

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA &
TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICTS)**

ROSANE MAGNUS VIEIRA

**EQÜIDADE NO ACESSO DA UNIDADE DE SAÚDE DO
JARDIM ITU**

Porto Alegre, novembro de 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA &
TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICTS)**

ROSANE MAGNUS VIEIRA

**EQÜIDADE NO ACESSO DA UNIDADE DE SAÚDE DO
JARDIM ITU**

Orientadores: Alcindo Antônio Ferla
Heloísa Helena Rousselet de Alencar

Porto Alegre, novembro de 2006

1 INTRODUÇÃO

A saúde, desde a década de 80, quando ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), movimento importante que deu início à inclusão do setor saúde no texto constitucional, deixou de ser vista como ausência de doença, mas, sobretudo, passou a ser resultante de fatores determinantes entre os quais podemos citar: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, além do acesso aos bens de serviços essenciais, incluindo a assistência à saúde.

Além da ampliação do conceito de saúde, teve-se historicamente a construção, dentro da Constituição, de princípios que orientariam o processo de organização e implementação do Sistema Único de Saúde: os princípios doutrinários e organizativos.

Dentre os princípios doutrinários destacam-se neste trabalho a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, que têm como finalidade dar a todas as pessoas o direito ao atendimento, considerando que todo cidadão é igual perante o SUS. Dessa forma, as pessoas são atendidas conforme as suas necessidades, ou seja, “tratar os desiguais, desigualmente”. Deve-se acrescentar ainda que cada um deve ser atendido em sua integralidade.

O princípio da Equidade recupera a ética e a justiça em valores e regras de distribuição e se distingue da igualdade como princípio que orienta estratégias de focalização, ao invés de estratégias de universalização (MEDEIROS, 1999 apud VIANA *et al.*, 2001, p. 17). A Equidade está pautada em um princípio de justiça social, sobretudo num país marcado por profundas desigualdades sociais – que é o caso do Brasil.

Pelo exposto, devem ser construídos esforços para assegurar a entrada da população no Sistema Único de Saúde, visando à garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira, assim como a garantia de que ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas.

2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A Unidade de Saúde do Jardim Itu está vinculada ao Grupo Hospitalar Conceição e foi construída, em 1992, com a participação da população. Essa unidade conta, atualmente, com quatro médicos, três enfermeiros, dois dentistas, sete auxiliares de enfermagem, dois auxiliares administrativos, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, oito agentes comunitários de saúde realizando ações assistenciais e grupos de prevenção, tais como: mulher (“Despertar”), hipertensos (“Bate Coração”), idosos (“Alegria de Viver”), entre outros. Por ser um centro de formação de profissionais para o SUS, a Unidade é composta também por uma residência multiprofissional, representando um amplo campo de aprendizagem para a formação desses profissionais, voltada basicamente para o trabalho no SUS.

Atualmente, a Unidade está construindo mudanças para facilitar o acesso para todos, por intermédio de uma porta de entrada mais adequada para nossa realidade local. Essa construção foi realizada em conjunto com a comunidade e com a equipe da Unidade de Saúde e com o Conselho Local de Saúde (CLS).

No entanto, no exercício laboral de coordenação da Unidade de Saúde, percebe-se que a população das áreas de risco, com maior vulnerabilidade social, não tem acessado aos serviços. Exemplificando, tem-se que a população, na maioria das vezes desprovida de informações, mediante as suas necessidades não tem procurado a Unidade de Saúde. Dessa forma, surgem diversos questionamentos: Será que estamos oferecendo verdadeiramente o que é preconizado pelas políticas de saúde? A equidade se faz plena? Estamos nos organizando para garantir o acesso aos grupos socialmente mais vulneráveis do sistema?

Tantos questionamentos sem resposta e respostas sem uma proposta que contemple as minorias do bairro, micro-áreas de risco e famílias de risco. É essencial estabelecer um diálogo junto à população dessa área para que ela se sinta também responsável pela busca de alternativas junto com a equipe de saúde, para que ambas possam participar das ações que melhorem as condições de saúde e de vida da população da micro-área de risco. É importante planejar ações que visem a uma melhor interação entre a Unidade de Saúde e essa população mais vulnerável, estabelecendo ações que promovam a participação dessas pessoas nos grupos que já existem, como por exemplo, o já citado “Bate Coração”, Grupo de Prevenção de

Doenças Cardiovasculares. Não podemos esquecer que os sistemas de informação contribuem com os meios para a construção do conhecimento em saúde. Esse conhecimento se aplica ao planejamento, à organização e à avaliação de ações e serviços.

O presente projeto objetiva avaliar o acesso dos grupos populacionais pertencentes à micro-área de risco, à Unidade de Saúde Jardim Itu, buscando caracterizar os possíveis pontos de exclusão, com vista ao planejamento de intervenções capazes de ampliar o acesso e sua inclusão nos programas oferecidos pelo serviço.

3 JUSTIFICATIVA

Com a concretização desta proposta, além do planejamento para a melhoria das condições de saúde do grupo a ser estudado, tem-se a possibilidade de aperfeiçoar as habilidades pessoais da pesquisadora, da equipe de saúde e da população da micro-área de risco, almejando, assim, o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos na busca pela melhoria na qualidade de vida. Conhecer as condições de acesso para qualificar à atuação, utilizando a informação para a tomada de decisões , prática avaliativa .

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso dos grupos populacionais pertencentes à micro-área de risco do Bairro Jardim Itu aos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde Jardim Itu.

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os possíveis pontos de exclusão, objetivando o planejamento de intervenções que possibilitem a ampliação do acesso e da inclusão nos programas oferecidos pela unidade;
- Verificar os principais serviços que a população da micro-área de risco busca.
- Processos de trabalho (deficiências).
- Vigilância Epidemiológica do território.

6 REVISÃO DA LITERATURA

Podemos ser excelentes profissionais, dominar o ofício como ninguém, mas se nada soubermos do nosso passado e de como trabalhar as diferenças sociais no dia-a-dia, exercitando a cidadania e autonomia dos usuários do Sistema Único de Saúde, não poderemos atuar como cidadãos e profissionais de saúde. É preciso saber o que está escrito na Constituição Federal de 1988, como trabalhadores da área da saúde, apoderar-nos desse conhecimento, compreendendo os artigos de número 196 a 200, que tratam do direito à saúde e da organização do SUS.

Merhy (apud PINHEIRO; MATTOS, 2005) alertava para a perda da dimensão cuidadora do trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias estruturadas e dependentes de equipamentos (tecnologia dura e leve-dura), com vista à objetivação de problemas de saúde e descontextualizando-os do universo de seus portadores (ou pacientes). A ênfase naquelas tecnologias diminuiu a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pelos profissionais e substituiu o diálogo de sujeitos pela intermediação de exames e procedimentos visando a um êxito técnico. O autor propõe uma retomada do foco de atenção à saúde de profissional-centrada (ou procedimento-centrada) em usuário-centrada, e vê o desenvolvimento de tecnologias de relacionamentos (tecnologias leves) como um meio de restabelecer os diálogos, acolher sofrimentos, resolver os problemas, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários (MERHY apud PINHEIRO; MATTOS, 2005, p. 79).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É também o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e

continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006).

Segundo Ferraz (apud TEIXEIRA, 2002, p. 91) a promoção da saúde é fundamentada na concepção de “campo de saúde”, assim, as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de Educação e Comunicação em saúde e na formulação de “políticas públicas saudáveis” nas várias esferas do governo - nacional, estadual e municipal.

O termo *acesso* pode ser definido por: ato de chegar ou entrar; chegada; ingresso; aproximação; promoção; ter acesso rápido. Podíamos continuar denominando *acesso*, mas esse não é o objetivo aqui. Nesse momento, pretende-se esclarecer a forma de entrada pelo usuário na rede Básica de Saúde. Em outras palavras, *acesso*, nesse sentido, é o meio pelo qual o usuário tem estabelecido a sua entrada aos serviços de Atenção Básica. Este deve ser facilitado de uma forma que não encontre barreiras que dificultem sua busca pelos serviços da Unidade de Saúde. A propósito, em 2003 foi estabelecida uma política de “HUMANIZAÇÃO” do SUS (Projeto “Humaniza SUS”), iniciando uma proposta de qualificar e facilitar a entrada aos serviços de saúde da rede básica, denominada de acolhimento (MERHY apud PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Em geral, essa divisão do território é sistematizada em Território-Distrito, Território-Área, Território Micro-Área e Território-Moradia. O Território-Distrito, como o nome indica, é o conjunto total espaço-populacional do sistema regionalizado, em geral, coincidindo com um limite ou uma definição político-administrativa, como um município, subdivisões municipais ou conjunto de municípios e corresponde a uma definida coordenação sanitária, de articulação interna e externa. O Território-Área seria a primeira subdivisão do Território-Distrito, devendo representar o espaço-população adstrita, que estabeleça vínculo e relação com uma Unidade de Saúde, permitindo a melhor relação e fluxo população-serviço, com essa unidade e outros fatores necessários e compatíveis com a atenção e saúde nesse nível. O Território Micro-Área seria uma subdivisão do Território-Área próxima ao conceito de “área homogênea de risco”, permitindo e objetivando contínua análise epidemiológica com identificação e enfrentamento continuado dos problemas de saúde.

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos genericamente como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e

instrumentos) utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido, um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde, tampouco um modelo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre os problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM apud TEXEIRA, 2002, p. 79).

Analisando os resultados de nossas pesquisas, em que o cotidiano das instituições de saúde é o *locus* da investigação, identificamos que os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta com a nos serviços de saúde, em face de determinado projeto político institucional (PINHEIRO apud PINHEIRO; MATTOS, 2005, p. 13). Observamos também que esses elementos se encontram relacionados a diferentes visões, mas coerentes, entre saúde, doença e cura. Contudo, ao se falar em atender os “problemas de saúde”, impedidos pelos profissionais e gestores como demandas expressas dos usuários dos serviços, logo, observam-se os limites e dificuldades de laborar respostas capazes de solucioná-los de fato (PINHEIRO, 2001).

Choo (2003) propõe um modelo no qual a necessidade de informação surja do ambiente de trabalho e dos papéis que o indivíduo desempenha na vida social, inclusive o profissional. As necessidades pessoais podem ser psicológicas, emocionais ou cognitivas. Os papéis profissionais e as necessidades pessoais são influenciados pelo ambiente de trabalho e têm dimensões socioculturais, político-econômicas e físicas. Em consequência disso, faz-se necessário estudar apropriadamente as necessidades de informação.

7 METODOLOGIA

7.1 População-Alvo

População pertencente à micro-área de risco do Bairro Jardim Itu.

7.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Serão analisados todos os prontuários dos usuários pertencentes à micro-área de risco atendidos nessa Unidade. As variáveis utilizadas neste estudo são:

- Número de pessoas que acessam os serviços;
- Número de pessoas que têm acesso aos programas oferecidos pela Unidade de Saúde;
- Motivo da consulta.

Além desses tópicos, serão verificadas as variáveis sociodemográficas tais como: sexo, grau de escolaridade, renda, número de filhos, número de pessoas por unidade habitacional, para estabelecer o perfil usuário.

Por meio dos dados fornecidos no prontuário, de acordo com as variáveis já citadas, após identificarmos os usuários dessa micro-área que não buscam a Unidade de Saúde, será aplicado um questionário para reconhecer o motivo dessa dificuldade. Na fase de aplicação do questionário, será utilizado previamente um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme Resolução 196 / 96 – CONEP / CNS.

8 CRONOGRAMA

Atividades	MESES					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Pesquisa Bibliográfica	X	X				
Avaliação dos Prontuários		X	X	X		
Aplicação dos Questionários				X	X	
Análise dos Dados				X	X	X
Apresentação e Publicação dos Dados						X

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. M. et. al. (org.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. VIII, 268p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIII Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: 1986.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: editora MS, agosto de 2002. [Reprodução fiel do original].
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Série Pactos pela Saúde, 2006. v. 4.
- BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde - **NOAS-SUS 01/2001**. Brasília: 2001.
- CAMPOS. G. W. S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de Saúde no Brasil. In: **Saúde em Debate**, n. 28, mar. de 1990.
- _____. (org.) **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.
- CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**. São Paulo: SENAC, 2003.
- FERNANDES F.; FUFT,C.P.; GUIMARÃES, M. F. **Dicionário Brasileiro Globo**. 19. ed. São Paulo: Globo, 1991.
- FIGUEIREDO, N. M. A. (org.) **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2005.
- FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Elaboração e Formatação. Explicação das Normas da ABNT**. 14. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2006. 307p.
- KAWAMOTO, E. E. (coord.) et. al. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

MARQUIS, B. L.; HOUSTON, C. J. **Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação**. Tradução de Regina Machado Garcez e Eduardo Schaan. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PINHEIRO, R.; MATTOS, Ruben Araújo de. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. 304p.

SCHNEIDER, J. O. et. al. **Realidade brasileira: estudo de problemas brasileiros**. 11. ed., atual. Porto Alegre: Sulina, 1993.

TEIXEIRA, Carmen (Org.); PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: 2002, 128p.

VIANA, S. M.; NUNES, A.; BARATA, R. B.; SANTOS, J. R. S. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Ipea-Opas, 2001.