



ANAIS ELETRÔNICOS DA I CIEGESI / I ENCONTRO CIENTÍFICO DO PNAP/UEG

22-23 de Junho de 2012 - Goiânia, Goiás.

GESTÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE: QUALIDADE DE VIDA, ATENÇÃO E SOCIEDADE

NETO, Josefa Dantas¹
MOURA, Beryl Eirene Lutz de²

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca do tema: Gestão da Atenção à Saúde. A metodologia aplicada trata-se de um estudo descritivo baseada em teorias de contexto de gestão, ética, humanização, atenção e capacitação da própria saúde, visando à compreensão quanto à qualidade de vida e atenção preventiva. De acordo com o conteúdo alguns temas são importantes: concepção de saúde, ética, o cuidado em saúde, olhares e práticas sobre a família e a comunidade voltadas para a Atenção Primária a Saúde e a sua Gestão em conjunto as Estratégias de Saúde da Família (ESF) as quais visam propostas para contribuir com as práticas de saúde, como também a formação de profissionais melhores, bom atendimento aos usuários promovendo assim interatividade e conscientização entre sociedade e os profissionais da saúde.

Palavras-Chave: Atenção à saúde. Usuários. Sistema de saúde. Gestão. Paciente.

1 INTRODUÇÃO

Tópicos como saúde, vida saudável e prevenção são complexos, mesmo sendo temas comuns estampados pela mídia e presentes no cotidiano e

1 Graduada em Pedagogia, faturista na organização Prefeitura Municipal de Turvelândia, técnica de enfermagem no Hospital de Urgência da Região Sudoeste (HURSO), aluna do curso de Gestão em Saúde da UnUEAD/UEG, josefa_dantas@hotmail.com

2 Graduada em Ciências Biológicas pela UFG, Tutora orientadora do Curso de pós graduação à distância - Gestão em saúde, linha de pesquisa Educação e Saúde. UNUEAD/UEG/GO. beryllutz@yahoo.com.br

na realidade da sociedade, assim promover a mudança e começar até mesmo uma nova adequação de forma de vida não é uma tarefa fácil e rápida. A falta de esclarecimento e a ociosidade da sociedade em relação a seus direitos são fatos importantes já que estes só são levados a sério apenas quando é um caso de necessidade individual ou por vivência de pessoa próxima do próprio convívio.

Este trabalho faz uma reflexão diante da ética e das dificuldades encontradas na gestão de educação em saúde e da necessidade de obter informações verdadeiras sobre os reais problemas enfrentados no cotidiano pelo próprio gestor e seus subordinados na arte de administrar sem deixar de ressaltar a satisfação da própria comunidade, os principais utilizadores e beneficiados dos serviços prestados pela saúde.

A metodologia faz um estudo descritivo sobre a gestão da atenção à saúde, composta de revisão bibliográfica baseada nas teorias educacionais, visando à compreensão do que é realmente Gestão da Atenção à Saúde no tocante quanto à qualidade de vida, a atenção assistida e controle social dentro da estrutura social. Os dados secundários foram obtidos através de leituras em livros, revistas, apostilas, artigos, panfletos, sites, blogs e outros.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Atenção Primária a Saúde

Conforme Santos (2011, p.16):

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

No Brasil já existem alguns estudos sobre o impacto e a importância da adoção de mecanismos em prol da vertente Atenção Primária a Saúde (APS)

como medida para alcance de maior equidade, maior satisfação dos usuários e menores custos para o sistema de saúde como um todo (SANTOS, 2011, p.11).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a Atenção Básica ou Atenção Primária a Saúde como um conjunto de propostas coletivas ou individuais que vão desde a promoção, a proteção da saúde, a prevenção, os diagnósticos ao tratamento e a manutenção dos sistemas de saúde em conjunto com o trabalho em equipe participativo (SANTOS, 2011, p.16).

Segundo Santos (2011, p. 17):

A Atenção Primária à Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Santos (2011, p. 28) trata a Atenção Primária a Saúde (APS) como uma maneira de “organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população”.

A Atenção Primária a Saúde busca essa interligação serviço e necessidade constituindo então o “primeiro contato com o sistema de saúde e determina o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população” (SANTOS, 2011, p. 19).

No (quadro 1) verifica-se os aspectos únicos e essenciais que caracterizam a Atenção Primária a Saúde diferindo-a dos demais níveis de atenção (SANTOS, 2011, p. 20).

QUADRO 1 – Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na Atenção Primária a Saúde (APS) e do modelo de saúde adotado pelo Brasil.

SUS – BRASIL – A SAÚDE DA FAMÍLIA	
VALORES Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas de interesse público.	Universalidade
	Equidade
	Integralidade

	Participação e controle social
PRINCÍPIOS Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.	Territorialização
	Intersetorialidade
	Caráter substitutivo (baseado na pessoa e não na doença)
	Equipes multiprofissionais
	Baseado nas necessidades e expectativas das populações
	Voltado para a qualidade de vida
ATRIBUTOS (OU ELEMENTOS OU CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)) São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.	ÚNICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS): Primeiro contato Integralidade Longitudinalidade Coordenação
	Derivados dos anteriores
	Enfoque na pessoa (não na doença) e na família
	Valorização dos aspectos culturais
	Orientado para a comunidade
	Não únicos da APS, mas essenciais:
	Registro adequado
	Continuidade de pessoal
	Comunicação
	Qualidade clínica
	Defesa da clientela (advocacia)

FONTE: SANTOS (2011, p.20).

Como característica fundamental da Atenção Primária a Saúde temos o primeiro contato que significa a porta de entrada, ou seja, o primeiro recurso de saúde a ser utilizado quando existe a necessidade do funcionamento do sistema de saúde (SANTOS, 2011, p.30).

Para Santos (2011, p.31) o primeiro contato tem importância relevante já que representa entre outros as seguintes vantagens:

Redução de hospitalizações, redução do tempo de permanência no hospital, menor quantidade de cirurgias, menos solicitação de especialistas, menos consultas para um mesmo problema, contudo aumenta o número de ações preventivas, do cuidado com o usuário, da qualidade do serviço prestado

e como consequência facilita para as equipes de saúde a “oportunidade da atenção” utilizando a “abordagem adequada” (SANTOS, 2011, p.31).

Já a longitudinalidade segundo Santos (2011, p. 32) “é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problema de saúde ou até mesmo com a presença da doença, entre os indivíduos e os profissionais de saúde”.

A longitudinalidade propicia a regularidade da atenção em saúde a longo prazo proporcionando “unidades de saúde com equipes estáveis” (SANTOS, 2011, p.32).

Ainda segundo Santos (2011, p. 32) o atributo da integralidade constitui em “atuação interdisciplinar das equipes de saúde, ou seja, em uma variedade de serviços, incluindo recursos como visitas domiciliares e/ou outros serviços de exigem a intervenção coordenada de profissionais na área de saúde”.

Para Santos (2011, p. 32) a coordenação um dos atributos da Atenção Primária a Saúde (APS) traz a informação e os meios de comunicação para troca de informações como aliada, mantendo registros de dados sobre cada indivíduo, seu histórico, problemas, recursos disponíveis facilitando de certa forma a identificação dos problemas de saúde.

2.2 Estratégia da Saúde da Família (ESF)

De acordo com a Carta de Sergipe em seu item 2 esta relatado as discussões a cerca da “organização, gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)” caracterizando o “fortalecimento da Atenção Primária”, conforme Santos (2011, p.54):

Propõem o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária, mas entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento,

de financiamento, formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade a ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais. Os Secretários consideram que a Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS.

Para Santos (2011, p.56) “a prática clínico-assistencial individual e/ou coletiva na Estratégia Saúde da Família (ESF)” deve atender aos seguintes requisitos:

- “abordagem holística do processo saúde-doença e também integração interdisciplinar e intersetorial”;
- relação médico-paciente fortalecida;
- uso de ferramentas e conhecimentos confiáveis e testados cientificamente;
- maior atenção na promoção da saúde na prevenção de doenças e também dos problemas de saúde mais recentes;
- “prevenção oportuna, diagnóstico precoce de agravos e doenças”.

2.3 Ética e a Humanização na Gestão da Saúde

A partir dos anos 90 houve mudanças significativas no sistema de saúde, ou seja, passou a ser incorporadas noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário, diferente dos anos anteriores em que os princípios eram pautados pela eficácia, otimização e eficiência (FORTES, 2004).

Diante da necessidade de mudanças surge o interesse do sistema de saúde pela questão humanitária da atenção à saúde, conforme Fortes (2004) e Ribeiro (2002):

O humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. Pode ser expresso pelo caráter e qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área.

No entanto é difícil “falar em humanização sem relacioná-la à ética, considerada um dos instrumentos de que o homem lança mão para garantir a harmonia social” (FORTES, 2004).

Fortes (1998, 2004) “ética é a reflexão crítica sobre o comportamento humano, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais, à procura da ‘boa vida’ em sociedade, do bom convívio social”.

“Humanizar na atenção a saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma” (FORTES, 2004).

De acordo com Fortes (2004) e Rech (2003) “tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda de autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano”.

Conforme Fortes (2004):

No Brasil, além das bases constitucionais relativas a direitos individuais, coletivos e sociais, a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde traz diretrizes e normas, de forma direta ou indireta, sobre a humanização da atenção em saúde, tais como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde (Lei federal 8080/90, art. 7º, III, IV e V).

No Estado de São Paulo por volta de 1995 foi criada a Cartilha dos Direitos do Paciente pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo (FORTES, 2004).

As normas deste ato expressam segundo Fortes (2004):

O direito dos usuários a ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso; a ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome; a

não ser identificado ou tratado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso; a ter resguardado o sigilo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; a poder identificar as pessoas responsáveis, direta e indiretamente, por sua assistência; receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas; a consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; a acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico (Art. 2º, itens I a VIII).

Por volta de 2001, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) o qual propõe mudanças nos padrões de assistência aos usuários dentro do ambiente hospitalar público. O programa trata de assuntos como o da necessidade de mudanças focando o atendimento humanizado ao usuário, e como consequência elevando a qualidade e a eficiência das atividades desenvolvidas na gestão hospitalar, ou seja, agregando a “eficiência técnica e científica à ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional” (FORTES, 2004).

Para Fortes (2004):

O Programa incorporou a preocupação com a valorização, à capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, dos encarregados da tarefa do cuidar. As políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para que os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas.

Um dos focos que Fortes (2004) aborda sobre o Programa é a capacitação dos profissionais da saúde junto à condição psicológica dos pacientes e de suas famílias, impulsionando “o trabalho em equipe multiprofissional, entendendo ser esta uma das condições essenciais para a prática humanizada”, em contradição aos excessos da técnica dos atos na prática do exercício da saúde.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) traz também propostas para a valorização a nível educacional do

corpo da saúde a fim de permitir a inclusão de valores e atitudes em respeito à condição humana, levando a compreensão de que a qualidade deve interagir a competência da técnica (FORTES, 2004).

A partir de 2003 Fortes (2004) relata o nascimento de uma nova abordagem conhecida por Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS, com o propósito de compreensão da questão da humanização como uma transformação cultural perante os usuários e da gestão do sistema de trabalho da saúde.

Fortes (2004) faz uma síntese:

O HumanizaSUS apresenta algumas diferenciações com as anteriores ao incorporar no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do "cuidar do cuidador", a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras. Com isto, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social.

Prática humanizadora compreende a forma como são discutidas as dificuldades enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde por seus utilizadores e suas conseqüências como: filas de espera, falta de ampliação dos mecanismos de comunicação e também informação, mais incentivo à otimização para melhorar os serviços prestados pela saúde (FORTES, 2004).

Para serviços de atenção básica, Fortes (2004) propõe:

Elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicamentos, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento de ambiência acolhedora.

Fortes (2004) enfatiza: “a necessidade do desenvolvimento da gestão participativa nas instituições públicas de saúde envolvendo trabalhadores e usuários na tomada de decisão dos atos de gestão, mediante a instalação de conselhos gestores em unidades hospitalares.”

A presença dos usuários de saúde nas tomadas de decisões para Fortes (2004):

Exercendo o controle social, constitui um dos modos mais eficazes para garantir a implementação de medidas, evitando que os agentes do poder público, mesmo que motivados pelo princípio da beneficência, terminem na prática assumindo condutas paternalistas e autoritárias, contrárias à vontade autônoma das pessoas ou das comunidades.

Outro exemplo de iniciativa para apoiar o propósito de humanização é a criação dos Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC), ou seja, criação de Ouvidorias direcionadas as Regionais de Saúde, cujo objetivo maior é garantir o “direito de reclamação, recebendo e investigando queixas de cidadãos, com relação ao mau atendimento em órgãos públicos” (FORTES, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 Estudo de Caso de Ana

Trata-se de um estudo de natureza esclarecedora de um relato de uma mulher chamada Ana, o que permitiu que este trabalho descritivo fosse baseado em uma história real na modalidade de gestão em saúde de cunho investigativo com vistas a conhecer como as pessoas lidam com a conduta e os sistemas de saúde.

De acordo com Oliveira (2009, p.78):

O caso de Ana é um exemplo para reflexão sobre as implicações da organização no sistema de saúde. A organização de um sistema de saúde é um grande desafio. Num país desigual e diverso como o Brasil, somam-se dificuldades. Para enfrentá-las é preciso ter claro o projeto político e não perder de vista aonde se quer chegar; mas é preciso também saber como se quer chegar.

Ana é uma mulher de 53 anos de idade que apresentou dor e secreção no mamilo; rapidamente a mesma procurou uma unidade de saúde para saber o que estava acontecendo (OLIVEIRA, 2009, p.79).

O município em que Ana vive é pequeno de 50 mil habitantes com 10 Equipes de Saúde da Família (ESF) e um hospital municipal, com um pronto-

socorro, ambulatórios e 50 leitos de clínica médica e pediátrica, há dois laboratórios de diagnóstico e o mesmo depende de recursos do estado e de outros municípios para o andamento do sistema de saúde (OLIVEIRA, 2009, p.79).

Quando Ana procura a Equipe de Saúde da Família (ESF) do seu bairro o médico plantonista que a examinou não pediu exames detalhados, simplesmente passou um analgésico e não fez nenhum encaminhamento para outro especialista sendo que os sintomas de Ana continuavam os mesmos (OLIVEIRA, 2009, p.80).

Então Ana ao invés de procurar a Equipe de Saúde da Família (ESF) procura o Centro de Saúde chegando lá após uma longa fila de espera consegue ser atendida por um médico da Saúde da Família o qual a examina e a encaminha para um especialista, visto que ele não pode solicitar uma mamografia já que o município possui uma norma: apenas o especialista pode solicitar tal exame (OLIVEIRA, 2009, p.80).

Mais uma vez Ana encontra-se desamparada pelo sistema de saúde; ela não conseguiu o referido exame e sai á procura de um especialista, descobre através de uma amiga em comum que no Hospital Municipal existem especialistas que podem ajudá-la com seu problema (OLIVEIRA, 2009, p.82).

No Hospital Municipal Ana descobre que há um ginecologista que poderia resolver sua situação, mas que para receber atendimento deveria esperar em torno de dois meses. Quando Ana relatou que se tratava de uma emergência a atendente simplesmente a pediu para procurar um pronto-socorro ou que voltasse no dia seguinte para marcar então a consulta que tanto precisava (OLIVEIRA, 2009, p.83).

Novamente Ana busca o médico da Saúde da Família o qual solicita ele mesmo o exame da mamografia devido ao aumento do volume da secreção da paciente orientando-a a buscar no município vizinho uma unidade que realize o procedimento já que no atual município não realizava este tipo de exame. Ana

vai à procura de outra unidade em outro município e lá descobre que não pode realizar o tal exame sem o pedido do especialista (OLIVEIRA, 2009, p.84).

Ana agora tenta na capital buscar os recursos e o exame de que tanto necessita, porém descobre que na capital embora existam mais unidades de saúde, ou os equipamentos estão defasados ou quebrados, ou não existem profissionais capacitados para manusear tais equipamentos ou falta médico para dar o laudo ou os problemas eram os mesmos citados anteriormente (OLIVEIRA, 2009, p.84).

Através de uma amiga na capital que possui outro amigo que trabalha no Hospital Municipal, Ana finalmente consegue marcar o exame para dois meses sendo que necessitaria de mais quinze dias para o laudo estar disponível (OLIVEIRA, 2009, p.86).

Com o exame em mãos Ana procura novamente o médico da unidade da Saúde da Família do seu município e descobre que está com câncer e que ela irá necessitar de um novo exame: a biópsia (OLIVEIRA, 2009, p.86).

Como o médico já sabia das dificuldades de Ana para o primeiro exame ele mesmo solicitou na própria Secretaria de Saúde que o exame fosse agendado pelo próprio município, contudo Ana descobre que o exame só poderia ser realizado na Capital para mais dois meses de espera (OLIVEIRA, 2009, p.89).

Com a biópsia Ana descobre que o câncer era maligno e que agora ela teria que procurar tratamento com um mastologista, um especialista das mamas (OLIVEIRA, 2009, p.89).

O mastologista verifica o laudo médico de Ana, constata que o câncer dela era mesmo maligno e que ela teria que retirar parte da mama e para isso solicita vários outros exames, lembrando que o mastologista atendia apenas na capital e que Ana já despendeu de uma boa quantia do seu orçamento por conta de idas e vindas a capital (OLIVEIRA, 2009, p.89).

Quando o mastologista pede outros exames, Ana fica apreensiva, já que supunha ter que passar pelo mesmo processo citado anteriormente, contudo descobre que existe ali mesmo um setor de marcação de consultas. Em média Ana levou três meses para fazer todos os exames (OLIVEIRA, 2009, p.91).

Com os exames prontos Ana volta ao mastologista que faz a avaliação e conclui a necessidade da opinião de um patologista para saber se terá que retirar total ou parcialmente a mama. Ana consegue a cirurgia para três semanas depois (OLIVEIRA, 2009, p.90).

Decorrido este período Ana faz a cirurgia que ocorreu com sucesso mesmo com a retirada de toda a mama. Ela recebe alta do hospital e após outro período de três semanas começa o tratamento de quimioterapia, contudo ela teria que passar por um oncologista e também esperar por mais quatro semanas (OLIVEIRA, 2009, p.90).

Ao perceber que teria que esperar mais para poder continuar o tratamento Ana se desespera porque as despesas de idas e vindas à capital a estadia e outros fatores já pesavam sobre seu orçamento sem falar na família que estava longe e desamparada de seus cuidados, o médico mastologista então ajuda a sua paciente e intervém marcando ele mesmo a consulta com um médico de seu conhecimento para outra semana (OLIVEIRA, 2009, p.91).

Ana consegue concluir o tratamento e as quimioterapias, no entanto todo o processo: a descoberta, o atendimento e o tratamento da doença ficaram marcados em Ana como de grande sofrimento e dor. Ana estava mutilada não só fisicamente como psicologicamente apesar de não sofrer as dores físicas sentia-se insegura e infeliz na sua condição de saúde (OLIVEIRA, 2009, p.92).

Conforme Oliveira (2009, p.92) o caso de Ana retrata bem o sistema de saúde e as suas falhas. O conjunto: falta de profissionais, falta de uma boa organização, falta de aparelhos novos, falta de recursos levam uma assistência a saúde de má qualidade aos seus usuários.

Caso Ana obtivesse na primeira consulta o encaminhamento para um especialista, assistência para o caso de deslocar do seu município para capital, maior flexibilidade no agendamento das consultas e nos exames, pessoas mais qualificadas e comprometidas trabalhando, ou seja, profissionais menos sobrecarregados e que pudessem dedicar maior atenção ao ato de atender e prestar informações e mais recursos financeiros para municípios menores a tempo ágil, o sistema inteiro talvez fosse mais eficaz; não tratando apenas a doença em si, mas proporcionando a qualidade do bem estar do paciente.

Ceccim e Feuerwerker (2004), apud Campos (2003) relata que o trabalho das equipes e das organizações de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. Para o autor, “isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”. O que Ceccim e Feuerwerker (2004), apud Campos (2003) tenta defender é que “caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este trabalho foi idealizado através da constatação de que a sociedade em geral e principalmente as pessoas de baixa renda não estão devidamente preparadas para lidar com os percalços relacionados ao campo da saúde, seus benefícios, formas de atendimento dos órgãos responsáveis e a prática dos gestores.

Algumas teorias foram tratadas no desenvolvimento para demonstrar que já existem estudos voltados para melhorias nos sistemas atuais de saúde como é o caso da Atenção Primária a Saúde (APS), Estratégias da Saúde da Família (ESF), a Ética Profissional, a questão humanitária tanto do ponto de vista do paciente quanto ao do profissional de saúde.

O paciente fica a mercê da burocracia e hierarquização dos sistemas de saúde e o profissional de saúde precisa lidar com as normas regulamentadoras sem auferir a sua própria ética profissional e também proporcionar um atendimento rápido e eficaz.

No estudo de caso de Ana verifica-se que mesmo o médico solicitando exames específicos exemplo da mamografia o mesmo não pode ser realizado com rapidez e eficiência devido à própria burocracia dos locais de atendimento, no caso apenas um especialista no assunto pode solicitar ou prescrever tal exame.

O caso de Ana referenciado neste artigo como um exemplo da atuação dos sistemas de saúde evidenciou a existência de algumas falhas as quais podem vir a melhorar através de estudos bem delineados a respeito da causa e conseqüência sobre a ótica dos pacientes e tutela dos gestores de saúde.

No quadro a seguir tentou-se relatar algumas medidas para tornar o atendimento e o tratamento de melhor qualidade.

QUADRO 2 – Tópicos para melhora no atendimento e tratamento do Caso de Ana.

TOPICOS DO CASO DE ANA	
O Estudo de Caso de Ana	Eficácia
ANA ANTES DA DOENÇA	
Ana sai à procura de atendimento médico: Chega ao Posto de Saúde de seu município e após uma longa fila de espera, consegue atendimento, porém não consegue solução e nem o exame específico.	Triagem adequada, ou seja, o tratamento deveria em tese começar a partir do primeiro atendimento, geralmente na recepção, onde o profissional atento aos casos mais urgentes encaminharia o paciente para uma equipe multiprofissional (psicólogo, enfermeiro, assistente social e outros).
1ª Fase: Mamografia - Não consegue que o médico municipal solicite exames específicos porque o mesmo não é especialista; - Não consegue marcar o exame específico na cidade em que reside; - Forte burocracia que impede solução do seu problema.	Para tratar de exames mais específicos o próprio sistema de saúde local deveria encaminhar as pessoas para atendimento em outro lugar, poderia haver um Centro de Consultas Municipal responsável por encaminhar os pacientes aos locais mais adequados.
2ª Fase: Biopsia	Poderia haver Casas de Apoio nas capitais

Ana descobre que para realizar a biopsia precisa se deslocar para capital, ou seja, deslocar cerca de 200 km.

Ana não tem como se locomover por conta própria depende de seus próprios recursos para se deslocar e alimentar.

ANA DESCOBRE A DOENÇA

Ana necessita de tratamento adequado, nessa fase Ana começa a quimioterapia.

Ana descobre que vai precisar de mais um especialista pra seu caso, ou seja, um mastologista.

O médico sensibiliza-se com a situação de Ana e ele mesmo consegue marcar a consulta com o mastologista, para que a quimioterapia comece o mais rápido.

para que os pacientes pudessem ter como se manter fora de suas residências.

Deveria haver entre os municípios próximos Convênios para que os mesmos pudessem se auxiliar mutuamente no tratamento e controle de doenças.

Nos municípios pequenos deveria haver maneiras para que o próprio responsável pelo caso clínico ou um setor específico pudessem providenciar consultas a especialistas em casos de urgência e emergência. Já existe em algumas unidades de saúde o termo Gerente de Médicos o qual fica responsável pela parte burocrática de providenciar o adequado encaminhamento do paciente.

ANA NO TRATAMENTO

Ana já esta massificada com uma mama extraída e continua precisando de atendimento com consultas semestrais e consultas anuais.

Ana agora já sabe onde recorrer, não esta tão apreensiva quanto ao seu tratamento, mas a sua sensação de insatisfação e de instabilidade quanto ao seu futuro não foi totalmente sanada.

Fonte: autora

Fica evidente que houve falhas também no quesito da Atenção Primária a Saúde, ficou claro que Ana no seu primeiro contato com a entidade de saúde não conseguiu que seu tratamento tivesse continuidade e muito menos perspectivas de solução e sim apenas um prolongamento da situação já existente.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) denota que o profissional da saúde deve zelar e cuidar para que o paciente obtenha o apoio necessário para que o mesmo obtenha o máximo de satisfação decorrente de seu tratamento, nota-se que Ana não foi ouvida no seu primeiro contato com o sistema de saúde e não ouve uma equipe destinada a avaliar o caso da mesma.

Este artigo também denota a parte teórica e a prática acerca do tema de realizar o cuidado em saúde, partindo do foco pedagógico, de estratégias ligadas à noção e a apreensão de conhecimentos necessários para o bom cuidado com os pacientes.

Diferentes atos têm fundamentado as práticas de educação em saúde em diferentes momentos, ou seja, este trabalho também destaca a necessidade de se buscar uma articulação entre a realidade vivida, e o autocuidado, conhecimento e a prevenção da doença nas práticas educativas em saúde.

Tratar de temas relativos à educação em saúde não é pouco complexo e dentro desta perspectiva desenvolver um tema que reflete a discussões, contribui para um olhar mais qualificado, respeitando-se é claro os consensos já estabelecidos para a preparação da sociedade.

Através desse estigma surge a necessidade de se levantar informações que denotem a veracidade dos problemas abordados pelos profissionais em saúde juntamente com a sociedade para que o esclarecimento chegue de forma concisa e segura.

5 CONCLUSÃO

A análise das características do sistema de saúde de cada comunidade orienta a organização destes serviços estabelecendo o mais adequado a ser adotado levando sempre em consideração o entendimento entre usuários e profissionais do ramo da saúde, ou seja, o conhecimento das condições e da situação de cada necessidade em particular articulando concepções e propostas de dimensões éticas, culturais e humanitárias.

Este trabalho tentou englobar o modelo de atuação e funcionamento dos serviços de saúde iniciando com a atenção primária já que representa o primeiro ato, a porta de entrada do usuário para o sistema de saúde, logo após relata a questão da humanização, da ética e a questão da satisfação do usuário como ato pessoal e único.

O caso de Ana demonstra que ainda os sistemas de saúde precisam melhorar para se adequar de maneira mais eficiente aos casos de maior urgência de tratamento, adotando métodos mais rápidos nos quais a burocracia

atua como meio atenuante e não como empecilho e negligência dos serviços de saúde.

Conclui-se então, que para propor melhoras faz-se necessário também uma melhor reestruturação do próprio sistema de saúde, da capacitação, da própria atenção a saúde da participação interpessoal entre o profissional da saúde e dos usuários, atendo-se a questão ética e humanitária das famílias de cada região.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. S. **Paidéia e modelo de atenção**: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. Olho Mágico, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para área de saúde**: ensino, gestão, atenção e controle social. ABNT Digital. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2012.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. ABNT Digital. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 de janeiro de 2012.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS: O Caso de Ana**. 1ª ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar**: o que pensam os tomadores de decisão a respeito? São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RIBEIRO C. R. O. **O conceito de pessoa na perspectiva bioética secular**: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SANTOS, René. (Coord). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1ª. ed. Brasília: CONASS, 2011. 197p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).