

Relato de Experiência

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n2p183-188>

Vivências na Graduação em Enfermagem: Conhecendo os Atributos da Atenção Primária à Saúde

Experiences in undergraduate nursing: getting to know the attributes of the Primary Health Care

Erilandy de Sousa Ávila

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil.

E-mail: erilandy_sousa@hotmail.com

Francisca Drenalina Sousa Araujo

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil.

E-mail: drenalina@live.com

Livia Maria Albano Camelo

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil.

E-mail: liviaalbano22@gmail.com

Resumo:

Objetivo: identificar a relação entre as práticas na Estratégia Saúde da Família e os atributos da Atenção Primária à Saúde. Métodos: trata-se de um relato de experiência, realizado por acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, ocorrido em fevereiro e março de 2015. As informações foram coletadas por meio de observação participante, análise documental e aplicação de um instrumento. Resultados: as atividades realizadas nessa prática propunham ao aluno observar e verificar quais atributos da Atenção Primária eram contemplados pela unidade. Do instrumento de avaliação, composto por cinquenta itens, dez foram assinalados “não”, na seguinte proporção: um em primeiro contato, quatro em longitudinalidade, dois em integralidade e três em coordenação. Conclusão: pode-se constatar e conhecer os atributos que estão presentes na unidade, sendo os mais qualificados a acessibilidade e a longitudinalidade. Porém, integralidade do cuidado e orientação comunitária obtiveram os menores níveis de qualificação.

Debora Maria Bezerra Martins

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil.

E-mail: deboramartins_2014@hotmail.com

José Jeová Mourão Netto

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Secretaria de Saúde de Cariré. Sobral, CE, Brasil.

E-mail: jeovamourao@yahoo.com.br

Natália Frota Goyanna

Enfermeira. Discente do Programa de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC).

E-mail: nataliagoyanna@yahoo.com.br

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

Abstract:

Objective: relate the practices in the Family Health Strategy and the attributes of the Primary Health Care. Methods: it is an experience report, conducted by academics of the Nursing Course at the State University of Vale do Acaraú, occurred in February and March 2015. Data were collected through participant observation, document analysis and application of an instrument. Results: the activities proposed in this practice the student to observe and verify which attributes of primary care were covered by unit. The evaluation instrument, composed of fifty items, ten were marked “no” in the following proportion: one in the first contact, four in longitudinality, two in entirety and three in coordination. Conclusion: it can be seen and know the attributes that are present in the unit the most qualified and the accessibility and longitudinality. However, comprehensive care and community orientation obtained the lowest levels of qualification.

Keywords: Primary Health Care; Family Health

Strategy; Nursing.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) há algumas décadas vem exercendo grande representatividade no que concerne à defesa da promoção da saúde e prevenção de doenças, o que se configura estruturante para a construção de um sistema de saúde com mais qualidade. A APS vem sendo reconhecida no mundo como uma estratégia capaz de estruturar redes integradas de atenção à saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, uma vez que melhora a eficiência e efetividade da Atenção à Saúde, satisfazendo os usuários, diminuindo os gastos nos demais níveis de atenção e incorrendo para influenciar positivamente na qualidade de vida das pessoas.¹

Neste contexto, a APS contribui para uma melhor organização das ações em saúde, com o intuito de resolução dos problemas de menor densidade tecnológica. Desse modo, tenta-se de forma organizada distribuir com equidade os recursos dos serviços de saúde, sendo utilizados estratégias e serviços que dialogam com a prevenção, tratamento, cura e reabilitação, além de uma melhor atenção disponível naquele ambiente, tendo a educação em saúde como estratégia potente para uma melhor promoção, manutenção e melhoria da saúde.

No caso brasileiro, a política de atenção básica estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estruturante do sistema de cuidado ofertado à população. A ESF incorpora os princípios do SUS e se assenta nos pressupostos da APS. Esses pressupostos são estruturantes, se configurando em atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

A atenção ao primeiro contato é a utilização dos serviços de saúde a cada novo problema ou a cada novo episódio do mesmo problema. Para a população, a APS deve ser o primeiro serviço a ser procurado. Na longitudinalidade o problema deve ter atenção no decorrer do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados

à saúde ou ao tipo de problema. Quanto à atenção integral, esta vai depender de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil, resolvendo por completo seu problema de saúde. A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Entretanto existe uma contradição, pois por vezes os atributos essenciais de saúde não são exercidos em sua plenitude nos Centros de Saúde da Família, e isto implica na qualidade do atendimento.²

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo.³

Assim, é importante que a Equipe de Saúde da Família interaja com a comunidade, buscando conhecer e interpretar a realidade vivida por cada integrante, seja individual ou coletivamente para que possa direcioná-los para uma vida saudável, e que sejam realmente agentes de transformação.

Portanto, é fundamental consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção à saúde e centro ordenador das redes de atenção do SUS, utilizando-se das mais variadas tecnologias: visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos escolares, panfletagem, meios de comunicação, internet, rádios, ações administrativas de supervisão e educação continuada.

Assim, o estudo objetivou identificar a

relação entre as práticas na Estratégia Saúde da Família e os atributos essenciais que regem a Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, realizada pelos acadêmicos do terceiro período do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), no Município de Sobral/CE, ocorrido em fevereiro e março de 2015, por meio de atividade proposta no módulo Atenção Básica à Saúde III.

A turma foi dividida em oito equipes. Cada equipe foi direcionada para um CSF do município. O CSF que serve de cenário para este relato possui 2.005 famílias cadastradas e dispõe de um quadro de funcionários composto de 04 (quatro) enfermeiros, 04 (quatro) dentistas, 04 (quatro) auxiliares de enfermagem, 01 (um) médico, 01 (um) atendente de farmácia, 03 (três) vigias, 03 (três) auxiliares de escritório, 12 (doze) agente comunitário de saúde e dois profissionais responsáveis por serviços gerais, ao total de 34 pessoas, entre profissionais e trabalhadores da saúde.

A coleta de informações ocorreu por meio de observação participante e de entrevista com a gerente do CSF e 06 usuários/pacientes previamente sorteados, que se encontravam nas dependências do CSF. Para a entrevista com a gerente foi utilizado um questionário com 50 perguntas, elaborados com base nos Atributos da Atenção Primária à Saúde⁴ com objetivo de identificar a adesão das unidades básica a esses princípios. As perguntas foram divididas de acordo com cada atributo e seus derivados. Cada item possuía a opção “sim” ou “não” para ser assinalada. No atributo acessibilidade/primeiro contato foram abordadas 09 (nove) perguntas, longitudinalidade 20 (vinte), integralidade 07 (sete) e Coordenação 06 (seis), além dos atributos derivados, como centralização da família 04 (quatro) e orientação comunitária 04 (quatro). Para a entrevista com os usuários/pacientes, foi verificado o conhecimento e contato deles com sua equipe de saúde, isso foi

feito através de um único item que questionava o nome dos representantes da sua equipe de saúde (agente comunitário de saúde, enfermeiro e médico). Posteriormente, as informações obtidas foram discutidas em sala de aula, contribuindo significativamente para construção de novos conhecimentos no contexto da APS.

Depois de obtidas as respostas, realizou-se uma análise em relação à organização do CSF e dos prontuários dos clientes, podendo-se observar dados como índices de acometidos por hanseníase, tuberculose, assim como a duração do tratamento, além dos prontuários de gestantes de alto risco, para certificar-se se havia concordância entre as respostas colhidas e os serviços que a unidade disponibiliza a população.

Embora o objeto da análise seja a experiência dos autores e a descrição do dispositivo pedagógico desenvolvido e utilizado, alguns dados são apresentados como coadjuvantes da experiência e da aprendizagem, não representando a base empírica desse relato de experiência. Para transformar todas as respostas em dados que pudessem ser apresentados, foi atribuída uma porcentagem aos resultados. Dessa forma, as 50 (cinquenta) perguntas do questionário de avaliação foram elevadas a 100%, tendo o conhecimento de que as respostas “sim” eram consideradas como satisfatória. Dessa maneira calculou-se o quanto o CSF disponibiliza de serviços que dialogam com os atributos essenciais da APS. Para uma análise mais criteriosa, o mesmo método foi utilizado para as perguntas de cada atributo, na qual foram distribuídas entre os atributos: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação, além dos atributos derivados.

No dia 09 de março de 2015, no Centro de Ciências da Saúde, foram discutidos os resultados dessa vivência. Os acadêmicos apresentaram em sala de aula, por meio de slides, os dados colhidos, para que houvesse um conhecimento e discussão dos atributos da atenção primária à saúde do CSF em questão, juntamente com as demais equipes direcionadas aos outros CSFs do Município de Sobral/CE, com intuito de montar um panorama do Sistema de Saúde local.

Resultados e Discussão

Sobre a experiência de participação em atividades de campo, é inerente ao processo de formação dos acadêmicos de diversas áreas. Na Graduação em Enfermagem, se constitui como essencial, visto que para se apoderar de conhecimentos sobre o sistema de saúde é relevante observar seu funcionamento na prática. Dessa forma, a universidade acerta ao colocar o acadêmico nos diversos níveis de atenção à saúde precocemente.

Os atributos essenciais da APS compreendem: acesso/atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Um alto nível de alcance dos atributos essenciais da APS resulta em três aspectos adicionais, os quais qualificam as ações e serviços deste nível de atenção.²

As atividades realizadas nessa prática propunham ao aluno observar e verificar quais atributos da APS eram contemplados pelo CSF e como se encontrava sua operacionalização. Do instrumento de avaliação, composto por 50 (cinquenta) itens, 10 (dez) foram assinalados “não”, na seguinte proporção 01 (um) em primeiro contato, 04 (quatro) em longitudinalidade, 02 (dois) em integralidade e 03 (três) em coordenação.

Dessa forma, pôde-se observar que o CSF onde se realizou a atividade possui uma porcentagem de aceitação destes atributos de 80%, visto que 40 perguntas foram assinaladas “sim”. Este resultado fala em favor da qualidade do cuidado prestado, evidenciando avanços para a ESF, uma vez que um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários respostas adequadas às suas necessidades.⁵

Os cinquenta itens foram divididos entre os atributos e cada um deles recebeu uma determinada porcentagem de acordo com a quantidade de itens assinalados.

O primeiro a ser atribuído um valor foi o da acessibilidade/primeiro contato. Este abordou 09 (nove) perguntas, sendo que destas, 08 (oito) apresentaram resposta “sim” (88% de adesão). Em relação à longitudinalidade, foram questionados 20 (vinte) itens, destes, 16 (dezesesseis) foram respondidos “sim” e 04 (quatro) “não” (80% de adesão). No item integralidade, foram expostos 07 (sete) itens, destes 05 (cinco) “sim” e 02 (dois) “não” (71,5% de adesão). O atributo de coordenação abordou 06 (seis) perguntas e apenas 01 (uma) foi assinalada “não” (83,3% de adesão). Quanto aos atributos derivados, ambos avaliados com o mesmo número de perguntas, ao todo 04 (quatro), com diferentes valores, a centralização da família foi o atributo mais valorizado, com 100% de adesão, e a orientação comunitária o menos valorizado, com 75%.

É relevante se avaliar os atributos da APS nas distintas modalidades de cuidado sob a perspectiva do usuário, representando importante ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.⁶

A partir da coleta de informações, observa-se que os itens integralidade e orientação comunitária mostraram-se relativamente como os de pior avaliação. Neste contexto, compreendendo o desafio que se configura a atenção integral para o SUS, há que se considerar que a efetivação da integralidade depende da construção de novas práticas, baseadas no cuidado ampliado, exercido na perspectiva da complexidade dos usuários e de suas condições de vida.⁷

O foco na doença, e não no sujeito como um todo, ainda é uma prática comum, apesar de a integralidade ser princípio básico do funcionamento do SUS. Esse princípio deve buscar uma articulação das diversas redes para oferecer um cuidado ampliado, mas muitas vezes não encontra eco na realidade dos serviços de saúde, sendo estruturante para o rompimento desta realidade o exercício de uma prática crítica, atenta à construção cotidiana do cuidar.⁸

Faz-se necessário considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e

o conhecimento integral de seus problemas de saúde.⁹

A ESF deve centrar suas ações na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, convidando os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.²

Na investigação do atributo referente à longitudinalidade, pediu-se que se verificasse, junto a seis usuários/pacientes, previamente sorteados, seu conhecimento da equipe de saúde, os resultados foram: 01 (um) se negou a responder, 05 (cinco) sabiam o nome da Agente Comunitária de Saúde, 05 (cinco) conheciam o profissional de enfermagem, 03 (três) souberam responder o nome do médico.

Dessa forma, sugere-se que o Agente Comunitário de Saúde e o enfermeiro são os profissionais que possuem vínculos mais estreitos com a comunidade, principalmente por promover ações junto a ela, tanto de promoção da saúde como de prevenção de doenças. A partir desta vivência, com base na observação participante e respostas ao instrumento, tal resultado poderia ser explicado pelo fato do médico mostrar certa limitação na interação com a comunidade, visto que a atenção assume um caráter mais curativo.

Pode estar contribuindo para o fato da educação médica brasileira ainda está fortemente ancorada no modelo hegemônico de formação e de atenção a saúde, sendo marcante a ausência de ações que priorizem abordagens por meio da educação em saúde, no entanto, vivencia um processo de crise caracterizado por transformações desse modelo com o intuito de formar médicos mais próximos às necessidades da população.¹⁰

Implantada inicialmente como um programa destinado a populações desassistidas, o Saúde da Família foi posteriormente alçado à condição de estratégia para reorganização

da APS no Brasil, sendo ponto de partida para a reestruturação do sistema de saúde.¹¹ Neste sentido, embora se observe ainda grandes desafios e entraves no processo de operacionalização da ESF é inegável sua contribuição enquanto política de saúde, sendo responsável por avanços importantes na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Para validar as respostas, os acadêmicos foram direcionados para o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) a fim de comparar as repostas com os registros realizados a partir dos prontuários. Os prontuários continham informações sobre tratamentos, sobre situações de risco, serviços oferecidos, sobre atenção a doenças crônicas, dentre outras.

Considerações finais

Uma análise do serviço de APS a partir dos Atributos da Atenção Primária à Saúde mostra-se proveitoso para a organização da Estratégia Saúde da Família.

Pode-se constatar e conhecer os atributos que estão presentes no CSF, sendo os mais qualificados a acessibilidade e a longitudinalidade. Já a integralidade do cuidado e orientação comunitária tiveram os menores níveis de qualificação.

Mediante os resultados obtidos, faz-se referência a Educação Permanente em Saúde, como estratégia potente para subsidiar transformações das práticas profissionais, uma vez que ela parte dos problemas reais, ao encontro de uma aprendizagem significativa, uma vez que parte das necessidades de saúde das pessoas.

Esta atividade, também, contribuiu significativamente para o aprendizado dos acadêmicos, visto que gerou discussões férteis e que se mostrou importante para a construção do conhecimento, estimulando o senso crítico dos estudantes, os preparando melhor para o mercado de trabalho em um sistema de saúde que se apresenta cada vez mais multidimensional.

Referências

- ¹Escorel S, Giovanella L, Mendonça M, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Pan Am J Public Health* [Internet]. 2007 [citado em 2015 Sep 21]; 21(2):164-76. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>
- ²Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [citado em 2015 Sep 21]; 66(esp); 158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>
- ³Martins SJ, Garcia FJ, Passos BB. A Estratégia de Saúde da Família: População participativa, saúde ativa. *Rev Enferm Integrada* [Internet]. 2008 nov./dez. [citado em 2015 Sep 22]; 1(1): 1-9. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julietamar_tinsjuniorgarciaeanapassos.pdf
- ⁴Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, 2002.
- ⁵Aguiar ASW, Martins P. Atributos essenciais e qualificadores da atenção primária a saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2012 abr./jun. [citado em 2015 Sep 22]; 25(supl2):1-2. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2237/2462>
- ⁶Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. The comprehensive nature of primary health care: evaluation from the user standpoint. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov. [citado em 2016 June 15]; 19(11):4407-15. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>
- ⁷Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. Exercising integrality in a Family Health Strategy team: knowledge and practices. *Texto Contex Enferm* [Internet] 2011 abr./jun. [citado em 2016 June 15]; 20(2):263-71. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a07v20_n2.pdf
- ⁸Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Interface* (Botucatu). [Internet] 2015 [citado em 15 jun. 2016]; 19(supl1):995-1003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0995.pdf>
- ⁹Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- ¹⁰Siveira RP, Stelet BP, Pinheiro R. Crise na educação médica? Um ensaio sobre o referencial arendtiano. *Interface* (Botucatu) [Internet]. 2014 [citado em 10 jun. 2016]; 18(48):115-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0115.pdf>
- ¹¹Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. The family in the practices of Family Health teams. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Mar./Apr [citado em 2016 June 15]; 67(2): 274-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0274.pdf>