, ela até vai lá faz o que tem que ser feito, retorna pra você porque tem que retornar, mas retorna sem ter dado pra gente sem vir com o que foi feito lá. (Flor de Lótus).

(...) a gente organiza o atendimento, a gente acolhe, verifica a necessidade e encaminha de acordo, se for o que a gente pode atender, em nosso nível de resolutividade, fica aqui, senão encaminhamos para outros serviços. (...) É essa questão da referencia nunca você tem uma ficha de referencia respondida é muito difícil que você tenha lá a contra referencia respondida. Esse fluxo de retornar com os documentos, né? (...) A impressão que eu tenho é que o usuário fica que nem pipoca na rede. (Begônia).

(...) É resolutivo, nos casos de baixa complexidade. O sistema de referência e contra-referência ainda é deficiente. (Cereja).

Se não for o esforço da direção de manter essas referências funcionando nós íamos ser uma unidade com resolutividade quase zero (...). (Esmeralda).

Essa resolutividade não depende da gente (...). Agora resolutividade não é uma coisa que esbarra só em você pra ser resolutivo. Você depende de outros, você depende de ultrassom, de raio-x, laboratório, entendeu? (...) Então assim, a dificuldade nas saídas nas referências formais é muito grande. (Pérola).

Nesses relatos se constata que o princípio da resolutividade como capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade, de acordo com a definição que consta nos documentos oficiais sobre a política de atenção básica, se aplica a realidade dos serviços em parte, somente para o atendimento aos usuários com problemas de baixa complexidade.⁷ Neste particular, cabe assinalar que os usuários com problemas de média e alta complexidade ficam insatisfeitos ao não ter alternativas de solução para suas queixas das quais já chegam solicitando atendimento médico e prescrições para seus problemas. Para um desses profissionais não há formalidade no sistema para cumprir com a referência e a contra-referência.

A falta da resolutividade gera uma polêmica para gestores, profissionais e usuários, implicando para todos comportamentos/attitudes negativas quanto a responsabilidade e qualidade dos serviços de saúde, pois ao não ter a resolução do seu problema sabe-se que o paciente ainda corre risco de sofrer como consequência agravos/complicações à sua saúde e responsabilizar o serviço.

Percebe-se pelos depoimentos dos sujeitos que a resolutividade é garantida por eles nos casos de baixa complexidade, ficando relativa resolução dos outros casos, que irão depender de outros profissionais, locais e serviços. Nestes casos, quando não atendidos surge o fenômeno da peregrinação, no qual o usuário vai de unidade em unidade para solicitar atendimento por conta própria. Assim a responsabilidade municipal é transferida para o usuário e sua família que, juntos, vivenciam a dor e o sofrimento pela negação de um direito legalmente constituído.⁸ Para os profissionais da pesquisa a principal reclamação é a dificuldade em receber uma resposta positiva da contra-referência (quando eles referenciam algum usuário), um atendimento registrado ou uma inter-consulta, o que geralmente deixa o profissional e o usuário em dúvida de qual foi a resolução e do que ainda precisa.

Essas situações, em raras ocasiões, com alto grau de sensacionalismo por parte da mídia e alto grau de sensibilidade e impotência por parte do paciente e sua família, vemos na televisão pessoas que depois de ter peregrinado por muitos serviços/locais de saúde e quando são atendidos, o problema é tão grave que chegam a morrer ou ficar incapacitados e a família recorre a justiça por omissão de socorro. Na nossa compreensão este é um dos problemas que caracterizamos como um ato público inconstitucional (o não cumprimento do direito do paciente à saúde e a negação do dever do estado de garanti-lo).

Os profissionais de saúde também alegam que eles atendem os usuários como um todo, de maneira integral, e não somente suas necessidades e/ou queixas apresentadas no momento da consulta, segundo alguns depoimentos o acolhimento se dá com base à

sensibilidade e compreensão do ser (como um ente social) e seu encaminhamento aos especialistas:

(...) Então a gente tem que estar sensível com o outro como, um todo. Integralidade - ver o outro como ser social, emocional. Isso que a gente tem que aprender pra dar certo na saúde, entendeu? E gostar de gente. (...). (Flor de lótus).

Lá na clínica médica, quando tem consulta de primeira vez, ou quando eu estou vendo que a pessoa precisa, se for obeso, eu encaminho para a nutricionista. Se precisar para o psicólogo, porque você não vai na acupuntura, porque que você não vai no shiatzu, porque você não vai na Dra? (...). (Rubi).

Clarificando o conceito da Integralidade, entendemos esta como a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência.¹ Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde o que na realidade exposta verificou-se a negação desse preceito. Pois, os profissionais relataram que não há formalidade no sistema de encaminhamento, não há garantia de atendimento do serviço aonde o paciente é encaminhado e que muito menos eles acompanham o que foi providenciado nos serviços referenciados.

Nos serviços de saúde em estudo, o fundamento da integralidade não é plenamente colocado em prática pelos variados e complexos problemas que a realidade dos serviços oferece: falha na integração de ações programáticas e atendimento a demanda espontânea, ausência de articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e não gestão da coordenação do cuidado na rede de serviços.

Nesse contexto é necessário considerar que a integralidade, como diretriz do SUS, é influenciada por fatores socioculturais e organizacionais, que norteiam as práticas de saúde na interação de ações e trabalho intra/intersectorial objetivando o tratamento de todas as necessidades do indivíduo, de modo que a utilização dos serviços possa resultar em uma interação entre consumidores e os prestadores de serviços.⁹ Esta acepção, de grande magnitude político-social, constante nos documentos oficiais, a rigor, urge ser investigada, em estudos que venham clarificar “fenômenos não técnicos” para atender o princípio da integralidade.

Quanto aos cuidados ofertados, os profissionais de saúde dizem que o cuidado não é longitudinal e para que ele seja, o mesmo depende do usuário. Por outro lado, o usuário não dá continuidade aos encaminhamentos e só volta ao CMS quando está com problemas de saúde e precisa de atendimento médico:

(...) as pessoas procuram aqui no centro, vem resolvem aquele problema e parou a dor não está mais com problema, vai embora, não tem ainda o cuidado longitudinal. (...) Aqui a gente até cria vínculo porque a pessoa vem, mas é um outro vínculo, a confiabilidade. E aqui elas vêm mais pra resolver os problemas imediatos. (...) Falta sim à continuidade por parte mais deles (...) e a acessibilidade também (...). (Maça).

Eu faço acolhimento, todas elas vêm da maternidade com o bebê recém-nascido, ela vem e a gente encaminha para o

planejamento familiar e nesse início elas dão continuidade, depois deixam de vir (...). (Cristal).

Para o SUS e a atenção básica a longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.¹

Nesse sentido é necessário enfatizar que a atenção básica de saúde requer o cumprimento dos seguintes fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade.¹

Podemos notar que os CMS em estudo não teriam condições de aportar com a longitudinalidade dos cuidados, pois segundo os profissionais desses centros, a principal deficiência no atendimento é a falta de recursos, de articulação e formalidade entre os serviços, dificultando a continuidade das ações na unidade e naquelas com as quais teria que se articular.

3.2) A Atenção Básica de saúde é a entrada preferencial para o SUS

Todos os profissionais de saúde reconhecem que a atenção básica é a entrada ao SUS, no entanto, os mesmos afirmam que a demanda espontânea é maior que a programada. Esta constatação, de certa forma, para eles, muda o foco da atenção primária que é a promoção e proteção da saúde, através das consultas marcadas, do atendimento ambulatorial e atividades de educação em saúde. Os profissionais entrevistados também reconhecem que há desconhecimento dos direitos e deveres no SUS, tanto pelos eles quanto pela população.

(...) a porta de entrada do sistema é a atenção básica é aqui que ele tem que entrar, não adianta ele ir pro Souza Aguiar, fazer um exame que de lá não vem pra cá. [...] É a porta de entrada pro sistema. A unidade, ela funciona bem, se cada indivíduo dela se responsabiliza(...) (Flor de Lótus).

Na odontologia a demanda é muito maior do que a possibilidade de oferta, isso aí é a realidade (...) (Uva).

A demanda programada é muito interessante agora a nossa realidade é a demanda espontânea (...) (Kiwi).

Há uma distância, ainda considerável, sobre o que prega a legislação e o que as unidades de saúde, incluindo a que eu trabalho, oferecem às populações atendidas (...) (Begônia).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a atenção básica deve-se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Os profissionais referem que há falta de articulação entre as unidades de saúde no que diz respeito à referência e contra-referência das ações na dimensão interna, isso prejudica o atendimento e não garante a resolução dos problemas nem o acolhimento e na

dimensão externa dificulta a estruturação dos sistemas locais. Entretanto, eles dizem também que para dar resolutividade ao usuário é necessária a responsabilização dos profissionais, que ao se envolverem no trabalho, garantem este princípio dentro do seu local de trabalho.

Para os profissionais existe um distanciamento entre a teoria ou discurso oficial constante das políticas públicas de saúde governamentais do que ocorre realmente na prática nas unidades de saúde, principalmente nesses CMS. Isso, segundo os profissionais participantes prejudica a assistência prestada e dificulta o reconhecimento dos direitos constitucionais dos usuários.

Quando a demanda espontânea de usuários é maior do que a demanda programada, esta situação pode significar que os usuários estão procurando menos as unidades de saúde para realizar consultas com os profissionais e obter informações sobre prevenção e promoção da saúde, procurando as unidades apenas quando já estão com algum agravo relacionado à sua própria saúde, embora reconhecendo que o disposto na política determina que a demanda espontânea seja preferencialmente alvo da atenção básica, esta não é exclusiva.

Portanto, sabemos que o acesso aos serviços e às informações acerca dos direitos e deveres dos usuários gera mudança de comportamento, facilita a identificação dos programas oferecidos, possibilita um cuidado/auto-cuidado de qualidade e torna o CMS referência em saúde evitando ser referência para diagnóstico e tratamento de doenças.

3.3) A articulação do Centro Municipal de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família está em fase de transição

Atualmente há um movimento da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que se caracteriza por motivação e estímulo, para profissionais e gestores dos CMS, no sentido da implementação da ESF na atenção básica.¹ No entanto, os profissionais de saúde não se sentem preparados para a mudança no foco da atenção básica, que é com sua inserção na ESF. Além disso, eles relatam que falta ou está em fase de transição à articulação entre o CMS e a ESF; ou seja, encontram-se conflitos entre os profissionais do CMS e da ESF. Nestes casos ao caracterizar o CMS como uma unidade mista. O que significa dizer que há um distanciamento entre as propostas governamentais e a realidade dos serviços:

(...) o nosso modelo já está ficando ultrapassado por conta do próprio estímulo que existe pra se implementar a estratégia saúde da família o que é agora em termos de atenção básica que tão tentando implementar. (...) o que passa nessa questão é que nem todo mundo está preparado pra essa mudança. (...) E entender qual é a diferença do que a gente era naquele tempo e agora? A saúde da família hoje. O que é o centro municipal de saúde? Ele é uma unidade estável, parada que espera o paciente entrar. A saúde da família não. (Flor Begônia).

(...) Não há interface da unidade com o programa de saúde da família, acredito que falta articulação entre as esferas. Esta situação causa distanciamento da teoria para a prática (...) Mas o que falta aqui é a regra de dizer qual o papel dentro do SUS, qual é o poder hierárquico. (Margarida).

Atualmente, a Saúde da família é a estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, pois ela é entendida pelo o Estado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Portanto, nesta concepção, a saúde da família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.¹

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia saúde da família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade, superando assim a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença.

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no MS, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.¹

Entretanto nos CMS podemos observar pelas falas dos sujeitos que existe um estímulo do governo para se implementar a estratégia de saúde da família, entendida pelos profissionais como o principal foco atual na atenção básica. No entanto, essa nova estratégia da atenção básica de saúde, causa confusão no que diz respeito aos conceitos e limites das ações de saúde pelos profissionais do CMS e da ESF, ocorrendo conflitos entre os mesmos. Esses problemas dificultam a integração entre as esferas da atenção básica e a implementação das ações na ESF.

Os profissionais dos CMS reconhecem que as ações de promoção, prevenção e ainda de encaminhamento não se adequam a “cultura organizacional e funcional” tradicional dos mesmos, o que um deles denominou de “instituição parada” enquanto a da “ESF é em movimento”.

Esse “movimento” dos profissionais da ESF, pelos relatos e observações durante o seminário, deve-se a que eles atuam no coletivo com os usuários e os agentes comunitários que são a interface e interlocução direta com os usuários e a equipe da ESF e esta com o CMS. Aqui surge o conflito do fenômeno “instituição parada (CMS) versus movimento (ESF)”, ou seja, a articulação não acontece de forma efetiva e resolutiva. A rigor, este fenômeno deverá ser melhor explorado em estudos mais aprofundados e ampliados.

3.4) Divergências na capacitação e treinamento profissional

Tomando como base os relatos abaixo verificamos que a capacitação profissional é identificada pelos profissionais como fundamental à qualidade de gestão e da atenção, como responsabilidade do governo e para benefício de todos os envolvidos no sistema. Constatamos que os relatos são claros e objetivos quanto às expectativas de formação/qualificação profissional: tem que ser basicamente sistemática, articulada com a realidade do serviço e para todos.

Existe uma ausência de capacitação e atualização do profissional de saúde nas normas do SUS (...) (Margarida)

São treinamentos espaçados e esporádicos. Aqui no geral dentro da ginecologia nós também temos déficit de pessoal, também do treinamento do pessoal, treinamento na abordagem com a clientela, treinamento na técnica básica de avaliar se o paciente está bem ou não pra quem ele deve encaminhar. (Açaí).

Seria maravilhoso se existisse na unidade palestras, cursos de capacitação, seminários. Precisamos estar sempre atualizados, melhorar nosso nível técnico, aprendendo coisas novas para usar em benefício de todos. (Maça).

A gente trabalha naquele setor aprende a rotina daquele setor e se você não tiver interesse próprio de se aprofundar de buscar sozinha. (Morango).

A atenção básica está deficiente precisamos de atualização profissional, profissionais engajados, divulgação, aparelhagem. (Amora).

Os governos deveriam estar capacitando os profissionais (...). (Cacau).

É esporádico. Então, além das capacitações serem esporádicas, eu acho que elas caem no nada porque essa capacitação, ela tinha que ser local. Ela tinha que ser sistemática, regular e local. (Esmeralda).

Então assim, se de repente aparece, como aparece sempre, aparece uma capacitação nesse dia. Então eu não tenho com largar, porque eu sou ali a única, né pra tá representando lá, pra estar trabalhando com o grupo. Sou a única no momento, então se de repente, caísse uma capacitação nesse dia pra eu ir, eu não iria. Entendeu? (...) Mas, quando não dá, não tem como, por causa desse déficit de profissionais. (Ónix).

A capacitação e o treinamento são compreendidos como importantes e necessários para os profissionais da saúde aprender a ser e agir. Para alguns dos participantes do estudo os CMS os capacita, contudo outros reconhecem que há ausência de capacitação e conhecimento sobre as normas operacionais do SUS. Mesmo assim essas modalidades de aprendizagem devem se adequar a falta desses elementos conceituais/programáticos que auxiliam no aprendizado e a melhorar a qualidade dos cuidados, por exemplo, a humanização da assistência.

É mister enfatizar que capacitar expressa o sentido de tornar-se hábil e capaz para o desempenho de uma função, é qualificar a pessoa para determinado trabalho. E, treinar

refere-se a adestrar, habilitar, capacitar para uma atividade ou trabalho. Capacitar habilita para o desempenho profissional e treinar habilita para a atividade, sendo que o conjunto de atividades configuraria o desempenho. Ou seja, para capacitar precisa-se de teoria e prática, e para treinar necessita-se de prática das atividades. Portanto, percebemos que esses dois termos têm um ponto em comum, que é a educação permanente do profissional, aquela que prepara o homem para a vida profissional.¹⁰

A capacitação como descrita requer na sua forma processual três etapas: formação profissional, desenvolvimento e treinamento. A formação profissional é entendida como o processo vivenciado nas escolas e/ou faculdades sob orientação de um educador (institucional). Desenvolvimento refere-se ao processo de crescimento ao longo das experiências do serviço (pessoal). E, por treinamento entendemos também como processo educacional aplicado de maneira sistêmica durante o seu curso aplicado ao trabalho ou fora dele, mediante o treinamento as pessoas aprendem conhecimentos teórico-práticos (profissional). Neste as pessoas desenvolvem atitudes e habilidades em função de objetivos definidos para qualificar sua atuação no trabalho.¹⁰

Assim, nos CMS pesquisados, constata-se que a PNAB na perspectiva do SUS, se confronta na realidade dos serviços, com um grande desafio para a qualificação da gestão e da atenção. Esse se relaciona ao cumprimento da valorização dos profissionais de saúde principalmente por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação/capacitação/treinamento como competência do Ministério da Saúde em níveis federal, estadual, municipal e local e, em articulação com o Ministério da Educação. Como consequência, verificamos neste estudo um agravante na qualificação dos profissionais para sua atuação nas inovadoras propostas governamentais na atenção básica que indica: preocupação, desmotivação e risco na atuação de acordo com programado e supostamente capacitado.

CONCLUSÃO

O SUS constitui hoje, a mais importante e avançada política pública social em saúde em curso no País, como concebido filosoficamente e definido tecnicamente pelo governo, reconhecido assim por estudiosos nacionais e internacionais e, ousamos dizer reconhecido também pelos profissionais de saúde.

Esse reconhecimento tem exigido, dos gestores e profissionais do SUS, um movimento constante de mudanças e adequações, pela via das reformas ou inovações incrementais e de expansão de cobertura de atendimento. Contudo, podemos inferir que esse modelo parece ter se esgotado, por várias razões. Principalmente por três complicadores: a) dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; b) fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, quantitativamente em geral, com detalhamento excessivo e alta complexidade e, c)

permanência de insuficiente atenção com os quantitativos/qualitativos dos recursos necessários para atingir os princípios e ações programados constantes das políticas.

Apesar da PNAB, se fundamentar nos eixos transversais da universalidade, integralidade, equidade, longitudinalidade e responsabilização; a prática assistencial não os contempla em sua totalidade, ficando evidente nos relatos dos profissionais que há sérios problemas entre o discurso oficial e cotidiano dos serviços, dentre esses a inadequação da área física, o déficit de recursos humanos e materiais, os quais levam a adaptação dos profissionais e a inviabilização do cumprimento dos princípios norteadores do SUS. O que sem dúvida compromete a avaliação do impacto do serviço e a garantia da resolutividade, responsabilização, longitudinalidade e integralidade da assistência prestada e no que tange ao modelo de atenção básica.

Para os profissionais os problemas, polêmicas e conflitos vivenciados na aplicação de normas, ações e atribuições na atenção básica são um indicativo para tratar a divergência entre a formação, capacitação e treinamento com a atuação prática dos profissionais que para eles é esporádica, não é específica a cada setor e não articula atividades entre o CMS e a ESF. Este é um fator que dificulta a integração entre as esferas da atenção básica em saúde e a implementação das ações em saúde primária.

Por fim, o desenvolvimento desta pesquisa na área da enfermagem possibilitou a construção de um corpo de conhecimento próprio, propiciando embasamento empírico in lócus em unidades básicas de saúde, para a obtenção de fatos/acontecimentos, concepções/percepções que possam argumentar e/ou fundamentar debates/discussões, reflexões/críticas, ações/propostas bem como a busca de alternativas de solução para os problemas vivenciados cotidianamente.

A assertiva de que garantir a qualidade de cuidado e o acesso aos serviços é relativa associa-se ao trabalho coletivo, inovador e a articulação no âmbito interno/externo e está relacionado a efetividade do sistema de referência e contra referência, o que asseguraria a continuidade das ações na perspectiva de uma adequada organização dos serviços visando a responsabilização institucional/ profissional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica - Série Pactos pela Saúde. Brasília (DF); 2006. [citado em 12 jan 2013] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
2. Pedrosa KKA, Castro LO, Pereira W. R pesq: cuid fundam online. 2012. out./dez. 4(4):2806-15
3. Santos DL, Santos JLG, Prochnow AG, Pedroso MLR, Lima MADS. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. Interface (Botucatu) [on line] 2009 dez; [citado 26 jan 2013]; 13(31): 359-368. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400010>.
4. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5 ed . São Paulo (SP): Atlas; 2010.

5. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16ª ed. São Paulo (SP): Cortez Editora; 2008.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2007.
7. Turrini RNT, Lebrão MLC, Chester LG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública [on line] 2008 mar; [citado 12 jan 2013]; 24(3): [aprox. 11 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300020&script=sci_abstract&tlng=pt
8. Santos LM. Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal [dissertação]. Bahia (BA): Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2010.
9. Batirola E, Lemos RS. Promoção da acessibilidade: integralidade e inclusão no SUS. In Anais do 5º encontro anual da Andhep; 2009 set 17-9; Belém (PA), Brasil. Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 2009.
10. Rocha CR. A Competência Técnica dos Profissionais de Enfermagem na Assistência ao Parto e Nascimento Fisiológicos no Município do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ; 2009.



Recebido em: 11/12/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 25/04/2014
Publicado em: 01/10/2014

Endereço de contato dos autores:
Ana Leticia Monteiro Gomes
Rua Florianópolis 811 apartamento 401. Bairro Praça Seca.
Rio de Janeiro. CEP: 21321-050.