

PRODUÇÃO DO CUIDADO MÉDICO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: (DES)CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO BAIANO

Deisiane Nunes dos santos¹; Silvânia Sales de Oliveira²

1. Bolsista FAPESB, Graduanda em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: deyse_ane@yahoo.com.br.

2. Orientador, Mestre em Saúde Coletiva e Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPISC), Departamento Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:silenfuefs@yahoo.com.br.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família, Produção do Cuidado médico, Integralidade do cuidado.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família surge como estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, para superar o modelo assistencial centrado em procedimentos e de perfil hospitalar, apontados como responsáveis pela ineficiência do setor; insatisfação da população; desqualificação profissional; iniquidades. Dessa forma, pensar a Integralidade como eixo orientador da produção das práticas comporta, necessariamente, concebê-la como um caminho para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, devem basear suas práticas na integralidade, com vistas à produção de práticas de saúde usuário-centradas. Este sim é um dos grandes desafios para os profissionais, em especial para o profissional médico, uma vez que, conforme Mendes-Gonçalves (1994), o trabalho médico se definiu a partir de uma prática que tem como objeto de ação o corpo humano. Desse modo, o trabalho em saúde poderá reduzir-se a um conjunto de processos produtivos e atos fragmentados sobre o usuário (OLIVEIRA, 2009).

Por conseguinte, entendemos que a produção do cuidado deverá ocorrer, através de um processo de desenvolvimento de ações e serviços das equipes de saúde, que não apenas produzam consultas, atendimentos e procedimentos, mas, sobretudo que se constitua numa prática cuidadora com vistas a integralidade da atenção.

Dessa forma, o estudo justifica-se pelo desejo das autoras em compreender como se conforma a produção do cuidado médico no Programa Saúde da Família no município de Feira de Santana-BA com vistas à integralidade da atenção à saúde diante de tantos desafios na formação profissional. O trabalho apresentado é produto da proposta de trabalho enquanto bolsista de iniciação científica da FAPESB e mostra-se relevante uma vez que a produção de conhecimento advindo da pesquisa poderá suscitar olhares críticos, com capacidade para analisar os diversos dados e as diferentes informações nas suas inúmeras perspectivas. Ou seja, aplicar os resultados obtidos na melhoria da realidade do contexto municipal. Portanto, uma importante contribuição pode ser dada com esta investigação, no sentido de sugerir ao final, ajustes que, eventualmente, sejam necessários ao desenvolvimento das práticas de saúde pelo profissional médico, em especial no modo de produção dessas práticas. Assim questionamos: Como se conforma a produção do cuidado médico no PSF de Feira de Santana com vistas à integralidade da atenção à saúde dos usuários?

Os nossos objetivos são: Analisar a produção do cuidado médico na atenção aos usuários do PSF em Feira de Santana, com vistas à integralidade; Apontar facilidades e dificuldades, limites e desafios para a produção das práticas de saúde com vistas a integralidade da atenção pelo profissional médico.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo: Esse estudo é de natureza qualitativa, onde não se busca estudar o fenômeno por si só, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Sobre esse modelo de pesquisa, Minayo e Sanches (1993) afirmam que se alicerça no campo do subjetivismo e do simbolismo e possibilita, assim, uma melhor compreensão das relações, atividades humanas, ações e os projetos de vida dos atores que irão tornar significados subjetivos.

Campo de Investigação: Quatro Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Feira de Santana, Bahia. A referida cidade foi apelidada de "a Princesa do Sertão", por Ruy Barbosa, em 1919, apesar de se localizar no agreste baiano, é a segunda maior cidade em população do Estado da Bahia, com 542.476 habitantes segundo o Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010). Localiza-se na planície do recôncavo baiano, com clima semiárido, a uma distância de apenas a 107 km da capital do Estado, Salvador.

Sujeitos de Estudo: Os sujeitos do estudo foram representados por dois grupos, assim caracterizados: **Grupo I**- composto pelos trabalhadores médicos, que tinham mais de seis meses de atuação na USF, responsáveis pela produção do cuidado individual e coletivo no PSF; **Grupo II**- os usuários, que foram atendidos por profissionais médicos pelo menos duas vezes (maiores de 18 anos, tanto do sexo masculino quanto feminino) que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Coleta de Dados: Foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, composta de perguntas fechadas ou estruturadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Além da Observação Sistemática, onde utilizamos um roteiro para registro e organização das informações pautando aspectos que envolvem o objeto pesquisado.

Análise dos Dados: Os dados foram analisados, utilizando-se da Análise de Conteúdo que constitui uma metodologia de pesquisa usada com a finalidade de descrever e interpretar os conteúdos variados de documentos e textos obtidos no decorrer da pesquisa.

Aspectos Éticos: O projeto desta pesquisa obedeceu aos requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi encaminhado e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana e dessa forma, a coleta de dados só foi iniciada após o projeto ter sido autorizado pelo CEP/UEFS pelo Parecer CAAE nº 13907413.0.0000.0053. Além disso, os participantes do estudo que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram e leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido orientados sobre a pesquisa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A mudança na forma de produzir as práticas de saúde remete diretamente ao pensar e agir em saúde numa perspectiva que exige um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares (ASSIS, 2010). Nesse sentido Merhy (1998) ao teorizar sobre o processo de trabalho em saúde, afirma que este é dependente do trabalho vivo em ato, no qual só é possível acontecer no processo de relações entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si.

Dessa forma, o trabalho vivo em ato é eleito como mediador na relação entre profissionais e usuários, e tornou-se norteador das práticas de cuidado na atenção básica, onde é capaz de promover mudança nas ações de saúde, através de uma reorganização do processo de trabalho através do acolhimento, vínculo, responsabilização. Assim, as ações de saúde devem ser definidas de acordo com as necessidades individuais e da comunidade onde é possível haver uma troca de saberes, experiências e afetos entre os sujeitos.

Neste estudo, os resultados da pesquisa apontaram para uma desestruturação do trabalho médico vivo em ato no município de Feira de Santana, onde se tem produzido consultas rápidas e frágeis em comunicação. Isso tem prejudicado a produção do cuidado integral na saúde local, devido à dificuldade da construção do acolhimento e vínculo com o usuário-profissional médico, fazendo com que o usuário do PSF sintasse desrespeitado por não ter suas necessidades de saúde priorizadas.

Além disso, os usuários analisam que para a produção do cuidado em saúde o profissional médico precisa escutar e dar atenção no que eles têm a dizer, é preciso também olhá-los nos olhos e, sobretudo examiná-lo, ou seja, na visão dos usuários a produção do cuidado deve ser construída com base nas tecnologias leves (escuta, conversa, atenção e atos cuidadores) e leves-duras (saberes).

A organização do processo de trabalho no PSF deste município ainda se enraíza no modelo médico hegemônico, com enfoque curativista, voltado para as tecnologias leves-duras e duras (procedimentos e suas máquinas) que além de influenciarem as práticas de saúde, também vai influenciar a visão do usuário, no sentido de que uma consulta médica eficiente será aquela em que será solicitada exames e prescrição de medicamentos. E apesar dos discursos médicos afirmarem a importância da medicina preventiva, na prática, observamos o exercício da medicina curativa, procedimento centrada, voltada para as patologias biológicas e negligenciando as questões psicossociais. O centro da atenção médica é a doença do indivíduo e não há tempo para educação em saúde ou diálogo. Assim, é notável que a resolubilidade do cuidado médico no PSF de Feira de Santana tenha se tornado deficiente devido a uma desestruturação na produção das práticas do cuidado em saúde à custa da desvalorização do trabalho vivo em ato.

Os usuários apontam uma dificuldade nas marcações de consultas médicas, bem como, dificuldade em serem referenciados a serviços especializados. Já os profissionais médicos também mostram insatisfação com suas condições de trabalho tanto pelo grande fluxo de atendimentos diários, quanto pela demora na resposta quando tentam encaminhar os usuários a outros serviços ou especialidade médicas, além de uma deficiência quanto aos recursos escassos destinados as Unidades de Saúde da Família desse município e infraestrutura inadequada, chegando a faltar frequentemente medicamentos, cadeiras e até receituários o que dificulta a produção do cuidado.

Nesse sentido, percebemos que existem entraves para a produção da integralidade do cuidado no PSF local, o que afeta negativamente a resolubilidade na saúde do cidadão, pois os mesmos acabam percorrendo sozinhos os níveis de atenção no momento que o PSF não supre suas necessidades de saúde.

CONCLUSÃO

Entendemos que a produção do cuidado integral em saúde desenvolvida no PSF precisa ser reorganizada, e para isso usuários, profissionais de saúde, em especial os trabalhadores médicos e gestores precisam refletir sobre o perfil de profissional que o PSF necessita no sentido de tornar esse programa mais eficaz para a resolução dos problemas de saúde, numa perspectiva de valorização da prevenção e promoção da saúde. Acreditamos que este programa necessita ser reforçado pela atenção integral ao indivíduo, entendendo a saúde de maneira ampliada, e o indivíduo em sua pluralidade poderemos estimular a autonomia do usuário diante das suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres Humanos. Brasília, DF, 2012.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo São Paulo, Hucitec, 1994.
- OLIVEIRA,S.S. **Produção do cuidado das equipes de saúde da família em busca da resolubilidade da atenção à saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009.
- ASSIS, M.M.A., et al. (Orgs). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010, p.13-30.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R., et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã/VM,1998, p.103-120.