





COLETIVO DE ESTUDOS E APOIO PAIDEIA

# CONSTRUÇÕES COLETIVAS PARA ESTRATÉGIAS DE ACESSO HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO "GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE"

Lorena Fatureto Pinto lorenafatureto@gmail.com

Orientador: Roberto Mardem S. Farias Coorientadora: Márcia Alves Guimarães

### INTRODUÇÃO

Desde o movimento da Reforma Sanitária culminando no SUS, Sistema Único de Saúde, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). A lei 8080/90 regulamenta o SUS em três princípios: universalidade, equidade e integralidade. Para garantir esses princípios, o acesso é imprescindível. O acesso aos serviços de saúde é reconhecido internacionalmente como um direito fundamental do cidadão (Declaração de Alma-ata, 1978). Acesso representa o fator que estabelece a interlocução entre a procura por cuidados de saúde, a partir da percepção de uma necessidade de saúde pelos indivíduos, e a entrada no serviço. É um conceito multidimensional, que exprime um conjunto de características da oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde quando necessitam (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). O termo acesso é abarcado na perspectiva do ingresso ou entrada no sistema, relacionado à utilização do mesmo (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo Starfield (2002) o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, a atenção primária, deve ser de fácil acesso para a população.

Como a atenção primária tem como uma de suas diretrizes ser porta aberta do sistema de saúde e, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, além de ser mais próxima da vida das pessoas (PNAB, 2012), é, nesse nível de atenção, que grande parte do acesso deve estar disponível. A partir desses pontos de partida, esse trabalho de intervenção se justifica na busca em olhar reflexivamente como se dá o acesso em uma unidade básica de saúde. Assim, busca implementar intervenções para efetivar os princípios do SUS e, cada vez mais, proporcionar o acesso ampliado e qualificado de acordo com esse princípios do SUS e PNAB e as necessidades da população.

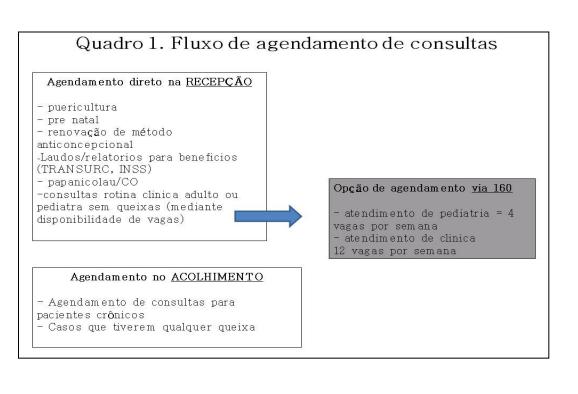
O objetivo desse trabalho é relatar como temos construído coletivamente estratégias de acesso humanizado com melhoria do acesso e da qualidade na nossa unidade de saúde, descrevendo como tem se dado o acesso a nossa unidade básica de saúde e suas respectivas ofertas bem como compartilhar como temos proposto e executado intervenções na prática para construção do acesso mais humanizado.

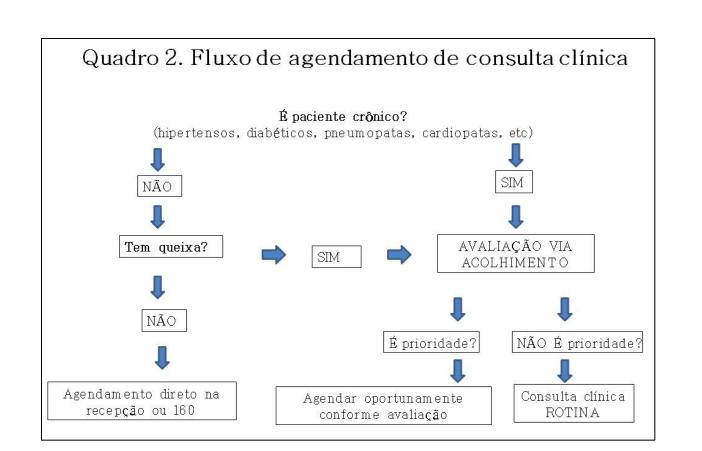
## INTERVENÇÃO

O que mais impulsionou a intervenção desse projeto foi a experiência, um tanto desumana para profissionais e usuários, que vivenciávamos no Centro de Saúde Francisco Alves dos Santos "Nova América" em Campinas durante o agendamento de consultas de clínica médica. O agendamento de consultas de clínica médica individual para adultos e idosos acontecia de uma forma bem restrita na qual, uma vez por mês, as agendas eram disponibilizadas para demandas diversas e cujo acesso era mediante fila, isto é, quem chegava primeiro. Muitos não conseguiam vaga pois, por volta das 9 horas da manhã, as vagas já se esvaiam. Essa situação levou a vários questionamentos sobre restrição do acesso, acesso mediante fila, organização e disponibilização de agendas, se contrapondo com conceitos de universalidade do acesso e a equidade.

Em reuniões de roda discutimos sobre o acesso no contexto acima e discutimos acesso sob o contexto das diretrizes da PNAB no âmbito do acesso à demanda espontânea/casos agudos, acesso a consultas agendadas (retornos, usuários de programas específicos, clinica medica rotinas), acesso a outras ofertas (ex.: praticas integrativas). Essa reflexão foi disparada a partir da proposta de um projeto de intervenção que me senti provocada pelo curso de especialização em gestão.

A partir dessas discussões, revimos o processo de trabalho de acesso na nossa unidade, inicialmente, focamos no acesso a consulta clinica médica. Entretanto, o olhar foi muito além do acesso a consultas médicas. Nos fez olhar para o modelo de atenção em que muitas demandas eram direcionadas para serem cuidados só pelo médico, vislumbrando assim, a necessidade de construção mais coletiva do cuidado especialmente das principais demandas como usuários crônicos. Repensamos formas de acesso de acordo com cada demanda e estabelecemos: a) qualificar a escuta de demandas em casos de queixas e mediante qualquer demanda de usuário crônico, aqui potencializando o trabalho da equipe em contraponto ao modelo médico centrado e, b) desburocratizar demandas que por suas características poderiam ser mais fácil ser acessadas direto (pré natal, puericultura, relatórios médicos, renovação de psicotrópicos, etc). Essa proposta foi discutida no Conselho Local de Saúde e aprovada. Os quadros que seguem resumem essa primeira intervenção quanto ao acesso às consultas individuais:





#### RESULTADOS/DISCUSSÃO

A partir da intervenção, conseguimos primeiramente anular fila, mudar a forma de acesso a consultas médicas estendendo-o para além da estrutura física do centro de saúde com ofertas via teleagendamento (serviço 160), favorecendo um acesso mais universal e com maior acessibilidade.

Há estudos que apontam que além do contato pessoal é possível e útil também a possibilidade do contato não presencial entre a população e sua equipe de saúde, para aumentar o acesso e vínculo por meio telefônico e correio eletrônico (email). Entre as vantagens destacam-se a agilidade no agendamento de consultas, fornecimento de informações, promoção da continuidade da assistência, menor circulação de pessoas na US, entre outras (PONTE, 2011).

Para demandas como queixas de qualquer ordem ou qualquer demanda de usuários crônicos, pactuamos direcionar ao acolhimento.

Solla (2005) afirma que o acolhimento, como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde do usuário, proporcionando a ele, sempre uma resposta positiva às suas necessidades, responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Portanto, o acolhimento deve garantir, não só práticas mais humanizadas, mas também a resolutividade do problema do usuário e a responsabilização longitudinal pelo mesmo, por meio do vínculo. Assim, a escuta dessa demanda no acolhimento estimula a vinculação com a equipe, favorece cuidado multiprofissional, menos médico centrado, tem potência para ampliar a autonomia e resolutividade de profissionais de outras categorias não médicas bem como promove mais equidade e integralidade. Aqui se inicia um processo que temos ainda muito a desenvolver: construção de educação permanente para os profissionais de saúde quanto a habilidades técnicas e de escuta no contexto das demandas da atenção primária de forma a intensificar cada vez mais autonomia e resolutividade da atenção primária, estimulando acesso mais humano e qualificado aos sujeitos que demandam cuidados.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS FUTUROS

Todo esse processo de avaliar o acesso, permitiu olhar para esse serviço de saúde de forma ampla repensando forma de gerir o cuidado no modelo de atenção primária e processos de trabalho.

O desafio futuro é que, para continuar ampliando e qualificando o acesso nesse nível de atenção, faz-se necessário intensificar o trabalho em equipe com cuidado multiprofissional dos sujeitos e menos médico centrado, de uma forma mais integral. Para isso, tem que se otimizar os recursos de cuidar que cada profissional, em sua categoria, pode ter de potente e estar sempre qualificando-os em habilidades técnicas e humanas do cuidar no contexto da atenção primaria para gerar mais autonomia e resolutividade por parte de cada profissional, qualificando esse acesso e garantindo que, além de ser universal, possa de fato ser acesso de qualidade e atender de melhor forma às necessidade e demandas de saúde sendo resolutivo.

Essa foi uma intervenção inicial mas que a partir dela continuará desdobrando muitas transformações nos processos de trabalho e formas de gestão do cuidar construindo o acesso a várias outras ofertas de cuidado na atenção primária da forma mais universal e equânime possível.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Senado Federal. Constituição Federal art. 196 BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110p. SOLLA, J. J. S. P. **Acolhimento no sistema municipal de saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, n. 4, out./dez. 2005.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. UNESCO. Brasília, 2002.
TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, n. 2, p. 190-198, 2004.