



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Gomes, Francisco Maglionio; Silva, Marcelo Gurgel Carlos da
Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do
Norte

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, marzo, 2011, pp. 893-902
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473021>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte

Family health program as a strategy of primary attention:
a reality at Juazeiro do Norte

Francisco Maglionio Gomes¹
Marcelo Gurgel Carlos da Silva²

Abstract This study analyzes the practices and organization of Family Health Program, in the municipality of Juazeiro do Norte according to the discussion of elements that feature the primary attention, as proposed by Starfield. The theoretical context chosen understands the primary attention as a level of attention organized by the features: First contact, longitude, integrality, coordination. This is a qualitative research, using focus group techniques, semi-structured interview and non-participant observation in eight family health unities in the municipality. There are difficulties in accessing the primary care in the units, caused by structural barriers imposed to the organization of attention, represented by an excess of clients for each team and reduced availability of medical professional. Considering that there are a compulsory enrollment of the population to the Family Health Care program health units, this level of attention in the city presents itself as a traditional doctor-hegemonic model of healing practices associated with the prioritization of vertical programs of the Ministry of Health.

Key words Primary Health Care, Health policy, Family Health Program

Resumo Este estudo analisa as práticas e organização do Programa Saúde da Família, no município de Juazeiro do Norte a partir da discussão dos elementos que caracterizam a atenção primária, segundo proposto por Starfield. O contexto teórico entende a atenção primária como o nível de atenção organizado através dos atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação. É uma pesquisa qualitativa, utilizando-se as técnicas de grupos focais, entrevistas semi-estruturadas e a observação não participante em oito unidades de saúde da família no município. Há dificuldades de acesso ao atendimento nas unidades primárias, provocadas por barreiras estruturais impostas para a organização da atenção, representadas por excesso de clientela para cada equipe e disponibilidade reduzida do profissional médico. A pouca capacidade resolutiva das unidades de saúde, associada à ausência de mecanismos de coordenação, ou de continuidade da assistência, prejudicam a integralidade da atenção, pela carência de um sistema de referência e contrarreferência efetivo. Considerando-se que existe adscrição compulsória da população às unidades de saúde do PSF, este nível de atenção, no município estudado, se apresenta como um modelo tradicional médico-hegemônico, de práticas curativas, associadas à priorização dos programas verticais do Ministério da Saúde.

Palavras-chave Atenção primária à saúde, Políticas de saúde, Programa Saúde da Família

¹ Secretaria de Saúde. Praça Dionísio Rocha de Lucena 207, Centro. 63250-000 Brejo Santo CE.
maglionio@hotmail.com

² Universidade Estadual do Ceará.

Introdução

A concepção final do Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema saúde da família, convocada pelo gabinete do ministro da saúde Henrique Santillo, como resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde que queriam apoio para efetuar mudanças na forma de operações da rede básica de saúde através da expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para outros tipos de profissionais. Participaram dessa reunião técnicos do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais, secretários municipais de saúde, consultores internacionais e especialistas da atenção primária¹.

Ao longo do tempo, haviam surgido propostas alternativas para a organização da atenção primária à saúde no Brasil, que podem ser citadas: a Ação Programática em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos setenta; Medicina Geral e Comunitária desenvolvida em Porto Alegre em 1983, pelo grupo Conceição, em um bairro pobre da cidade, o Miraldo e o do Médico de Família, implantado em Niterói, em 1992, um pouco antes da experiência de Quixadá, que é um modelo de influência cubana².

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, oferecendo atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros³.

Atenção primária à saúde é ***o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde***⁴.

São citados por Starfield⁵ quatro atributos essenciais à atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Para avaliação desses atributos, propõe quatro elementos estruturais, ou de capacidade, que são: acessibilidade, população-alvo, variedade de serviços e continuidade.

Dois elementos de desempenho ou de processos são a utilização de serviços pela população e o reconhecimento de problemas ou de necessidades.

A esses atributos, deve-se acrescentar a focalização na família e a orientação comunitária.

Para obtenção ou medição dos aspectos mais importantes da atenção primária, pode-se utilizar uma abordagem sobre capacidade/desempenho, utilizando-se esses elementos estruturais e de desempenho ou processo.

O presente trabalho tem como objetivos analisar o Programa Saúde da Família (PSF) no município de Juazeiro do Norte (CE), conforme os princípios da atenção primária, e identificar as práticas ou atividades gerenciais que influenciam positiva ou negativamente o desempenho das equipes nas ações de atenção à saúde.

Metodologia

É um estudo qualitativo em que procuramos analisar, em um sistema municipal de saúde, o primeiro nível de atenção, representado pelo Programa Saúde da Família, a estratégia de organização da atenção primária nos municípios, que deve funcionar como porta de entrada ao sistema de saúde.

O município de Juazeiro do Norte tem, hoje, uma população de 242.139 habitantes, sendo predominante na área urbana, em torno de 85%, e apenas 15% na área rural. Dispõe de 53 equipes de saúde da família, atendendo hoje a 76% da população, sendo 47 para atender as áreas urbanas e seis equipes na zona rural; a essas equipes, juntam-se 27 equipes de saúde bucal e 395 agentes de saúde do município, mais cem agentes de saúde do PACS, mantidos pelo estado. A partir do ano de 2007, foi iniciado, em algumas unidades do PSF, um regime de pronto atendimento para urgências ambulatoriais, funcionando até as 22 horas, visando ampliar o atendimento às pequenas urgências e com o objetivo de diminuir a pressão sobre o sistema hospitalar. As internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial foram reduzidas nos últimos dez anos. No ano de 2006, em dados do DATASUS, as principais causas de internação, excetuando-se partos, foram enteroinfecção em lactentes e crianças maiores; pneumonias em crianças e lactentes e laringotraqueobronquites. Em adultos, as maiores causas ficaram por conta de insuficiência cardíaca, AVC isquêmico ou hemorrágico, pneumonia, diabetes e crise hipertensiva. A mortalidade infantil pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) do município teve uma variação entre os anos de 2001 e 2007 de 19,25/1.000 para 14,22/1.000 nascidos vivos.

No estudo, buscou-se verificar se os atributos da atenção primária, conforme enunciados por Starfield³, estão sendo observados no PSF desse município. Foram analisados os seguintes atributos: atenção ao primeiro contato (porta de entrada); integralidade; longitudinalidade e coordenação. Para efeito de avaliação, a autora propõe os elementos estruturais: acessibilidade; fonte de atenção ao longo do tempo ou adscrição de clientela; capacidade de oferta adequada de serviços (na unidade primária ou em outro nível de atenção) e continuidade (mecanismos para encaminhamentos a outros níveis de atenção). Os elementos processuais são reconhecimento de necessidades ou problemas e utilização dos serviços de saúde.

Bosi⁶ nos lembra que um estudo qualitativo sobre as políticas, serviços ou programas da saúde deve partir de pressupostos, implicar processos e finalidades completamente distintas quando levado a cabo, desde qualquer modelo escolhido⁶.

Em nossa pesquisa, valemo-nos de entrevistas semi-estruturadas, discussões de grupos (grupos focais) e a observação sistemática.

Foram realizadas entrevistas com trinta usuários em unidades de pronto atendimento ou de urgência ambulatorial na área urbana do município, nas quais foram ouvidos pacientes que poderiam ter recebido atendimento em unidades do PSF. As perguntas foram: qual local de residência, zona rural ou urbana; o motivo da busca de atendimento naquela unidade e por que não procuravam o PSF. Com o secretário de saúde, indagamos sobre os avanços do PSF no município e as dificuldades para consolidação do mesmo. Realizamos três grupos focais com os profissionais de saúde de dez equipes escolhidas de forma aleatória, sendo realizados um com oito médicos, o segundo com oito enfermeiras e um terceiro com dez agentes de saúde. O roteiro para os grupos focais solicitava que os participantes falassem sobre o trabalho no PSF, a percepção de cada um sobre as mudanças na atenção à saúde após o PSF e sobre as dificuldades enfrentadas e as perspectivas para o futuro. Realizamos observação não participante em oito unidades de saúde da família, pois duas estavam em reforma, quando observamos como se processava o acolhimento aos pacientes, os equipamentos disponíveis na unidade para assistência à população, a farmácia da unidade e a organização do atendimento.

Para análise dos dados, utilizamos a técnica de análise do conteúdo, proposta por Minayo⁷,

através de leituras sucessivas e de forma crítica do material recolhido, daí constituindo grupos de mensagens representativas de categorias empíricas referidas como expressão das categorias analíticas estabelecidas como norteadoras da pesquisa.

Antes das entrevistas, todos eram informados que se tratava de uma pesquisa, sendo solicitado o consentimento para divulgação de suas respostas, com garantias de anonimato e o sigilo das informações relatadas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ) e obteve o consentimento da secretaria de saúde pesquisada.

Resultados

Atenção ao primeiro contato

O aspecto mais importante para a caracterização da atenção primária, segundo Giovanella⁸, é a análise da posição desses serviços na rede assistencial, como unidades de primeiro contato.

Para análise efetiva da atenção primária, no caso o Programa Saúde da Família, como primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, são propostos por Starfield⁹ dois atributos: a acessibilidade, que é o elemento estrutural, e um de processos, que é a utilização dos serviços de saúde pela população.

Segundo Frenk¹⁰, a acessibilidade dos pontos de atenção é proporcional à oferta efetiva de serviços e inversamente proporcional à resistência oposta ao atendimento dos cidadãos.

No estudo realizado, percebe-se na fala dos profissionais de saúde várias barreiras impostas aos usuários que buscam atenção nas unidades.

Um fator de limitação ao acesso, e que reduz a acessibilidade dos serviços de atenção, é a organização da demanda por programas prioritários do Ministério da Saúde segundo o enunciado por um médico: “*Eu trabalho com cronograma, cada dia tem um programa diferente, segunda feira, pela manhã, eu faço puericultura, à tarde eu faço livre demanda; terça realizo visita domiciliar, à tarde livre demanda; quase todo dia eu tenho livre demanda porque o povo quer realmente é se consultar, eles não querem saber de organização, não. Na quarta-feira atendo as gestantes, à tarde livre demanda; na quinta-feira, pela manhã, como eu tenho 425 hipertensos e 76 diabéticos, eu organizo por agente de saúde o atendimento toda quinta-feira. Na sexta-feira, como a gente só trabalha meio*

expediente, até as 13 horas, eu atendo livre demanda.” (Médico 3)

Frenk sugere que o domínio da acessibilidade se restrinja ao processo de buscar e receber atenção, concluindo que, qualquer que seja o enfoque eleito, o resultado final será uma medida de acessibilidade considerada como o grau de ajuste entre os recursos para a saúde e a população, no contexto da capacidade disponível para produzir serviços.

Neste sentido, os profissionais de saúde se manifestam em relação às deficiências no PSF para uma atenção adequada: “***Um problema difícil para minha equipe é a falta de estrutura da unidade onde trabalho. Não temos condições de realizar um trabalho adequado para a população.***” (Médico 4)

Outros fatores influem negativamente para o desempenho das equipes. Para a enfermeira, o médico não adere a medidas preventivas: “***Os médicos que trabalham em minha equipe não se engajaram na prática que exige o PSF, eles não se comprometem, é só no consultório, é só consulta.***” (Enfermeira 1)

Enquanto os médicos reclamam da quantidade de pacientes que atendem: “***Ora, você atende vinte pacientes, tem condições de atender trinta? Não tem!***” (Médico 6)

Os médicos procuram encerrar o atendimento mais cedo para não atender mais do que o estipulado e consideram um problema a falta de compreensão do povo: “***16 horas tem que fechar o posto, senão 16h30 começam a chegar as dondoras, que estavam esperando.***” (Médico 5)

“***Tem esse problema do povo, que ainda não entenderam o que é PSF.***” (Médico 3)

Algumas equipes trabalham em áreas rurais ou urbanas, atendendo em mais de uma unidade porque a área de abrangência é muito grande.

As agentes de saúde acham que são exigidas demais em seu trabalho, porque cada agente tem o dever de acompanhar de 250 a trezentas famílias, devendo dar maior atenção às famílias mais necessitadas, como, por exemplo, aquelas em que existem hipertensos e diabéticos, idosos, crianças desnutridas, vacinas atrasadas, gestantes. Reclamam das condições de trabalho e do excesso de cobrança, por resultados: “***Resumindo, tudo dentro do município é nas costas do agente de saúde! Agora condições de trabalho são péssimas, é a cara e a coragem mesmo; não temos pasta, tem gente que há muito tempo não tem uma balança; nos achamos sem recursos para trabalhar.***” (Agente de saúde 1)

“***As pessoas acamadas devem ser visitadas pelo médico e a enfermeira com a gente, não está sendo***

feito isso por quê? Porque não tem transporte.” (Agente de saúde 2)

E denunciam a carência de recursos nas unidades de saúde: “***PSF não tem porte pra isso não! A própria secretaria não fornece o medicamento de urgência pra posto do PSF! Chega uma criança no posto, com 39 graus de febre, o doutor ou a doutora faz um encaminhamento para o São Lucas***” (urgência pediátrica). (Agente de saúde 3)

Compete aos cidadãos ditos “carentes” se conformarem com o que lhes são ofertados pelo poder público. O mínimo necessário para atender suas necessidades. Como foi lembrado por Cohn¹¹ e Carneiro Jr. e Silveira¹², a sociedade brasileira acumula anos de políticas públicas conservadoras; a democracia ainda é um objetivo a ser atingido e é necessário a participação ampla da sociedade articulada com os canais de participação política para que os direitos sejam alcançados.

Situações semelhantes foram encontradas por Serapioni e Silva¹³ em pesquisa realizada em vários municípios do Estado do Ceará, onde na organização do trabalho as equipes seguem um cronograma conforme a área de abrangência do PSF. O atendimento é realizado de acordo com a ordem de chegada e a norma estabelecida é de dezenas fichas por turno, para atendimento.

Carneiro Jr. e Silveira¹² ainda lembram Sales, que afirma: “A característica da construção da cidadania no Brasil tem um traço forte de concessão dada pelo Estado a grupos específicos, de acordo com os interesses das elites dominantes”. “Cidadania Concedida” é a denominação dada por Sales a essa maneira de estabelecer direitos na nossa sociedade.

Schimidt e Lima¹⁴ lembram que, para Carvalho e Campos, “o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário.”

Nesta pesquisa, foi observada a ausência de acolhimento aos usuários, nas observações realizadas e nas informações dadas por usuários entrevistados em unidades de pronto atendimento: “***É muito difícil no posto, a gente tem que chegar muito cedo para conseguir uma ficha para ser atendido.***”

Alguns pacientes reclamam: “***No PSF não tem medicamento e pra fazer os exames a gente espera mais de mês.***”

Observamos, em unidades que foram visitadas, pessoas muito cedo sentadas nas calçadas aguardando que o posto fosse aberto. As fichas são distribuídas ou são anotados os nomes das

pessoas por ordem de chegada, pelo auxiliar administrativo, atendendo a até dezesseis pacientes por turno. Os casos que precisam ser atendidos de acordo com a gravidade são avaliados pela enfermeira, o recepcionista ou a auxiliar de enfermagem, para serem levados ao médico além da cota estipulada. Em duas unidades, fomos informados pelo médico que implantaram a prática do acolhimento. Na conversa com os profissionais e depois na observação, foi constatado que o acolhimento na realidade é uma espécie de triagem: a enfermeira faz uma entrevista com o paciente ou a mãe quando o paciente é criança e, de acordo com a gravidade do caso, encaminha para atendimento imediato pelo médico ou agenda a consulta para o dia seguinte. Alguns médicos que trabalham no PSF são plantonistas em unidades hospitalares. Um deles, presente em um grupo focal, informa: “***Na maternidade que trabalho, atendo muitas gestantes que poderiam ser atendidas no PSF e, ao serem indagadas porque estão ali, sempre respondem que foram lá, mas não foram atendidas porque não era o dia das gestantes, isso acontece muito!***” (Médico 4)

O que foi encontrado coincide com o relatado por Schimidt e Lima¹⁴ em estudo realizado no Rio Grande do Sul: o que se observa é o encaminhamento do usuário para o serviço de pronto atendimento ou de urgência, ditado pela organização do trabalho e não pela necessidade do usuário, contribuindo para que no imaginário popular se cristalize a ideia de que o pronto socorro é o local que resolve todos os problemas agudos.

É evidente a relação entre a organização do processo de trabalho das equipes e a carência de acesso da população aos serviços de saúde.

A realidade para a população é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso. Assim possibilita afirmar que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho¹⁰.

Os profissionais de saúde insistem que são muitas as dificuldades enfrentadas por eles no trabalho, todos concordam que há médicos sem compromisso: “***Tem profissional que pensa que o PSF é bico, vai lá atende seus dezesseis e vai embora.***” (Médico 7)

“***Quem tiver equipe aqui ainda tô procurando. Tem doutor que não fala com a enfermeira.***” (Médico 2)

Os médicos reclamam do baixo poder de resolução nas unidades de saúde: “***Você não pode atender hipertenso e diabético muitas vezes porque falta medicamento.***” (Médico 1)

“***Na zona rural, as equipes atendem em várias localidades: atendemos no posto e mais cinco lugares diferentes, nós não temos uma maca! O povo espera na porta sem proteção contra o sol!***” (Médico 8)

Entre as enfermeiras, há uma insatisfação com a participação dos médicos: “***A equipe não tem muita integração, o médico é só técnico, bom profissional, mas não tem perfil. Como é que contrata o profissional que tem vários trabalhos e ainda está no PSF?***” (Enfermeira 5)

“***A sobrecarga de trabalho é maior para nós, porque os médicos não dividem as atividades.***” (Enfermeira 6)

Há concordância entre todos os profissionais que o que dificulta muito o desempenho da equipe é a quantidade de usuários cadastrada para cada uma; têm isso como um complicador para o acesso aos cuidados e o trabalho da equipe.

Uma das dificuldades com a qual todos concordam é sobre a quantidade de famílias sob a responsabilidade de uma equipe: “***Tem PSF com 4.600 pessoas cadastradas, na minha equipe tem 1.500 famílias, é demais, você não consegue.***” (Médico 1)

“***Eu penso que o PSF é o futuro e esse futuro pra gente construir do jeito que está errado. A mudança tem que partir de nós. Eu entrei em uma equipe nova e já tenho 1.400 famílias. É impossível pra uma equipe atender!***” (Enfermeira 7)

“***No meu posto é a maior dificuldade, porque cada agente de saúde não tem condições de acompanhar 290 a trezentas famílias cadastradas***” (Agente de saúde 2)

Em uma concepção de atenção primária orientada para a comunidade, os serviços devem ser orientados para conhecer suas necessidades de saúde, centrar-se na família para bem avaliar como responder às necessidades e ter competência cultural para reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais. Há um consenso em geral de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de serviços de saúde bem desenhado e orientar a organização do sistema como um todo¹⁰.

Longitudinalidade

A longitudinalidade é uma característica complementar ao primeiro contato e representa a condição em que o usuário esteja ligado a uma fonte de atenção que lhe garanta ao longo do tempo resposta às suas necessidades de saúde.

Para Starfield⁹, do ponto de vista da atenção primária, a longitudinalidade representa uma relação pessoal de longa duração entre os

profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. Atenção longitudinal significa que o grupo populacional identifica uma fonte de atenção como “sua”; que a equipe reconhece, através de cadastro dos usuários, um contato informal para ser a fonte habitual de atenção orientada para a pessoa, não para a doença.

O elemento estrutural para avaliação da longitudinalidade é a adscrição de clientela, ou população eletiva; o elemento processual é a utilização do serviço ao longo do tempo.

Entende-se pelo exposto que essa relação e a consequente aproximação entre profissionais de saúde e sua população adscrita devem possibilitar maior conhecimento dos profissionais sobre os problemas dos pacientes, levando a uma maior aproximação dos pacientes aos profissionais.

Este cadastramento de pacientes para as equipes do PSF, no município estudado, é considerado defeituoso por todas as categorias de profissionais de saúde ouvidas. Para os médicos: “*O cadastro é feito na área de abrangência, pelo endereço e a dificuldade, é que muitas pessoas moram de casa alugada e são cadastradas no período em que vivem na localidade. A maioria não permanece nem um ano no endereço e quando se chega à residência depois de algum tempo, as pessoas não vivem lá, como fazer?*” (Médico 7)

“*Você tem, vejamos, trinta prontuários individuais, em uma mesma ficha* (cadastro familiar), *uma mesma família; são parentes que vêm de outros municípios para fazer exames – é o jeitinho brasileiro!*” (Médico 3)

Essas distorções apontadas pelos profissionais provocam também restrição do acesso às unidades primárias, contribuindo para a diminuição do vínculo usuário-equipe de saúde por conta de uma baixa utilização dos serviços pelo cidadão: “*Todo paciente que não conseguiu vaga no PSF ou que não são atendidos, com medicação, procuram a UMCC (Unidade Mista César Cals), antigo SAMDU; os que não têm necessidade, o que está saindo do trabalho, para pedir medicação, atestado, ou uma urgência.*” (Médico 4)

Torna-se evidente que o pronto socorro parece mais acessível ao usuário do sistema, dificultando a criação de vínculo entre este e a equipe, ou a unidade de atenção primária, como bem ilustram as falas das enfermeiras: “*É a maior dificuldade que a gente tem para manter os ‘indicadores’; as pessoas não vão espontaneamente ao posto, dois a três meses sem ir buscar a medicação. O indicador da hipertensão estava baixo, então resolvemos uma vez por mês ir para o posto mais próximo, da*

assistência social, só para atender os hipertensos”
(Enfermeira 6)

“*Para o pré-natal, é a maior dificuldade com o médico, as gestantes não querem fazer com ele, fica mais com a gente, que tem mais aquela atenção de atender, conversar.*” (Enfermeira 2)

As agentes de saúde reclamam da forma como é realizada a territorialização: “*As famílias são cadastradas por área ou território, que é definido na secretaria de saúde: elas* (as coordenadoras de PSF) *têm uma maneira de dividir, dar uma área para você que nem conhecem! Então seria necessário que elas fossem lá.*” (Agente de saúde 5)

O secretário de saúde do município concorda: segundo ele, a territorialização do município teve um erro muito grande em sua implantação. E explica: “*No início, pingaram em cada bairro uma equipe, provocando uma reação na população, que estava acostumada a ser atendida em posto de saúde, do município, do estado, ou federal e todo mundo era atendido, bem ou mal, mas era atendido. Com esse ‘mapeamento’, pessoas morando perto do posto ficam sem atendimento.*”

Campos¹⁵ afirma que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Os médicos reconhecem o pouco que é ofertado à população em termos de atenção e reconhecem a boa vontade com que as pessoas aceitam a situação: “*Acho que a população está se contentando com migalhas, porque saúde de qualidade ainda não existe.*” (Médico 2)

“*A comunidade não percebeu, ainda, a dificuldade que existe para funcionamento daquele PSF. Eles querem a presença, só o profissional e então com aquilo eles se contentam.*” (Médico 1)

“*É na humanização! Mesmo não havendo uma visão humanizada, está dando resultado é no contato direto das pessoas com o profissional*” (Médico 5)

Na visão de Pereira, o acolhimento deve influir positivamente no padrão de utilização dos serviços por parte dos indivíduos e também influenciar em questões sócio-organizacionais do serviço como: horizontalidade das relações cuidador/indivíduo, aumento da disponibilidade dos profissionais para responder às demandas e a oferta de cuidados aceitáveis e adequados às reais necessidades da população¹⁶.

Solla¹⁶ lembra que o acolhimento deve garantir a resolubilidade como objetivo final do trabalho em saúde, resolvendo efetivamente o problema do usuário.

Integralidade da atenção

A integralidade exige que a atenção primária reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.

A atenção primária é orientada para o atendimento das necessidades das pessoas. Deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados para essas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de necessidades existentes na população. As “necessidades” vão desde sintomas, disfunções, desconfortos ou enfermidades, intervenções preventivas indicadas ou intervenções para promoção da saúde. O desafio é reconhecer as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada.

Como a atenção primária é continuada, as funções de cuidado e cura são provavelmente mais prolongadas, mais extensivas e mais variadas. Tipos mais extensivos de recursos devem muitas vezes ser aplicados².

Entendemos atenção primária como um modelo para organização da assistência em sistemas de serviços de saúde integrados, com a proposta de atenção integral à saúde de uma determinada população. A garantia da integralidade da atenção é uma preocupação dos médicos do PSF, que reclamam por melhorias no sistema: “*Quando o paciente necessita um atendimento especializado, eu não sei se foi atendido, se realizou exames, não sei nada.*” (Médico 6)

“*Quando é um caso mais grave, a gente vai atrás, faz uma visita no hospital*” (Médico 3)

“*Eu acompanho um paciente, sei que ele precisa de um internamento e não posso encaminhá-lo ao hospital, tenho que mandar para o pronto-socorro; eu encaminhei um doente grave, ele voltou, no outro dia foi a óbito.*” (Médico 5)

“*Pacientes atendidos na urgência são orientados a procurar o médico do PSF, mas não recebem o relatório do atendimento, não passam nem medicação para casa depois.*” (Médico 7)

“*Você vê seu paciente e não pode fazer o que é preciso.*” (Médico 4)

“*Não se cura a hipertensão, as pessoas precisam ter noção disso, precisam fazer prevenção.*” (Médico 8)

A garantia do princípio da integralidade implica em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem contar com um atendimento diversificado, organizado e

humano. Isto, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos¹⁶.

Nesse sentido, as enfermeiras relatam as dificuldades: “*A gente tem a maior dificuldade para fazer reunião educativa. A população não quer.*” (Enfermeira 3)

“*Para o PSF melhorar precisa de mais informação, a população não vai para as palestras*” (Enfermeira 5)

E se queixam das contradições das práticas orientadas pelo Ministério da Saúde: “*As pessoas não compreendem a sistemática de priorizar o atendimento por programas: a gente explica que tem as prioridades cobradas pelo ministério, que tem que atender grupos de risco, por doenças*” (Enfermeira 7)

Reclamam das condições de trabalho e da falta de recursos para realizar uma assistência adequada: “*A gente faz treinamento e na prática nada acontece*” (Enfermeira 8)

“*Você não tem o material para trabalhar com qualidade.*” (Enfermeira 1)

“*Meu posto é do PROARES, tem estrutura ótima, mas passei um ano sem aerossol, o aparelho quebrou, nunca voltou; quebrou o Pinard, aí a gente não tinha nem sonar, nem o Pinard*” (Enfermeira 4)

Na visão do agente de saúde, a dificuldade para o PSF funcionar é conseguir um bom atendimento médico: “*No meu posto o mais difícil é o acesso ao médico.*” (Agente de saúde 5)

O secretário de saúde do município lembra: “*Ainda hoje existe uma cultura na cabeça da população que saúde só pode ser feita pelo médico. Às vezes, a criança ou adulto não está doente ao extremo pra precisar de uma consulta médica.*”

Os médicos reclamam da definição de prioridades e da falta de ações de promoção da saúde:

“*O que dificulta é saber que você faz seu trabalho e não vê melhorar, não é só o assistencialismo que muita gente está fazendo!*” (Médico 8)

“*Você dá só a medicação e isso não resolve. Não melhora a escola, você não vê melhora no saneamento, não tem melhora na qualidade de vida das pessoas; então não é só atender!*” (Médico 5)

A integralidade deve garantir acesso às técnicas de tratamento e diagnóstico necessários a cada caso, a partir da atenção primária, com articulação aos meios de diagnóstico e atenção especializada, quando necessário, tomada como acesso a diversos níveis de atenção. As ações de saúde devem ser voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura e os serviços de saúde devem ter

o indivíduo como um ser humano integral e submetido às mais diferentes maneiras de vida e trabalho, que o leva a adoecer e morrer¹⁷.

Segundo Giovanella⁸, integralidade refere-se a um sistema que garanta, de forma articulada, para indivíduos e populações, ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde, prevenção das enfermidades e de acidentes, e recuperação da saúde.

A mesma autora construiu um conceito de integralidade composto por quatro dimensões, quais sejam: (1) primazia das ações de promoção e prevenção; (2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; (3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e (4) abordagem integral do indivíduo e famílias. Relaciona cada uma destas dimensões a um diferente campo de intervenção: a primeira ao campo político de definição de prioridades; a segunda à organização do sistema de atenção; a terceira à gestão do sistema e a quarta ao cuidado individual.

O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária. É nessa relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa, com um saber próprio, que deve ser entendido o trabalho dos diferentes agentes: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde. Conseguir a articulação desses distintos aspectos não é fácil nem para um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possa ser construída uma ideia de equipe integração¹.

Coordenação

A coordenação é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade é dificultada e a função de primeiro contato torna-se uma função puramente burocrática. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. O desenvolvimento de sistemas organizados de serviços de saúde, com integração da atenção em diversos níveis de atenção, aumenta a consciência da ausência de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de tentativas mais sistemáticas de desenvolvê-la².

As enfermeiras explicam as dificuldades enfrentadas no cotidiano do sistema municipal de

saúde: “*A pessoa faz uma consulta com o médico ele não anota nada em prontuário.*” (Enfermeira 3)

“*A grande dificuldade é que a gente faz a nossa parte e quando chega a vez do médico, ele não faz; não preenche direito o prontuário; quando precisa para resolver problemas do paciente, está tudo por fazer. Acontece um imprevisto com o paciente e o médico faltou, a gente fica sem saber o que fazer, porque não tem nada anotado.*” (Enfermeira 1)

“*Primeiro não há contrarreferência, encaminha o paciente, ele é atendido e volta para casa, mas não tem a contrarreferência; na urgência tem uma demanda espontânea louca, deixam de ir para o posto e vão para o SAMDU, não tem como ter retorno.*” (Enfermeira 5)

“*Existe a referência do primário para o secundário, mas o contrário não existe, há dificuldade para continuidade do tratamento.*” (Enfermeira 4)

“*Uma paciente fez colposcopia, com resultado normal, o médico do PSF, que não tinha experiência com prevenção, pediu que eu encaminhasse ao ginecologista. Terminou a paciente procurando atendimento particular.*” (Enfermeira 6)

“*Os pacientes, quando retornam, não se sabe o que foi feito, se fez o tratamento ou se curou.*” (Enfermeira 4)

Quanto aos médicos, as queixas são semelhantes: “*O paciente fica por vinte e cinco dias internado e volta sem nada, você não sabe o que foi feito lá.*” (Médico 3)

Starfield⁹ classifica os desafios da coordenação em três partes: (1) dentro do estabelecimento de atenção primária, quando os pacientes são visitados por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares (incluindo laboratórios); (2) com outros especialistas, chamados para fornecer aconselhamento ou intervenção de curta duração; (3) com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico.

Um caso excelente deve resultar em um modelo deliberativo entre o paciente e o profissional de atenção primária, que considera o médico como análogo a um professor que ouve e depois aconselha a respeito das questões relacionadas à saúde⁹.

A coordenação exige tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou de capacidade) quanto o reconhecimento de necessidades (o componente processual ou de desempenho). Métodos mais convencionais, embora não necessariamente mais fáceis, para melhorar a transferência de informações envolvem uma melhoria na continuidade dos profis-

sionais ou equipes de profissionais, prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados. A adição da lista de problemas aos prontuários resulta em um melhor reconhecimento do problema⁹.

Para Conill¹⁸, a oferta de um conjunto amplo de ações num sistema de saúde só terá efetividade na medida de sua utilização com equidade. Da mesma forma, não é interessante ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. O que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais.

Considerações finais

De forma abstrata, se deve observar que a porta de entrada de um sistema de serviços de saúde necessita ser acessível, aumentando o potencial de utilização dos serviços oferecidos e derrubando barreiras, quer sejam geográficas, estruturais, relacionais e organizacionais, gerenciais ou culturais; os arranjos organizacionais devem permitir que cada equipe de saúde ou profissional da atenção primária seja responsável por uma parcela de população eletiva, que não exija esforços adicionais, ou seja, uma quantidade adequada à capacidade de atendimento da unidade e correspondente à necessidade de utilização da assistência, mantendo o equilíbrio oferta-demanda. Ao mesmo tempo, a unidade de atenção primária deve apresentar um elenco de serviços internos e/ou externos com capacidade para atender a qualquer problema ou doença, identificados através de uma relação abrangente de atividades: a promoção da saúde, a prevenção e recuperação e a reabilitação, quer seja na própria unidade ou em outro serviço.

Para consecução desse objetivo de saúde integral, necessário se faz a obtenção do cuidado continuado, ou garantia da continuidade da atenção em um *continuum*, através dos mesmos profissionais, ou outros mecanismos, como prontuários únicos ou mecanismos de informática que forneçam informações adequadas sobre a vida do cidadão, permitindo assim intervenções eficazes, diminuindo os riscos de práticas danosas e possibilitando a recuperação do paciente.

Em nosso estudo, ao analisarmos o atributo de primeiro contato, encontramos que a acessibilidade dos serviços de atenção primária, neste sistema municipal de saúde, encontra-se comprometida, por quanto restringe o acesso à assistência, de diversas formas identificadas e que estão disfarçadas na aparência de "normalidade". A lon-

gitudinalidade no contexto da atenção primária é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes, que deve produzir um vínculo não de dependência, mas de confiança, para que as unidades de saúde da atenção primária sejam o primeiro ponto de atenção procurado, a cada necessidade percebida.

O cadastramento das famílias é o método utilizado pelo PSF para adscrição da clientela, em detrimento do cadastro individual, visando dar enfoque familiar à assistência. No município de nosso estudo, o que promove maior ligação ou vínculo com a unidade ou equipe é a necessidade das pessoas portadoras de doenças crônicas, como os hipertensos ou diabéticos, ou seja, as pessoas inscritas nos programas ministeriais que são seguidas por indicadores exigidos pelo Ministério da Saúde.

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problema de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não médicos. Este atributo não deve ser analisado como restrito à atenção primária, mas extensivo aos outros níveis de atenção.

A integralidade exige que a atenção primária reconheça a variedade de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.

A variedade de serviços adequados para a assistência primária consiste em três componentes: os problemas e necessidades das populações e dos pacientes; as tarefas que são necessárias para abordar estes problemas e o local em que são realizadas. São levados em consideração os problemas com os quais se lidam, como eles são tratados e onde.

No nível populacional, para se obter a integralidade, é necessário que os serviços de saúde abordem as necessidades evidentes da população. Isto implicaria informações locais sobre as condições de saúde daquela população sob responsabilidade da unidade de atenção primária; conhecimento das condições ambientais, epidemiológicas, sociodemográficas, culturais, econômicas, históricas.

A atenção nesse município é baseada no modelo biomédico curativo, atendendo a quem consegue acesso para atenção a eventos agudos.

Diante desse quadro, como as características da atenção primária são inter-relacionadas, a coordenação da atenção responde à situação geral com seu elemento estrutural, a continuidade, bastante falho ou quase inexistente.

Para manter a essência da coordenação, deve-se disponibilizar, em meios restritos, todas as informações a respeito de problemas e serviços anteriores referentes a cada usuário e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada a necessidades para cada atendimento.

Em uma pesquisa realizada em São Paulo, dentro dos estudos de linha de base do PROESF, utilizando o ***Primary Care Assessment Tools*** (PCAT) através de inquérito, foram encontrados aspectos semelhantes: a acessibilidade é per-

cebida por usuários, profissionais e gestores como a pior dimensão. Para os usuários, as dimensões piores são acessibilidade, enfoque familiar e orientação comunitária¹⁹.

Colaboradores

FM Gomes elaborou a pesquisa e MGC da Silva participou da análise crítica e redação final.

Referências

1. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. *Interface (Botucatu)* 2001; 9:150-153.
2. Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
3. Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
4. Organização Mundial de Saúde. *Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978 – Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978*. Brasília: OMS; 1979.
5. Starfield B. *Primary care: concept evolution on policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
6. Pessoa PR. *O modelo médico-assistencial privatista. Cartilha do curso sobre desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, 2006*. [site da Internet] [acessado 2008 abr 2]. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br>
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3^a ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
8. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate* 2002; 26(60):37-61.
9. Starfield B. *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2002.
10. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. In: Write KL, compilador. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, D.C.: OPAS; 1992. p. 929-943.
11. Cohn A. A saúde na previdência social e na segurança social: antigos estigmas e novos desafios. In: Cohn A, Elias PE, organizadores. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/Centro de Estudos e Cultura Contemporânea; 2001. p. 13-57.
12. Carneiro Jr. N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad Saude Pública* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2007 dez 18];19(6):[cerca de 9 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a26v19n6.pdf>
13. Serapioni M, Silva MGC. *Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: uma avaliação multidimensional*. Vol. 1. Fortaleza: Edições UECE; 2006.
14. Schimidt MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. *Cad Saude Pública* 2004; 20(6):1487-1494.
15. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2003 [acessado em 2007 dez 10];8(2):[cerca de 15 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>
16. Solla JJS. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2008 jan 15];5(4):[cerca de 11 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielophp?>
17. Kell MCG, Shimizu H. O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: um estudo de caso. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *1ª EXPOGEST: Mostra Nacional de vivências inovadoras de gestão no SUS: prêmio Eleutério Rodriguez Neto: eixo 3: condução do sistema de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 237-238.
18. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saude Pública* 2004; 20(5):1417-1423.
19. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr. A, Gomes A, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato social no Município de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):633-641.