

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

## **PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A BUSCA DA RESOLUBILIDADE EM FEIRA DE SANTANA-BA**

**Priscila Nogueira Viana<sup>1</sup>; Marluce Maria Araújo Assis<sup>2</sup>**

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Universidade Estadual de Feira de Santana, Graduando em Medicina, e-mail: [priscilanv2005@yahoo.com.br](mailto:priscilanv2005@yahoo.com.br)
2. Orientadora, Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, e-mail: [marluceassis@bol.com.br](mailto:marluceassis@bol.com.br)

**PALAVRAS-CHAVE:** Resolubilidade, cuidado, PSF

### **INTRODUÇÃO**

A integralidade, princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), tem representado um grande desafio para as práticas de saúde vigentes no Brasil e para a concretização de um sistema de saúde, público e universal. A integralidade representa um conjunto de ações e serviços que visa atuar no âmbito preventivo-curativo, individual-coletivo e em todos os níveis de complexidade do sistema.

Nessa perspectiva, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, surgiu com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, substituindo o modelo hegemônico de assistência, curativo e hospitalocêntrico, de modo a se constituir como “porta de entrada” do sistema e a reafirmar os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Brasil, 2001).

Contudo, as práticas de saúde desenvolvidas têm sido marcadas por um cuidado fragmentado e pouco efetivo e, por conseguinte, uma baixa resolubilidade dos problemas de saúde demandados pelos usuários do sistema, pois têm sido regidas pela lógica curativa e médico-centrada, tomando a doença como categoria central da assistência à saúde (Camargo Jr., 1997). Neste contexto, a produção do cuidado emerge como objeto da saúde, através do qual será possível atingir a cura e a saúde. A produção do cuidado é o modo como o trabalho em saúde é desenvolvido no cotidiano, em seus microprocessos, no encontro do trabalhador de saúde e o usuário. Caracteriza-se pelo “trabalho vivo em ato”, “tecnologia leve” dependente, que deve ser operada por saberes tecnológicos que valorizem o campo relacional e da intersubjetividade, numa lógica usuário-centrada, abrindo possibilidades para o encontro com o mundo das necessidades dos usuários (Merhy, 2006). Deste modo, entendemos o cuidado enquanto uma ação que busca resolver as necessidades dos usuários com ferramentas que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados, mas que também se apropriam do campo subjetivo, marcados pela capacidade de ouvir o que o outro tem a dizer, de se aproximar de seu mundo, de enxergá-lo em sua totalidade.

Busca-se, enfim, que o sistema de saúde tenha condições, de forma permanente, para se aproximar mais dos indivíduos, tornando-se mais humano, solidário e principalmente alcançar serviços integrais e marcados pela resolubilidade. Esta é entendida como a resposta adequada as necessidades dos usuários e resulta da confluência das demais dimensões da integralidade: acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização (Santos; Assis, 2006). Para tanto, é preciso mudar os processos de trabalho, o modo como os profissionais produzem os atos de saúde em seu cotidiano, na direção de um sistema de saúde resolutivo.

Assim, o trabalho se fundamenta na compreensão do cuidado e na construção da resolubilidade, como uma dimensão de análise da produção do cuidado em saúde e tem como objetivos: analisar a dinâmica cotidiana da produção do cuidado dos trabalhadores de saúde do PSF; e caracterizar o fluxo do atendimento dos usuários na Unidade Saúde da Família

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

(USF) e suas relações com os serviços de saúde da rede de atenção, tendo em vista a resolubilidade dos problemas de saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em uma abordagem crítico-reflexiva, utilizando como campo de investigação a USF do município de Feira de Santana-BA, escolhido como cenário desta pesquisa por ocupar lugar de destaque na organização da rede de atenção à saúde, e ser considerado um município de referência para serviços de média e alta complexidade nas diversas linhas do cuidado, representando espaço adequado para realização das análises desta investigação.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e observação sistemática dos espaços onde são realizadas as práticas no PSF, no período de agosto a dezembro de 2009, contando com um total de 25 entrevistados divididos em Grupo I (trabalhadores de saúde - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, Auxiliares de Consultório Dentário, Agentes Comunitários de Saúde - 16 participantes) e Grupo II (usuários - nove participantes). O quantitativo de entrevistados foi definido pela relevância das informações e observações relacionadas ao objeto de estudo.

A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo temática com base em Minayo (2007) e retraduzida por Assis & Jorge (2007) através de três etapas básicas, a saber: ordenação, classificação e análise final dos dados, evidenciando-se duas categorias empíricas: o processo de cuidar no espaço cotidiano da USF e a resolubilidade da atenção; e o fluxo do atendimento na rede dos serviços de saúde e suas interfaces com a USF.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados revelam que o PSF não dá conta de resolver os problemas de saúde dos usuários, pois apresenta baixa resolubilidade nas ações produzidas internamente e se depara com fragilidades do sistema de referência e contra-referência, limitando as ações que são iniciadas no PSF, o que vem comprometendo a resolubilidade do sistema como um todo. As práticas dos trabalhadores de saúde vêm se caracterizando por ações fragmentadas, prescritivas e que valorizam o instrumental e a realização de procedimentos, dentro de uma perspectiva médico-centrada. As ações desenvolvidas no PSF têm sido direcionadas prioritariamente pelas Ações Programáticas, valorizando certos grupos e morbidades, o que vem comprometendo a universalidade e o atendimento integral. Além disso, os usuários têm encontrado grande dificuldade de acessar consultas especializadas e exames de maior complexidade na rede de serviços do SUS, conduzindo à baixa resolubilidade de suas demandas. Os trabalhadores de saúde reconhecem a necessidade de valorizar tecnologias relacionais, tais como acolhimento, vínculo e responsabilização, contudo esta prática ainda não se efetivou em ações para toda a equipe.

O fluxograma analisador, a seguir, sintetiza como ocorrem os fluxos dos usuários, desde a entrada na USF até a sua saída para os demais níveis de complexidade, e as interfaces entre USF e redes assistenciais dos SUS.

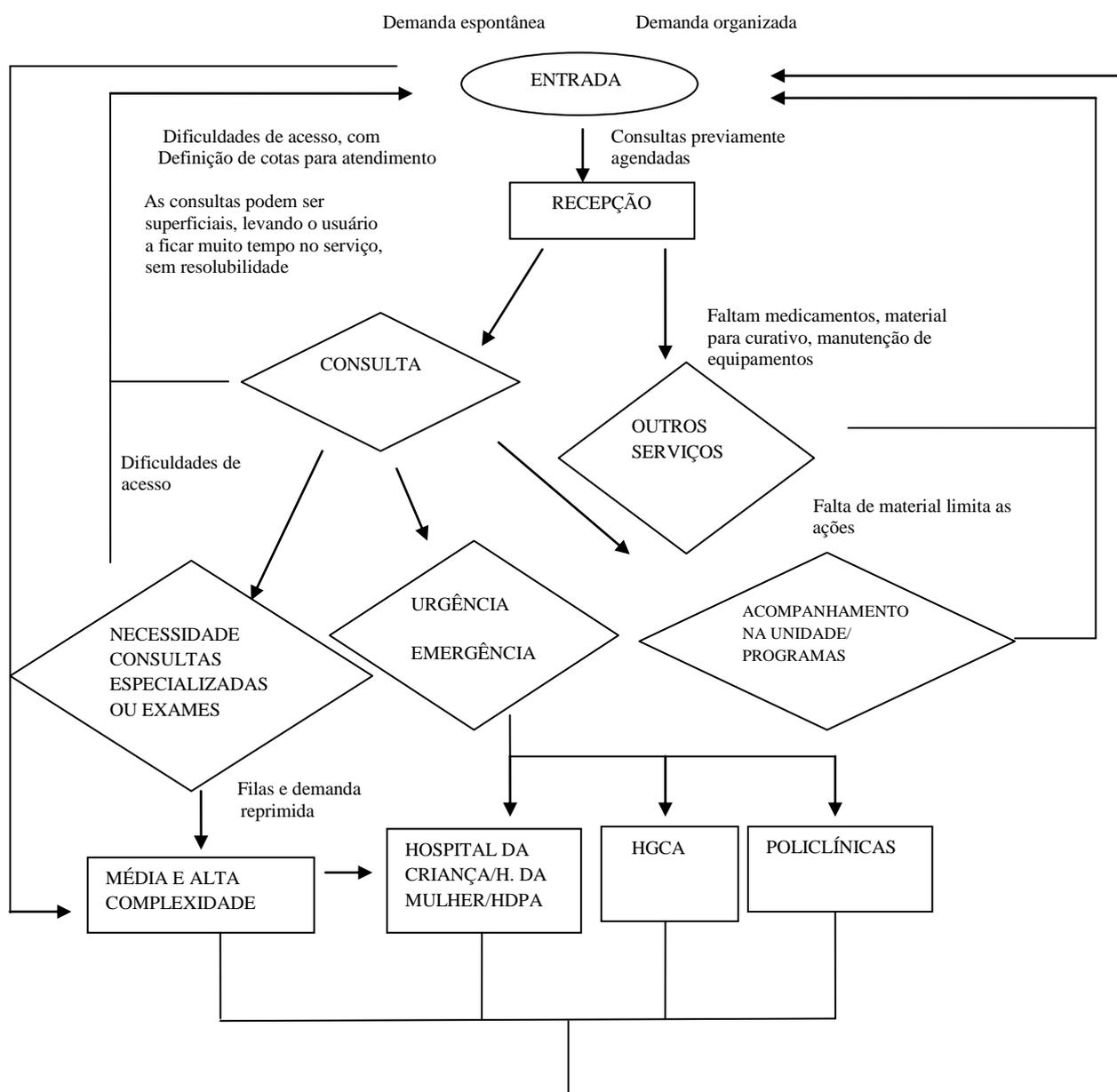
A demanda espontânea ou organizada evidenciam como alguns usuários adentram a unidade e chegam à etapa da recepção, local de decisão de oferta de serviços. O usuário pode conseguir atendimento, seja por marcação prévia, seja por atendimento da demanda espontânea, ou podem não ser acolhidos e voltarem à unidade em outro momento, ou não. Critérios burocráticos estiveram presentes nesta etapa, dificultando o acesso do usuário. A demanda também pode ser por outros serviços ofertados, como vacinação, busca de medicamentos, aferição de pressão arterial (PA), realização de curativos, mas em alguns

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

momentos falta material e manutenção de equipamentos. No atendimento, os usuários podem alcançar resolubilidade de suas necessidades através da produção do cuidado integral, pautado por tecnologias relacionais ou ser alvo de ações fragmentadas, procedimento-centrada e não resolutivas.

A partir de então, novos fluxos são definidos, em que o usuário poderá ser encaminhado para outros serviços da rede através da referência ou necessitar de consultas especializadas e exames, tendo que enfrentar filas para alcançar as cotas definidas pela Secretaria de Saúde, que são insuficientes para a grande demanda, gerando filas e demanda reprimida. Além disso, há fragilidade no sistema de referência e contra-referência, comprometendo a continuidade e resolubilidade das ações.

**Fluxograma analisador 1** Interfaces das Equipes de Saúde da Família com as redes assistenciais de Feira de Santana – BA



Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

- **Elipse:** Movimento de entrada e saída dos serviços
- **Retângulo:** Decisão da continuidade do Trabalho
- ◇ **Losango:** Intervenção e ações desenvolvidas

Nem sempre o atendimento é acessível na referência mesmo quando encaminhados, na maioria das vezes não há contra-referência

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas conquistas têm sido alcançadas pelo PSF no âmbito da saúde brasileira, desde a sua implantação a partir de 1994, o que vem contribuindo para a ampliação da oferta de serviços na “porta de entrada” da rede. Entretanto, limites têm sido evidenciados quando se analisa as práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços, bem como na sua relação com os demais níveis de complexidade que compõem a rede de serviços do SUS, conformando mudanças parciais do modelo de atenção.

Este estudo demonstrou que o cuidado no PSF em Feira de Santana ainda é produzido de forma fragmentada, centrada em procedimentos e em ações programáticas e guiadas pela queixa dos usuários, levando a baixa resolubilidade das ações. Além disso, há grande dificuldade de acesso aos demais níveis de referência e fragilidade do sistema de referência e contra-referência, o que contribui para a baixa resolubilidade do sistema como um todo. Deste modo, ainda faltam fluxos assistenciais adequados que permitam que o usuário alcance toda a tecnologia que necessita para resolver seus problemas.

Para uma melhor resolubilidade do SUS, seria necessário um fortalecimento do PSF, através da valorização de tecnologias relacionais, como acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização, e do funcionamento pleno do sistema de referência e contra-referência da rede. Neste sentido, deve haver uma avaliação contínua das dificuldades e desafios, bem como inverter a lógica dominante, imprimindo uma nova dinâmica na produção da saúde e do cuidado nas práticas dos atores que fazem saúde, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, M.M.A; JORGE, M. S.B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa no campo da saúde. In: SANTANA, J. S. da S (Org.). *Pesquisa: técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS, 2007 (No Prelo).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMARGO JR, K. R. A Biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, p.45-68, 1997.
- MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.53-61, 2006.

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010