

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB

Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva

ALAN ROSSANO DE SOUZA

**PERCEPÇÃO SOBRE O ACESSO DOS USUÁRIOS À ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS**

BOTUCATU

2012

ALAN ROSSANO DE SOUZA

**PERCEPÇÃO SOBRE O ACESSO DOS USUÁRIOS À ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS**

Dissertação de Mestrado apresentado junto ao
Departamento de Pós-Graduação da Faculdade
de Medicina Botucatu - UNESP, para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Avaliação e Desenvolvimento
de Tecnologías, Programas e Sistemas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

BOTUCATU

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Souza, Alan Rossano de.

Percepção sobre o acesso dos usuários à estratégia saúde da família : visão dos profissionais de saúde e dos usuários / Alan Rossano de Souza. – Botucatu : 127, 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino

Capes: 40602001

1. Sistema Único de Saúde (Brasil).
2. Programa Saúde de Família (Brasil).

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento; Atenção básica; Estratégia saúde da família; Sistema Único de Saúde.

Dedicatória

À minha esposa amada Kelen,
pelo apoio, incentivo e por vivenciar
este trabalho tanto quanto eu.
Acompanho e aplaudo a cada dia
o seu progresso pessoal e profissional.

As minhas filhas amadas,
Isadora e Isabella, vocês dão sentido à minha vida.

Ao meu cachorro Potter,
é inacreditável a energia positiva que recebo de você.

Agradecimentos Especiais

Aos meus pais,
Luiz Carlos e Fátima, por sempre acreditarem
no meu potencial.

À minha querida orientadora,
Profa Eliana, pela alegria contagiante e
pela militância por uma Saúde Pública
de qualidade.

Agradecimentos

A todos os funcionários da USF do Jd Peabiru,
pela contribuição no estudo e
pela convivência diária.

*Ao pessoal da Seção de Pós Graduação,
pela disposição em colaborar.*

*Ao Departamento de Saúde Pública,
à Lucilene pela eficiência e competência.*

*Ao NAP- Núcleo de Apoio Pedagógico,
à Rosane pela simpatia e auxílio concedido.*

*Ao pessoal da biblioteca,
pelas correções das referências (Meire) e
ficha catalográfica (Rosemeire).*

*À Juliana do GAP,
pelo abstract.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu,
por me liberar e autorizar a realização desta pesquisa na USF.*

*Aos membros da banca (Ana Cecília e Elen),
agradeço as críticas e sugestões valiosas.*

*A todos os colegas e professores
da Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
pelo convívio e aprendizado.*

SOUZA, A.R. **Percepção sobre o acesso dos usuários à estratégia saúde da família: visão dos profissionais de saúde e dos usuários.** 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

RESUMO

Objetivos: Este estudo tem como objetivo geral analisar o acesso às consultas em uma unidade de saúde da família, localizada em um município do interior paulista, segundo a percepção de profissionais de saúde e usuários. Tem como objetivos específicos verificar a preferência dos usuários e entendimento destes e dos profissionais de saúde em relação às consultas programáticas e não-programáticas, identificar a percepção acerca das diferenças e semelhanças destas modalidades de consulta e relacionar o acesso às necessidades de saúde dos usuários.

Métodos: O trabalho é de cunho qualitativo, no qual, os profissionais de saúde e usuários relataram suas percepções acerca do tema em questão, por meio de entrevistas semi-estruturadas, sendo estas gravadas e transcritas na íntegra. Para interpretação dos depoimentos dos participantes foi utilizada a análise de conteúdo, sendo que os temas relevantes foram agrupados em categorias.

Resultados e discussão: Foram identificadas as seguintes categorias: As ausências e o comparecimento às consultas agendadas, e a demanda espontânea: Visões nem sempre convergentes de profissionais de saúde e de usuários; a não diferenciação entre consultas programáticas e não-programáticas; e as necessidades de saúde dos usuários, por meio da percepção de profissionais de saúde e usuários. A facilidade de acesso às consultas eventuais e as divergências quanto à orientação sobre o acesso às consultas, foram apontadas pelos participantes como um dos motivos que influenciam ao não comparecimento dos usuários às consultas agendadas. Foi identificada a insatisfação profissional com o trabalho cotidiano realizado devido ao excesso de demanda espontânea, à cobrança da chefia, a insuficiência de ações e atividades voltadas à promoção e prevenção e o descontentamento com o salário, no caso dos agentes comunitários de saúde. Há uma tendência, de parte dos profissionais, de culpabilizar os usuários pela ausência à consulta programática e pela frequência excessiva no atendimento eventual. Identificou-se a percepção de que usuários e profissionais tem opiniões divergentes em relação aos propósitos de uma consulta agendada e de uma consulta eventual, no qual, a maneira como está organizada a unidade, pode estar favorecendo estes eventos. Foram reconhecidas também deficiências na formação e capacitação dos profissionais, indicando a necessidade de um processo de educação continuada e de revisão do modelo assistencial na sua prática, à medida que os profissionais reconhecem que o serviço vem se afastando das diretrizes da ESF.

Considerações finais: A pesquisa permitiu identificar que nesta USF há uma predominância de atendimentos voltados a doenças e queixas clínicas. Quanto ao acesso as consultas não houve diferença em relação a ser ou não agendada, identificou-se também, dificuldade ou ausência nas ações de promoção à saúde e prevenção das doenças. Revelou-se desvalorização da consulta agendada, excesso de demanda espontânea e insatisfação profissional dos trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, atenção básica, estratégia saúde da família, acesso aos serviços de saúde, acolhimento.

SOUZA, A.R. **Perception of users' access to the family health strategy: the view of health care professionals and users.** 2012. Thesis (Master's Program). Univ Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

ABSTRACT

Objectives: The goal of this study was to analyze access to consultation at a family health unit located in a city in São Paulo state according to the perception of health care professionals and users. It aimed at evaluating users' preference and their understanding as well as that of health care professionals in relation to programmatic and non-programmatic consultations, at identifying their perception of the differences and similarities of these consultation modalities and at relating access to users' health care needs.

Methods: It is a qualitative study in which health care professionals and users reported their perceptions concerning the topic in question by means of semi-structured interviews that were recorded and fully transcribed. Content analysis was used to interpret the participants' statements, and the relevant themes were grouped in categories.

Results and discussion: The following categories were identified: The absences from and attendance to scheduled consultations and spontaneous demand; The not-always convergent views of health care professional and users; the non-differentiation between programmatic and non-programmatic consultations; users' health care needs according to the perception of health care professionals and users. Easy access to occasional consultations and divergences concerning orientation about access to consultation were mentioned by participants as one of the reasons that influenced user's non-attendance to scheduled consultations. Professional dissatisfaction about everyday work was identified as a result of excessive spontaneous demand, requirements from bosses, insufficiency of actions and activities targeted at promotion and prevention and dissatisfaction about wages, in the case of community health agents. Professionals tend to blame users for their absence from programmatic consultation and for the excessive attendance to occasional care provision. The perception that users and professionals have divergent opinions in relation to the purposes of scheduled and occasional consultation was observed, and the way that the health unit is organized may favor such events. Deficiency in professionals' education and training was also observed, thus indicating the need for a process of continuing education and for a review of the care provision model in its practice, as professionals acknowledge that the service has been moving away from the ESF guidelines.

Concluding remarks: The study allowed for identifying that, at this USF, there is a predominance of care provision that is targeted at diseases and clinical complaints. As regards the excessive number of consultations, no difference was observed in relation to their being scheduled or not. Difficulty in or absence of health-promotion and disease-prevention actions were also identified. The devaluation of scheduled interviews, excessive spontaneous demand and professional dissatisfaction by health care workers were also shown.

Key words: Unified Health Care System, primary care, family health strategy, access to health care services, reception.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária a Saúde

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CONUS Conselho de Unidade de Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

FMB Faculdade de Medicina de Botucatu

JP Designação da Unidade de Saúde pesquisada

MS Ministério da Saúde

PSF Programa Saúde da Família

SIMIS Sistema Municipal de Informação em Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UNESP Universidade Estadual Paulista

USF Unidade da Saúde da Família

VD Visita Domiciliar

ABREVIATURA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

P ACS Profissional Agente Comunitário de Saúde

P AUX E Profissional Auxiliar de Enfermagem

P D Profissional Dentista

P E Profissional Enfermeiro

P M Profissional Médico

P P Profissional Psicólogo

U F Usuário Faltoso

U A Usuário Assíduo

Lista de anexos

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo II: Roteiros das Entrevistas aplicadas aos profissionais de saúde e aos usuários

Anexo III: Exemplos de entrevistas aplicadas aos profissionais de saúde e aos usuários

Sumário

Apresentação/Justificativa

1. Introdução.....	15
1.1.O SUS e a busca pela excelência nas ações.....	15
1.2.Do Programa à Estratégia Saúde da Família.....	21
1.3.As necessidades de saúde da população.....	27
1.4.O acesso à atenção básica no Brasil.....	30
1.5.Acolhimento na atenção básica.....	32
2. Objetivos.....	37
2.1. Objetivo Geral.....	37
2.2.Objetivos Específicos.....	37
3. Metodologia.....	38
3.1. Tipo de Pesquisa.....	38
3.2. Dados do SIMIS.....	40
3.3. Desenvolvimento do trabalho.....	40
3.4. Caracterizando o Local da Pesquisa.....	41
3.5. Participantes do estudo.....	42
3.6. Análise dos Dados.....	43
3.7. Aspectos Éticos.....	44
4. Resultados e discussão.....	45
4.1.Breve caracterização da saúde no município e na unidade pesquisada.....	45
4.2.Conhecendo os participantes.....	50
4.2.1. Sobre os usuários sujeitos da pesquisa.....	50
4.2.2. Dados e percepções relacionados aos profissionais de saúde participantes.....	52
4.3. Categorias de análise.....	67
4.3.1. As ausências e o comparecimento às consultas agendadas, e a demanda espontânea: Visões nem sempre convergentes de profissionais de saúde e de usuários.....	67
4.3.2. A não diferenciação entre as modalidades de consulta agendada e eventual.....	84
4.3.3. Necessidades de saúde dos usuários na ESF pesquisada.....	96
5. Considerações finais.....	106
6. Referências bibliográficas.....	110
Anexos.....	121

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	121
Anexo II: Roteiros das Entrevistas.....	122
Anexo III: Exemplos de entrevistas.....	124

APRESENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA

Minha trajetória profissional na saúde pública começou no estado do Tocantins em 1999, na cidade de Formoso do Araguaia, onde recém formado, realizava procedimentos curativos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o chamado “postinho de saúde”. Nesse momento, encantado com o início da carreira na odontologia, limitava-me ao aperfeiçoamento da técnica restauradora e cirúrgica e era cobrado para solucionar as dores da população carente. No ano seguinte, fui convidado a ingressar no atendimento indígena da comunidade Javaé, localizada na ilha do Bananal, município de Formoso do Araguaia, continuando com a proposta anterior de odontologia curativa. Ao chegar às aldeias presenciei a demanda que me esperava, composta por moradores com alto índice de cárie e destruição dental. Tratava-se do Programa Saúde da Família Indígena (PSI), cuja equipe era composta por médico, enfermeiro, dentista e auxiliares. Entretanto, o que me chamou a atenção foi o agente comunitário de saúde indígena, que trazia para a equipe de saúde a situação de sua comunidade. Comecei a perceber a importância da interação com a realidade da população e passei a valorizar aspectos de promoção e prevenção, como fatores essenciais para a mudança do quadro instalado.

Em 2001 fui convidado a atuar no PSI da comunidade indígena Krahô, na cidade de Goiatins – TO, onde fiquei por mais cinco anos. Devido a minha maior permanência nesse território, constatei a importância na criação de vínculo do profissional de saúde com os habitantes e as dificuldades e aprendizados impostos por culturas tão diferentes.

Em 2006, retornei ao estado de São Paulo e continuei minha trajetória profissional, iniciando na Estratégia Saúde da Família de Botucatu – SP, na unidade do Jardim Peabiru, local em que permaneço até os dias atuais. Tenho a minha disposição equipamentos e materiais de qualidade satisfatória e o desafio de melhorar a situação da saúde bucal dessa comunidade. O trabalho em equipe, as reuniões e conversas com outros profissionais e usuários do serviço de saúde, trazem a angústia do excesso de demanda espontânea, o desafio da qualidade na atenção do cuidado e todo o complexo trabalho que envolve a atenção básica; e é nesse contexto que o presente estudo está inserido.

Durante os seis anos de minha experiência profissional na unidade de saúde em questão me deparei com elevado número de faltosos às consultas agendadas nas áreas médica, odontológica e de enfermagem. Paralelo a isso, o excesso de demanda nas consultas eventuais, tumultua o atendimento dos profissionais e descaracteriza os preceitos desejáveis de uma unidade de saúde da família. A partir do questionamento sobre a percepção da presença de uma enorme demanda eventual à unidade de saúde e a necessidade de um trabalho mais centrado e organizado na consulta agendada iniciei esta pesquisa, porem no decorrer do estudo, outros aspectos foram se agregando e se apresentando com importantes fatores para a compreensão da organização do trabalho, tais como: satisfação profissional, capacitação e educação continuada, necessidades de saúde da população, sendo que esses fatores ampliaram o foco do estudo.

1. INTRODUÇÃO

A expansão da atenção básica à saúde no Brasil, após a criação e implantação do Sistema Único de Saúde, e na sequência o início do Programa de Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família, deve ser considerada uma conquista relevante da sociedade brasileira e do movimento de reforma sanitária, porém a busca pela excelência na qualidade do cuidado à saúde é pauta de discussões em todas as esferas da saúde. Os desafios atuais para tornar as diretrizes e princípios do SUS e da atenção básica em prática concreta esbarra em problemas como o sub financiamento da saúde pública em nosso país, entre outros obstáculos. Na prática, a organização do trabalho na atenção básica centrada no atendimento aos casos eventuais, casos extras ou demanda espontânea, tem feito com que as unidades de saúde realizem quase que exclusivamente intervenções de caráter individual e curativas, com ênfase em terapêuticas medicamentosas e intervencionistas (PEREIRA et al., 2011). Com isso é necessário que gestores, universidades, trabalhadores da saúde e população unam esforços e discutam, de forma ampla, novas maneiras de organização dos serviços ofertados nos municípios, estados e federação, as interações entre estes e a perspectiva de uma atenção básica que responda de forma organizada às necessidades demandadas pela população, sem descaracterizar o modelo assistencial proposto, sempre buscando o equilíbrio e a integração entre as ações assistenciais e as de promoção e prevenção, com intenção de qualificar as ações na ESF e por consequência fortalecer o SUS.

1.1.O SUS E A BUSCA PELA EXCELÊNCIA NAS AÇÕES

Inúmeras discussões a respeito de um sistema de saúde justo e igualitário, com organização baseada na equidade, nas necessidades regionais e dos usuários, percebendo a saúde como um direito, vêm ocorrendo desde a Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970, com propostas de mudança na organização do sistema de saúde (BRASIL, 1986).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, no ano de 1978, estabelece por meio da Declaração de Alma Ata, a

participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo, promovendo políticas públicas de saúde, e visando o bem estar físico, mental e social, sendo esses direitos fundamentais aos seus habitantes, enfatizando principalmente os cuidados primários. A Declaração evidenciou também a saúde como a meta social mundial importante e para que isso aconteça é necessário integrar setores sociais e econômicos (SOUZA; COSTA, 2010).

Segundo Mattos (2001) com a criação, na década de setenta, do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), consolidou-se a divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública, de competência do Ministério da Saúde, e pela assistência médica, da alçada do Ministério da Previdência Social. Essa dicotomia na estrutura do sistema de saúde foi criticada devido ao fato da assistência médica e a saúde pública serem pensadas independentemente, surgindo então discussões e propostas de unificação da parte assistencial com a de saúde pública. No final da década de oitenta ocorre a criação do Sistema Único de Saúde, que se consolida com a incorporação (e posterior extinção) do INAMPS pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, a partir da década de 1980, ocorre um movimento coletivo que buscava mudanças políticas voltadas à redemocratização do país, as quais foram intensificadas por meio de manifestações populares, pela eleição direta de um presidente civil, e na esfera da saúde, uma atenção abrangente, democrática e igualitária:

[...] tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, entre outros, o que culminou com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente (SOUZA; COSTA, 2010, p. 511).

Nos anos seguintes, os brasileiros continuaram sofrendo com profundas desigualdades, desemprego, conflitos sociais, grande contingente de miseráveis, enfrentando filas intermináveis na busca de assistência à saúde, resultando numa grande insatisfação popular (SOUZA; COSTA, 2010).

Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de 4000 pessoas, sendo 1000 delegados com direito a voz e a voto e com temas referentes à ampliação do conceito de saúde, de um novo Sistema Nacional de Saúde, a

separação da saúde da Previdência e a orientação da política de financiamento da saúde (BRASIL, 1986).

Batista e Gonçalves (2011) relatam que nos anos de 1980, a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e a VIII Conferência foram importantes para diversas conquistas ocorridas no processo de reorganização do sistema de saúde no Brasil. Depois de muitos conflitos e diferenças de interesses, a Constituição Federal Brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito de todos os indivíduos e um dever do Estado, sendo assim, criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde firmou-se como instrumento para assegurar o direito e o acesso à saúde para toda a população, com qualidade nos serviços, auxiliando também na elaboração da nova Constituição Federal do Brasil e instituindo como objetivo primordial, um sistema de saúde com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal. Assim, houve a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que se transformou progressivamente em SUS (SOUZA; COSTA, 2010).

Em 1990, com a implantação do SUS, iniciou-se a organização de um sistema nacional de caráter público, que seguia princípios e diretrizes comuns a todo o país e regulado a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 – Leis nº 8080/90 e nº 8142/90 (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

[...] ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p. 04).

A criação do SUS foi um grande movimento de inclusão social e representou, em termos constitucionais uma afirmação política de compromisso do Estado com os direitos dos cidadãos brasileiros (SOUZA; COSTA, 2010).

A construção do SUS é guiada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, e estabelece o reconhecimento dos problemas de saúde da população de

uma determinada área, levando em conta as diversidades locais. A Lei nº 8.080/90, dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde e organização do funcionamento dos serviços correspondentes (ANJOS et al., 2010).

Como já mencionado, através da Constituição Federal e das leis orgânicas Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, afirma-se que o SUS com seus princípios doutrinários e preceitos constitucionais de universalidade (acesso da população aos serviços de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não mais fragmentadas) representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, ainda há muito a evoluir no sentido de promover as transformações necessárias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar (SOUSA, 2008).

Há também alguns princípios que regem a organização do SUS, ou seja, trata-se de formas de concretizá-lo na prática, como: regionalização e hierarquização (organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, dispostos numa área geográfica delimitada, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida, sendo que o acesso das pessoas à rede deve acontecer pelo nível primário de atenção, o qual necessita estar qualificado para resolver os problemas que demandam serviços de saúde, o que não couber a este nível de atenção deve ser referenciado para os serviços de maior complexidade tecnológica); resolubilidade (o serviço de saúde procurado deve ser resolutivo até seu nível de competência); descentralização (redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo, prestando serviços com maior qualidade e possibilitar o controle e a fiscalização pelos cidadãos, passando a responsabilidade da saúde para o município e dotando-o de condições gerenciais, administrativas, técnicas e financeiras para exercer esta função); participação dos cidadãos (por meio de entidades representativas a população participa do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, desde o nível federal até o local, por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde); complementaridade do setor privado (quando houver necessidade de contratação de serviços privados, devem ser seguidos os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, tendo prioridade os serviços não lucrativos) (BRASIL, 1990).

Ainda em relação aos princípios doutrinários, Mattos (2001) assume a integralidade não apenas como uma diretriz do SUS, mas como uma “bandeira de luta”, capaz de nortear as características desejáveis para as instituições de saúde, bem como suas práticas, com valores relacionados a ideais de uma sociedade mais justa e solidária. Esta luta é, portanto, travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas reuniões de técnicos e gestores do SUS, nos seus diversos níveis. Este autor cita como exemplo a resposta governamental brasileira à AIDS, como a que mais se aproxima do princípio da integralidade, pois abarca tanto a perspectiva preventiva como a assistencial, ou seja, o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os anti-retrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas.

Cecilio (2001) trabalha com os conceitos de integralidade focalizada e integralidade ampliada, sendo que, no primeiro, deve prevalecer, no encontro entre usuário e a equipe, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pela pessoa que busca o serviço, sendo estas apresentadas ou codificadas em alguma demanda específica. Já no conceito de integralidade ampliada, este ocorre mediante uma articulação entre os serviços de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor saúde.

Para Batista e Gonçalves (2011) apesar de todas as conquistas do SUS, o cuidado à saúde, a distância do indivíduo nos processos de cuidado e as diferenças de pensamentos entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde têm gerado grande tensão na construção do modelo de saúde almejado, reduzindo, algumas vezes, o acesso do usuário ao sistema de saúde.

Segundo Campos (2007) dentre as dificuldades presentes no SUS apresentam-se as relacionadas há insuficiência de recursos financeiros, no qual, a média *per capita* nacional de mais ou menos 300 reais/habitante/ano, seria insuficiente para assegurar atenção universal, equitativa e integral. Por outro lado, há também o desafio de se mudar o modelo de atenção, ou seja, desenvolver um modo de produção de saúde que seja mais eficaz e opere com menos custos. Este autor afirma ainda que o modelo de saúde brasileiro é híbrido, combinando um formato tradicional com novos modos de atenção.

Nos últimos 20 anos, inúmeras estratégias importantes para a reorganização e humanização do SUS vem sendo implementadas como a Estratégia Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Depois de seguidas queixas acerca da qualidade do contato humano, o Ministério da Saúde teve a iniciativa de elaborar uma proposta de trabalho voltada para humanização dos serviços de saúde, implicando na valorização do potencial humano e numa compreensão de equipe, na qual, o atendimento humanizado ao usuário deve caminhar de mãos dadas com o atendimento humanizado ao profissional de saúde. Por isso, é necessário estimular um ambiente de cuidado que envolva a gestão, equipes de trabalhadores e usuários, ou seja, um ambiente onde todos cuidam e são cuidados (BRASIL, 2004b).

De acordo com Campos (1998) o trabalho coletivo na saúde assume característica do sistema de produção capitalista, sendo organizado de forma “taylorista”. As atividades produtivas são fragmentadas em diferentes parcelas e executadas por trabalhadores especializados em cada uma das ações necessárias ao cumprimento da tarefa, determinando a padronização das tarefas de forma hierarquizada e afastando o profissional da saúde do controle do processo de cuidado, com isso há perda da autonomia e alienação desse profissional, excluindo o trabalhador do processo criativo e das decisões sobre o cuidar.

A organização dos serviços na saúde deve permitir que o acesso dos usuários não se configure pelo número de portas de entrada existentes na rede ou pelo volume de demanda, esta organização deve objetivar a qualidade do cuidado prestado. Os avanços na esfera da saúde pública são inegáveis, porém esbarram em aspectos como: formação e capacitação profissional distante da realidade e necessidade brasileira, ausência de educação continuada após o ingresso dos trabalhadores nos serviços, dificuldade ou reduzida participação da população no controle social do SUS e influência da gestão municipal na (des)caracterização dos preceitos desejáveis para a atenção básica, além da falta de recursos financeiros destinados à saúde.

Cecílio (2011) chama a atenção sobre a necessidade de discutirmos o campo da micropolítica da produção do cuidado em saúde, definido como o local onde se realiza o ato último de cuidar, na intimidade dos serviços de saúde e no trabalho das equipes junto aos usuários.

Ao discutir as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde, Cecílio (2011), nos apresenta o conceito da dimensão sistêmica da gestão do cuidado como uma dimensão que constrói conexões entre os serviços compondo redes de cuidado e visando a construção da integralidade do cuidado, ou seja, a transformação do modelo de pirâmide, constituída por serviços de complexidade crescente, interligados por processos de referência/contrarreferência, em um modelo de redes de cuidado construídas pela ação dos usuários, trabalhadores e gestores.

1.2.DO PROGRAMA À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, começou a se construir o Programa Saúde da Família (PSF) em 1991, quando o Ministério da Saúde (MS) formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) visando reduzir as mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, estendendo a cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres. A partir daí, o MS pela grande contribuição dos agentes comunitários nos serviços básicos de saúde começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de cobertura por família (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal, tendo como principais estratégias a reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais, levando em conta a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, o PSF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores sociais comprometidos com um novo modelo, que valorize as ações de promoção e proteção à saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas, estabelecendo uma nova maneira de fazer saúde, na qual, a

compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença ofereçam subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

O PSF é uma estratégia política criada para promover a organização das ações na atenção básica e nos sistemas municipais de saúde; estando inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS, fundamentando-se em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

O PSF incorpora os princípios do SUS e aparece como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes e uma nova maneira de realizar as ações e serviços de saúde. No intuito de mudar o modelo assistencial mecanicista e biomédico, se propõe a transformação do modelo médico, medicalizador, curativo e individual, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional com foco na família e na comunidade (GOMES et al., 2011).

De acordo com Sisson (2007) o PSF alinha-se a um grupo de propostas de modelos de reorganização da assistência à saúde, com iguais características que vem sendo recomendadas a partir da segunda guerra mundial, por organismos nacionais e internacionais, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. São modelos da Medicina ou Saúde Comunitária, Medicina ou Atenção Integral à Saúde, Atenção Primária de Saúde e Atenção Básica de Saúde.

Ao lado de dimensões “humanistas” “meta relativa ao bem-estar físico, mental e social do ser humano” e de transformação social, associam-se racionalidades econômicas, científicas e técnicas, procurando sustentar sua inserção e articulação às políticas de saúde e aos contextos em que se desenvolvem (SISSON, 2007, p. 88).

Com o crescimento do PSF, a partir de 1997, o MS propõe uma nova interpretação para o programa, que passa a ser compreendido como estratégia. O então Programa Saúde da Família se torna Estratégia Saúde da Família, assumindo um caráter substitutivo do modelo tradicional, atuando como porta de entrada para o sistema de saúde e tendo acentuada expansão no número de equipes em todo país (HENRIQUE; CALVO, 2008).

A ESF fundamenta-se em quatro dimensões exclusivas da Atenção Primária à Saúde (APS): atenção ao primeiro contato (APS como porta de entrada para as

demandas de saúde e sua aptidão em combater problemas amplos, heterogêneos profundamente influenciados pelo contexto social), longitudinalidade (demanda a existência de aporte regular de cuidados à saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, numa relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias), integralidade (prestação de serviços que supram necessidades comuns da população adscrita, junto à oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que geram as doenças) e coordenação (garantir a continuidade da atenção, de forma integrada e organizada, reconhecendo os problemas que necessitam seguimento contínuo) (STARFIELD, 2002).

Ao incorporar a família como eixo principal, a ESF deve incorporar a dimensão da gestão do cuidado à família como aquela que “assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas” (CECÍLIO, 2011, p. 591). De acordo com o autor é uma dimensão da gestão do cuidado que se localiza no mundo da vida e tem como atores as pessoas da família, amigos e vizinhos.

Dizer isso não é imaginar um mundo sem dificuldades e contradições. Basta lembrar as relações conflituosas que se apresentam nesse campo, em particular aquelas entre cuidadores e cuidados, como consequência da complexidade dos laços familiares, da sobrecarga de trabalho para os cuidadores, das exigências permanentes para a realização do cuidado (CECÍLIO, 2011, p.591).

A consolidação dessa estratégia deve ser sustentada por um processo que substitua a rede básica de serviços pouco integrados nos municípios, por resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Os resultados têm se mostrado positivos quando se referem aos principais indicadores de saúde das populações que são assistidas pelas equipes saúde da família (BRASIL, 2004).

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial do PSF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 1996). Deste modo, a ESF exige uma mudança estrutural na formação e nas

práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores (RONZANI; RIBEIRO, 2003).

Para Cecílio (2011) o encontro entre profissionais e os usuários nucleia o território da micropolítica em saúde e essa dimensão é dirigida por elementos que lhe atribuem maior ou menor habilidade de produzir o bom cuidado, ou seja: a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico (dar resposta ao problema do usuário por meio de sua experiência e formação); postura ética profissional, mobilizando o que sabe e o que pode fazer para atender o melhor possível as necessidades dos usuários; capacidade de construir vínculo com os que necessitam de seus cuidados.

Em estudo realizado por Oliveira e Alves (2011, p. 29) foi constatado que: “não estamos formando pessoal em quantidade ou qualidade necessária para as atuais necessidades, nem para enfrentar os desafios de ampliar o acesso e nem para melhorar a resolubilidade da atenção à saúde”. Em seu trabalho, metade dos estudantes de medicina relataram ausência de discussão sobre mercado de trabalho, 16% deles consideram que o seu curso discute política de saúde, desde o primeiro ano da graduação. Embora 60% dos estudantes informem que utilizam como cenários de práticas as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais da rede SUS, um número bem menor (21% dos alunos) considera que seu curso estabelece relações com atividades comunitárias. Assim, novas propostas de formação profissional precisam ser ampliadas se buscamos uma formação que valorize a atenção primária e a ESF como cenário de trabalho aos futuros profissionais da saúde.

De acordo com Campos (2007) a ampliação da clínica e das práticas sanitárias somente será possível caso ocorra uma reorganização do conhecimento, um amplo processo de capacitação para as equipes, com abordagem em técnicas pedagógicas e estratégias que lidem com a subjetividade. Com isso pretende-se reorganizar os modos como se trabalha e possibilitar a construção de padrões razoáveis de vínculo.

Para Conill (2008),

Apesar da enorme influência da medicina hospitalar, a figura do clínico geral ou do médico de família talvez simbolize ainda hoje uma imagem idealizada da medicina. Esse tipo de prática foi se configurando com formas e importância distintas em diversos países sendo atualmente denominada de atenção primária, o que inclui, algumas vezes, o

exercício de especialidades básicas ou a presença de outros profissionais (p.7).

Na ESF, o foco é a família no seu espaço físico e social, o que possibilita à equipe de saúde uma visão ampliada do processo saúde-doença, permitindo intervenções além das práticas curativas (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010).

Os profissionais de saúde influenciam de maneira decisiva no sucesso do trabalho das equipes de saúde da família, sendo que os mesmos devem possuir uma visão sistêmica e integral do indivíduo/família e comunidade em que esta população está inserida.

Estes profissionais devem ser capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e resolutiva que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Também devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade atendida, articulando os diversos setores envolvidos na promoção de saúde. E para que isso aconteça, devem interagir com a comunidade, mobilizando-a e estimulando sua participação (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010, p. 2612).

Importante também é saber como a população adscrita às equipes de PSF avalia o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento (RAMOS; LIMA, 2003). Ainda sobre a participação da população no cotidiano dos serviços de saúde, quando é questionada a participação popular via conselhos municipais de saúde, temos a impressão de que os usuários são vistos ora como aqueles que estão de fora, por sua própria culpa, necessitando ser mobilizados e educados (VALLA, 1998), ora como fiscais que, de alguma forma, atrapalham o andamento do trabalho da equipe (CREVELIM, 2005).

De acordo com Brasil (2004) o trabalho das equipes acontece nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado, por possuir um território definido e população delimitada, intervindo nos fatores de risco que a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade e:

[...] por realizar atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2004, s.p).

Segundo Campos (2007) o trabalho nas unidades de saúde da família é bastante complexo e difícil devido à exigência de integração das funções clínicas, da saúde coletiva e de acolhimento. O autor menciona que no hospital predomina a função clínica, no pronto socorro a de acolhimento, já na atenção básica há o desafio de articular estas lógicas, que apresentam pontos de convergência e se vinculam a espaços institucionais específicos com saber e organização próprios.

Existem 11 aspectos básicos fundamentais para a organização de uma Equipe de Saúde da Família: definição do território de abrangência; adscrição da clientela; diagnóstico populacional de saúde; organização da demanda; trabalho em equipe multiprofissional; enfoque da atenção à saúde da família e comunidade; organização de ações de proteção à saúde; resgate da medicina popular; estímulo à participação e controle social; organização de um espaço de co-gestão coletiva; e identificação dos serviços de referência secundária e terciária (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004).

De acordo com Campos (2007) valorizar a atenção básica implica na capacidade em resolver problemas individuais e coletivos, ampliar ações de promoção e prevenção, rearticular serviços especializados e de alta complexidade segundo diretrizes de humanização, adotar práticas alternativas e promover a reengenharia dos serviços de saúde com base na humanização das ações.

No presente estudo utilizaremos como foco a atenção primária, conforme proposta de Conill (2008), que define a atenção primária enquanto política de reforma setorial ou como política de reorganização do modelo assistencial.

1.3.AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Para Cecilio (2001) o desafio de conceituar necessidades de saúde passa pela intenção de aproximação e implementação deste conceito pelos trabalhadores de saúde em seu cotidiano, permitindo fazer uma mediação entre a complexidade deste tema, com intuito de uma atenção mais humanizada e qualificada.

Para Egry et al. (2009) dentre os sentidos das necessidades em saúde está a concepção de processo saúde-doença, que é determinado historicamente através da inserção dos indivíduos na sociedade e pela forma que se relacionam entre si e com a natureza.

Segundo Hino et al. (2009) as necessidades em saúde são social e historicamente determinadas, não expressam apenas necessidades médicas, expressam os modos de vida, com suas carências e vulnerabilidades, e expressam as condições necessárias para o gozo da vida. Considerar as necessidades de saúde da população nas práticas e ações de saúde implica no esforço das equipes em atender as demandas trazidas pelos usuários, isso poderá proporcionar um serviço mais eficiente no sentido da escuta e atenção a essas necessidades.

De acordo com Mattos (2001) um dos sentidos da integralidade refere-se à capacidade dos profissionais em reconhecer que, as necessidades dos que buscam os serviços de saúde, não se reduzem à perspectiva de suprimir o sofrimento causado por uma doença, ou à perspectiva de evitar tal sofrimento, e sim buscar a compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde envolvidos, implicando superar reducionismos.

Sendo assim, é necessário repensar a organização do sistema de saúde, pois as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários podem permanecer mascaradas, dependendo da organização do serviço, considerando que, os acessos ao sistema de saúde e às suas tecnologias não acontecem de maneira equitativa (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Estes autores ainda destacam que o profissional que atua na área da Saúde Coletiva deve buscar compreender o desejo do usuário, e, procurar caminhos para uma assistência mais humanizada e qualificada. Para isso, torna-se imprescindível a educação continuada, em que os profissionais de saúde consigam reorganizar o processo

de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde, pautados nas necessidades de saúde dos indivíduos. Enfatizam também a importância de despertar os profissionais, desde a graduação, sobre essa temática e o modo de lidar com tais conceitos no processo assistencial

A Saúde Coletiva precisa responder a uma rede de necessidades de saúde da população, juntamente com uma rede de interesses. Isso faz com que os projetos de atenção à saúde sejam resultado de confrontos entre as necessidades: de saúde da população, dos trabalhadores, gestores, das políticas públicas, dos autores dos programas, órgãos financiadores, entre outras (CAMPOS, 2004).

Segundo Campos e Bataiero (2007) mesmo a Saúde Coletiva sugerindo e fundamentando modificações na organização dos serviços de saúde para atender às necessidades de saúde dos indivíduos, os serviços não conseguem responder a muitos deles.

Responder as necessidades de saúde denota implantar ações de trabalho intersetoriais, reconhecendo as necessidades das diversas classes sociais do território (CAMPOS; MISHIMA, 2005). Estes autores sugerem que necessidades de saúde são: necessidade da presença do Estado garantindo diversos serviços que promovam o bem-estar social dos indivíduos e que sua ausência vincula-se à falta de acesso a direitos universais, como bens produzidos nos serviços públicos; necessidades de reprodução social que formam a base do processo saúde-doença (diferentes maneiras de produzir e consumir na sociedade); necessidade de participação política que permite a discussão e o embate das necessidades e interesses das classes e grupos da sociedade civil, prevendo os direitos antes dos interesses.

Merhy (1998) aponta que para delinear o cuidado em saúde é preciso levar em consideração as necessidades das populações e deste modo, os serviços precisam estar organizados para lidar com elas, entendendo os sentidos de sua natureza, no encontro dos sujeitos implicados (na produção e consumo de saúde), buscando promover a autonomia dos indivíduos. Assim, se faz necessário que os serviços de saúde incorporem tecnologias leves que se concretizam em algumas práticas, como, por exemplo, o acolhimento e o vínculo. Para este autor, qualquer abordagem assistencial de um profissional de saúde para um usuário acontece por meio de um trabalho relacional entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, produzindo intersubjetivamente

momentos de fala, escuta e interpretações, momentos de cumplicidade em que se produz responsabilização sobre o problema, momentos de confiabilidade, para a produção de vínculo e aceitação. Quando se consegue intervir nos problemas dos usuários, torna-se maior a probabilidade de resolubilidade da assistência oferecida a ele.

Segundo Cecilio (2001) as necessidades de saúde podem ser apreendidas e organizadas em quatro grandes conjuntos:

- ✓ Ter boas condições de vida (a ênfase pode ser em fatores ambientais e externos como determinantes do processo saúde-doença e também nos diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como explicações mais importantes para as maneiras de adoecer e morrer, ou seja, a forma que uma pessoa vive explica as diferentes necessidades de saúde);
- ✓ Ter acesso e poder utilizar todas as tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida (a hierarquização da importância no consumo das tecnologias deveria ser estabelecida pelos profissionais técnicos e também pelas pessoas de acordo com suas reais necessidades);
- ✓ Criação de vínculo entre equipe de saúde e usuário numa relação de confiança contínua, intransferível e calorosa;
- ✓ Compreender que as pessoas possuem graus crescentes de autonomia no seu modo de viver, possuindo informação e educação em saúde como parte do processo de construção dessa autonomia.

Um estudo de Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) que teve o objetivo de conhecer o conceito de necessidades de saúde, segundo a percepção de usuários de um serviço de saúde do interior paulista, verificou que os usuários se sentiam auxiliados pelo serviço de saúde, quando havia a necessidade de acesso às tecnologias assistenciais, aos profissionais de saúde e a medicamentos, porém encontravam dificuldade de acesso a exames e consultas fora da unidade, especialmente com especialistas.

No estudo de Corrêa et al. (2011), estes afirmam que quando as necessidades de saúde dos usuários não são atendidas em tempo hábil, ocorre a busca por atendimento em serviços de maior complexidade, o que proporciona uma inversão do fluxo das referências e gera descrédito do serviço e dos profissionais da saúde.

Para Cohn, Westphal e Elias (2005) atender às necessidades de saúde da população significa buscar a raiz de seus problemas, sendo que, isso está longe das perspectivas das autoridades municipais, em nosso país.

1.4.O ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Diversos estudos apontam que com a implantação do SUS e na sequência a ESF, tem sido possível reorganizar a atenção básica, ampliando-se o acesso da população aos cuidados de saúde (VIANA; DAL POZ, 2005; THUME et al., 2010).

O direito à saúde está assegurado devido à aplicação dos princípios organizativos e doutrinários do SUS, a partir da corresponsabilidade e da solidariedade dos entes federados, dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários (SCHUARTS et al., 2010).

De acordo com Azevedo e Costa (2010) o conceito de acesso aos serviços de saúde implica em considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas. A experiência de acesso dos indivíduos com os serviços de saúde diz muito sobre a capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades, sobre a garantia do direito a ter saúde e deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária. A expansão da cobertura da atenção básica proporcionada pela ESF tem sido espantosa, o que possibilitou um salto na cobertura populacional, no entanto, a oferta desses serviços parece não satisfazer as necessidades dos usuários, pois não oferece integralmente o acesso, limitando, na prática, os objetivos da ESF.

Chaves et al. (2010) afirma que o acesso da população aos serviços de saúde pode ser definido como a capacidade de utilização, destes serviços, por usuários potenciais, incluindo as dimensões organizacional e geográfica que podem facilitar ou dificultar a sua utilização.

A relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população. É o pilar de sustentação da dimensão econômica aos serviços de saúde (JESUS; ASSIS, 2010, p. 164).

A maior ou menor utilização dos serviços de saúde pela população está associada “a oferta adequada de procedimentos segundo as necessidades populacionais, a acessibilidade geográfica e organizacional, além da definição de um profissional de saúde para o acompanhamento de cada caso” (CHAVES et al., 2010, p.1006).

O acesso dos indivíduos no contato direto ou indireto com os serviços de saúde está relacionado à capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades e a garantia ao direito de ter acesso à saúde, que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Acesso e acessibilidade têm significados complementares, sendo que a acessibilidade permite que os indivíduos cheguem aos serviços e o acesso possibilita o uso adequado dos serviços para obter os melhores resultados possíveis. O acesso é a primeira condição para que a atenção primária se torne porta de entrada ao sistema de saúde, sendo imprescindível a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (STARFIELD, 2002).

Fekete (1996) aponta quatro dimensões da acessibilidade: dimensão geográfica (faz referência a aspectos físicos que impedem o acesso e a distância entre os indivíduos e os recursos); dimensão organizacional refere-se a obstáculos surgidos na maneira de organização do serviço (demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário, demora na espera pelo atendimento continuidade da atenção, referência e contra-referência); dimensão sociocultural tem relação com as expectativas da população (percepção sobre a seriedade de sua doença, medo do diagnóstico, crenças) e do sistema de saúde (formação dos profissionais, falta de preparo das equipes perante a diversidade de usuários com diferentes características socioculturais), dimensão econômica faz referência ao dispêndio de tempo, energia e recursos financeiros para buscar e obter assistência, gasto com tratamento e prejuízos por perda de dias de trabalho.

Ainda na dimensão geográfica do acesso, Azevedo e Costa (2010) citam que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços, ou seja, quanto menos especializados, mais próximos localizam-se da população, e o inverso é verdadeiro.

Em estudo recente Peres et al. (2012) apontam que houve:

[...] avanço considerável na redução das desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil de 1998 a 2008. Entretanto, as desigualdades entre os grupos sociais ainda é grande e podem ser consideradas ética e politicamente inaceitáveis, uma vez que revelam desvantagens de acesso e de utilização dos serviços odontológicos entre os mais pobres (p. 257).

O acesso é um elemento essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, podendo ser útil na mensuração da satisfação do usuário acerca do atendimento recebido. O acesso é determinante na seleção do serviço e no estabelecimento do vínculo, e é expresso através da ampliação e frequência com que o usuário utiliza os serviços ofertados ou os que serão incorporados, dependendo da demanda ou necessidades epidemiológicas que se abrem à produção de novas necessidades de saúde, e a percepção que usuário tem da entrada no serviço de saúde desejado (SCHUARTS et al., 2010).

De acordo com Mattos (2004), defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, implica em assumir o acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com articulação das lógicas de prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde.

1.5. ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

O acolhimento é uma ação presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, no qual faz parte a atitude de receber, integrar e incluir, por oposição a atitude de segregar, dificultar o acesso e excluir, procurando atender a todos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A atitude de acolher, de acordo com Brehmer e Verdi (2010) pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde, sendo necessária uma consciência de cidadania. Deve-se reconhecer nas estratégias propostas pelo SUS um caminho para exercer o direito ao acesso universal e conquistar a integralidade e a equidade da assistência à saúde. Nesse

contexto, o espaço do acolhimento na ABS compõe um potencial cenário para conflitos éticos no cotidiano das ações.

De acordo com Takemoto e Silva (2007) o ato de acolher relaciona-se à implementação de atitudes humanizadas, como a habilidade de escuta intencionada em resolver os problemas apresentados, esgotando as possibilidades de solucionar as necessidades apresentadas pelos usuários.

O acolhimento na atenção a saúde está relacionado ao processo de produção de saúde como algo que qualifica a relação, sendo passível de ser apreendido nas dimensões relacionais, técnico, clínica e da cidadania, podendo ser trabalhado no encontro entre profissional e usuário, profissional e profissional, equipe de saúde e gestão e usuário e sua rede social (BRASIL 2004 b).

O acolhimento nos serviços de saúde acontece num processo de relações humanas, no qual, ocorre o encontro entre trabalhador de saúde e usuário. Sendo assim, olhar para o acolhimento, representa olhar para a relação que se estabelece nesse encontro, não se restringindo apenas ao setor de recepção da unidade de saúde, mas sim a toda a situação do atendimento, desde o momento que o paciente entra no sistema até a resolução do problema apresentado, e isso pode ser realizado por qualquer profissional de saúde (MATUMOTO, 1998).

Sucupira (2005) também chama atenção para a definição de acolhimento centrada no relacionamento entre profissionais de saúde e paciente, sendo esta relação pautada pelo respeito, pela solidariedade, mas principalmente pelo reconhecimento de que o atendimento não é um favor que o serviço faz ao indivíduo, mas o cumprimento de uma obrigação desse serviço para com um direito da população. O acolhimento pode ser entendido de forma mais ampla pelo modo como a unidade assume o paciente, estabelecendo um compromisso que impõe a responsabilidade da unidade frente a todas as suas necessidades de saúde.

A ação do acolhimento para Matumoto (1998), significa dar crédito ao que o outro traz consigo, ouvindo-o, amparando-o, e isso diz respeito à humanização do atendimento, estabelecendo relações de aproximação entre os indivíduos de forma humanizada. O acolhimento resgata o estabelecimento de vínculo entre os envolvidos, tendo como intuito o desenvolvimento da autonomia do paciente em relação à sua

saúde, a acessibilidade aos serviços quando o usuário procura resolver uma necessidade e a organização dos serviços.

O acolher possibilita ajustar o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, isso auxilia na satisfação do usuário e na construção de vínculo com o profissional, o que é de suma importância para a sua autonomia e cidadania (OLIVEIRA, 2010).

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre profissionais de saúde e usuários, na recepção e escuta das pessoas, podendo acontecer de diferentes formas. Ao invés de perguntar se em determinado serviço existe ou não acolhimento, seria mais apropriado indagar como ele se dá (BRASIL, 2011).

Entendido dessa maneira, o acolhimento tem a potencialidade de inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo de alguns princípios: atendimento de todos os indivíduos que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal (acolher, escutar, dar uma resposta e resolver o problema trazido pela pessoa); reorganizar o processo de trabalho, tirando o foco central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), que irá ouvir o usuário com o compromisso de acolher seu problema de saúde e essa participação de vários profissionais amplia o potencial de serviço da unidade; dá qualidade a relação trabalhador-usuário e pauta-se em parâmetros de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Voltando as definições de necessidades de saúde é preciso entender que além dos profissionais, os usuários também definem suas necessidades, sob formas e graus variados, apresentando-as enquanto demanda ao serviço de saúde. O trabalhador do serviço deve estar apto a acolher essa demanda e esta escutada, problematizada e reconhecida como legítima (BRASIL, 2011).

As unidades de atenção básica devem estar preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos; mas deve-se ficar atento para a frequência desse quadro e evitar a redução da atenção básica a um pronto-atendimento. No entanto, possíveis momentos de fragilidade e sofrimento do usuário são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2011).

Mesmo os usuários acompanhados frequentemente nas ações programáticas, podem necessitar de atenção em momentos não agendados. “Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização” (BRASIL, 2011, p. 20).

Caso isso ocorra, corre-se o risco de se construir uma visão equivocada de que a unidade básica de saúde atende apenas as pessoas quando estão saudáveis. Quando as mesmas encontrarem-se doentes, deverão procurar um hospital ou pronto-atendimento e isso poderá gerar a falsa impressão de que a UBS é um serviço menos relevante e de qualidade inferior (BRASIL, 2011).

Com a implementação do acolhimento no PSF, deve ocorrer uma diminuição na procura pelo pronto atendimento, devido aos profissionais, das equipes de saúde, estarem aptos a resolver o que é da alçada da atenção básica, assim, minimizando ou eliminando as filas de espera, as fichas e senhas (OLIVEIRA, 2010).

Entretanto, mesmo com a definição da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, usuários do SUS, quando procuram assistência médica, tem evidenciado preferência pelos hospitais e pronto socorros.

Um estudo realizado por Oliveira, Mattos e Souza (2009) que tinha o objetivo de compreender as regras sociais e os determinantes que estruturam a demanda pelos serviços públicos de pronto atendimento em pronto socorros e hospitais constatou que a imagem que o usuário faz dos serviços, identifica-se com a acessibilidade, a confiabilidade e a resolubilidade do serviço procurado. Os participantes fizeram menção à organização dos serviços básicos de saúde com barreiras ao acesso e evidenciaram uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais nas UBS, o que não ocorria nos pronto socorros e hospitais, os quais foram designados como resolutivos.

“A partir de sua necessidade de acesso, os usuários apreendem determinadas “regras sociais” vigentes nos serviços de saúde e constroem diversas estratégias que visam lhe abrir as portas do sistema” (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 1929).

A prática do acolhimento em todos os serviços públicos de saúde organiza-se em modos de atendimento aos usuários com a finalidade de garantir acesso e qualidade na atenção, contribuindo para a construção de um SUS universal e integral, como orientam seus princípios (BREHMER; VERDI, 2010).

Na perspectiva da integralidade do cuidado o acesso e o acolhimento articulam-se e se complementam nas ações praticadas nos serviços de saúde. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do SUS, os municípios tem assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes, porém o debate sobre o acesso a essas ações e serviços, deve sempre ser pautado por características e nuances que visem à qualificação do cuidado.

Para Cecílio, (2009) o encontro entre profissionais de saúde e usuários que ocorre na rede pode acontecer com maior ou menor acolhimento.

Na quase brutalidade das relações cotidianas das organizações de saúde (demanda sem fim, precárias condições de trabalho das equipes, gerências despreparadas e autoritárias etc.) produz-se cuidado, produzem-se sentidos que escapam a qualquer lógica gerencial normalizadora e controladora. Reconhecendo que há muitos bons encontros cuidadores que acontecem sem o (re)conhecimento e a intervenção da gerência, o problema que se nos impõe é: e quando os encontros não são cuidadores? Quando quem procura os serviços de saúde não encontra o que precisa: escuta, atenção e resolutividade para seus problemas? Quem pode detectar que isso está ocorrendo, às vezes de forma sistemática e em vários pontos do sistema? Em pontos obscuros do sistema, ali onde os trabalhadores desenvolvem suas práticas em espaços quase privados, no sentido de não serem alcançados pelo olhar do gestor (CECILIO, 2009, p.550).

Neste referencial teórico está a base para o desenvolvimento deste trabalho, pois, na USF pesquisada, buscando-se reconhecer e questionar a aplicação das diretrizes do SUS e as características pertinentes a uma unidade de saúde da família, com identificação de possíveis contradições, faremos uma inter-relação entre as necessidades de saúde da população em questão, o acesso ao serviço de saúde, a forma como se dá o acolhimento na atenção básica e o quanto o acesso e o acolhimento respondem as necessidades dos usuários do serviço estudado.

2.OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar a percepção de profissionais de saúde e usuários sobre o acesso às consultas em uma Unidade de Saúde da Família.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Analisar a percepção e o entendimento de usuários e profissionais de saúde em relação às consultas programáticas e não-programáticas
- ✓ Identificar a percepção de usuários e profissionais de saúde acerca das diferenças e semelhanças relacionadas às consultas agendadas e eventuais
- ✓ Relacionar o acesso às necessidades de saúde da população pesquisada por meio da percepção dos profissionais de saúde e usuários.

3.METODOLOGIA

3.1.TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo que se justifica pelo contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e com a situação que está sendo analisada, por meio da investigação intensiva de campo (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A literatura internacional tem revelado nas duas últimas décadas que grande parte das pesquisas diagnósticas e avaliativas de programas de saúde, tem sido acompanhada de estudos qualitativos (IERVOLINO; PELICIONE, 2001). Segundo esses autores os procedimentos qualitativos são utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos.

[...] a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo. Nas pesquisas qualitativas, é freqüente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados (NEVES, 1996, p. 01).

Como técnica de pesquisa qualitativa, utilizamos a entrevista, a qual foi aplicada aos profissionais de saúde (de nível superior e médio) e aos usuários cadastrados na unidade de saúde.

A entrevista privilegia o alcance de informações por meio da fala individual, que mostra condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos (MINAYO, 1994).

Utilizamos a entrevista semi-estruturada, em que o informante pode falar sobre suas experiências, partindo do foco principal indicado pelo pesquisador e, ao mesmo tempo em que admite respostas livres e espontâneas do informante, valoriza a atuação do entrevistador (LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999).

Nas entrevistas semi-estruturadas o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, o qual ele realiza em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista (BONI; QUARESMA, 2005).

Para a entrevista com os usuários foi empregado um roteiro que abordava aspectos relacionados à sua saúde, utilização da USF, pontos positivos e negativos do serviço, motivos relacionados a falta à consulta agendada, entre outros. Foram selecionados e entrevistados pacientes que por algum motivo perderam o dia e hora de suas consultas e também pacientes que foram assíduos às consultas. Por meio das entrevistas buscamos entender como o usuário do serviço percebe a utilização do mesmo, relacionando a percepção sobre as necessidades de saúde da população com a demanda vigente na USF e identificar possíveis fatores que influenciam no absenteísmo ou no comparecimento das ações programáticas.

Já para o profissional de saúde o roteiro da entrevista incitou respostas referentes à sua satisfação profissional, tempo de trabalho na ESF, expectativas ao iniciar no trabalho, aspectos positivos e negativos do serviço, acesso do usuário às consultas e motivos relacionados ao absenteísmo dos pacientes à consulta agendada. Por meio das entrevistas com os usuários e com os profissionais de saúde, buscamos entender o complexo universo que envolve o atendimento na atenção básica em uma USF.

As entrevistas foram realizadas após a explanação dos objetivos da pesquisa aos participantes. Utilizamos um gravador de voz digital, agendando previamente o dia e horário com os usuários, sendo que com os profissionais isso não foi possível, devido às entrevistas ocorrerem durante o expediente de trabalho, sendo necessário aguardar o momento em que estivessem menos sobrecarregados e disponíveis a participar. Os usuários foram entrevistados na maioria das vezes em suas casas, outros na USF pesquisada.

Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas optamos por utilizar a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977).

3.2.DADOS DO SIMIS

Após observação na prática e diálogos com os profissionais atuantes na ESF pesquisada, foi identificada uma demanda excessiva de atendimentos eventuais e uma constância de faltas nas consultas programáticas, com isso, foi realizada pesquisa junto ao Sistema Municipal de Informações em Saúde com intuito de apresentar alguns dados relacionados a estes atendimentos, para maior compreensão da problemática que envolve este estudo. As informações coletadas compreenderam o período entre primeiro de janeiro e treze de dezembro do ano de 2010.

3.3.DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

A pesquisa foi dividida em cinco momentos:

O primeiro momento caracterizou-se pelo levantamento bibliográfico objetivando um maior aprofundamento sobre os temas propostos pelo estudo como: SUS, atenção básica, PSF, necessidades de saúde e acolhimento, o que serviu de norte para a análise das respostas dos entrevistados.

O segundo momento abrangeu a escolha da unidade de saúde, ou seja, uma unidade da ESF de uma cidade do interior paulista com 130 mil habitante e cerca de 12.000 usuários cadastrados na USF pesquisada, bem como, a seleção dos profissionais e usuários que fariam parte do estudo. Além dos profissionais trabalhadores da USF JP e dos usuários faltosos, foram estudados também os usuários considerados assíduos às consultas agendadas.

O terceiro momento envolveu a realização de entrevistas com os profissionais e usuários da unidade de saúde selecionada, sendo estas armazenadas em gravador digital. O tempo de cada uma variou de pessoa para pessoa e seguiu a um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador, que se encontra nos anexos.

No quarto momento foi realizada a escuta, transcrição na íntegra, organização e início de leitura repetitiva das entrevistas, com intuito de identificar trechos significativos e transformá-los em indicadores, que são o agrupamento das respostas dos profissionais de saúde usuários em relação à determinada pergunta do roteiro.

No quinto e último momento caracterizou-se pela articulação dos trechos significativos das respostas dos participantes com o referencial teórico, para então transformá-los em categorias e realizar a discussão e análise. O percurso de análise pretendeu refletir sobre a utilização dos usuários da unidade de saúde da família pesquisada, por meio da visão dos profissionais de saúde atuantes nesta unidade e dos usuários cadastrados.

3.4.CARACTERIZANDO O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma USF, denominada pela sigla de JP. No período em que ocorreu o estudo, a unidade possuía cerca de 12.000 usuários cadastrados, com 03 equipes de profissionais, sendo: 03 médicos, 03 enfermeiras, 02 dentistas, 09 auxiliares de enfermagem, 02 ACDs, 02 auxiliares administrativos, 02 auxiliares de serviços gerais, 12 ACS, equipe de saúde mental (01 psicólogo, 01 assistente social). A USF recebe regularmente residentes da saúde da família, estagiários de enfermagem de uma faculdade particular, alunos de medicina e enfermagem da FMB-UNESP, estagiários de um curso de auxiliar de enfermagem e uma docente da FMB-UNESP atua na organização do atendimento ao pré-natal, como trabalho didático, com a presença de estudantes de enfermagem. Este “Programa de Atenção Pré-natal da USFJP” é desenvolvido desde 1991. Consiste na realização de consulta de enfermagem a gestantes, funcionando como campo de pesquisa e de estágio para alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Obstétrica, Especialização em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e capacitação de enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu quando de sua admissão para atuação nas unidades de atenção básica do município, especialmente na área de saúde da mulher. Além da consulta de enfermagem pré-natal, são realizadas atividades educativas em grupo, no formato de Grupo de Sala de Espera para Gestantes. Portanto, além de todas as ações pertinentes a uma USF, esta é utilizada como cenário de ensino para diversos cursos, de nível superior e médio, ligados a diferentes instituições.

Segundo estudo anterior, a ESF em questão foi instituída em 2006, como ESF, porém, desde 1987, funcionava como UBS tradicional, sendo a segunda unidade mais

antiga do município. Esta unidade sempre teve enorme movimento, apresentando em seu território uma população praticamente 100% usuária do SUS. A comunidade, acostumada com o antigo modelo de assistência, encontra-se ainda em processo de aceitação da lógica da ESF, sente falta de especialistas como ginecologista. Tem como principais problemas identificados em estudos anteriores, a drogadição e a gravidez na adolescência. No território existem diversos equipamentos sociais e a USF desenvolve atividades intersetoriais com escolas, creches e organizações de mulheres. A participação e o controle social é presente, mas em anos anteriores foi mais ativo nas lutas por melhorias para a unidade (GONÇALVES; SOARES; TROLL, 2007).

3.5.PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para estabelecer a população de estudo foram adotados alguns critérios de inclusão. Foram selecionados usuários cadastrados na USF JP, que por motivos diversos, faltaram às suas consultas agendadas durante o ano de 2010, bem como, foram escolhidos usuários assíduos às consultas agendadas. Os dados do SIMIS (2010) foram úteis, pois forneceram também a relação nominal de usuários que faltaram em consultas agendadas durante o ano em questão. Sendo assim, foram selecionadas pessoas que faltaram três vezes ou mais neste período para posterior entrevista. Os usuários assíduos foram selecionados com o auxílio dos ACS, pois estes tinham melhor controle em relação à frequência às consultas dos pacientes de sua área de abrangência. O SIMIS não oferece um recurso relacionado a pacientes assíduos, portanto pode ter ocorrido viés de seleção devido a possíveis afinidades entre as partes. Foi constatado que dos cinco usuários assíduos selecionados, dois faltaram em consultas agendadas durante o ano de 2010. Participaram da entrevista 12 usuários cadastrados na USF JP, sendo 7 usuários faltosos (identificados pelo SIMIS) e 5 usuários considerados assíduos (indicados pelos ACS).

Para seleção dos profissionais entrevistados, o critério de inclusão foi possuir, no mínimo, três anos de trabalho na ESF. Este critério foi adotado devido à necessidade do participante possuir alguma experiência de atuação na atenção básica e assim poder explicar sobre o mesmo. Os profissionais de saúde lotados na unidade pesquisada, que

participaram da pesquisa, possuíam diferentes níveis de escolaridade, sendo o estudo composto por 01 médico, 02 enfermeiras, 01 dentista, 01 psicólogo, 02 auxiliares de enfermagem e 12 agentes comunitárias de saúde.

Para que a identidade dos participantes fosse preservada e com a finalidade de manter-se o sigilo na pesquisa, os nomes dos mesmos foram substituídos pela sigla (P) para os profissionais de saúde, seguido pela sigla do cargo que ocupava e do número em ordem crescente, colocados por ordem de entrevista; para os usuários participantes, utilizamos a sigla (U F) para os faltosos e (U A) para os assíduos, também seguida por números em ordem crescente, acompanhando a sequência das entrevistas. Para maior entendimento, segue abaixo a lista de abreviatura dos participantes da pesquisa.

P ACS Profissional Agente Comunitário de Saúde

P AUX E Profissional Auxiliar de Enfermagem

P D Profissional Dentista

P E Profissional Enfermeiro

P M Profissional Médico

P P Profissional Psicólogo

U F Usuário Faltoso

U A Usuário Assíduo

3.6.ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Campos (2004) no universo das pesquisas qualitativas, a opção e escolha de método e técnicas de análise dos dados, devem propiciar um olhar multifacetado sobre todos os dados recolhidos durante a coleta (*corpus*), isso se deve, “à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, seu caráter polissêmico numa abordagem naturalística” (p. 611).

O autor anteriormente citado expõe que um método muito utilizado na análise de dados qualitativos, o qual optamos por utilizá-lo em nosso estudo, é o de análise de conteúdo, que se define como um conjunto de técnicas de pesquisa em que a finalidade é a procura do(s) sentido(s) de um documento.

A análise de conteúdo foi sistematizada na primeira metade do século XX e de início, foi uma importante “ferramenta na busca dos sentidos dos artigos e propagandas da imprensa escrita nos Estados Unidos, sendo hoje um método amplamente utilizado em pesquisas científicas no campo da saúde” (CAMPOS, 2004, p. 611).

Na análise de conteúdo o texto é um meio, no qual, o sujeito se expressa e o analista busca categorizar as unidades de texto, deduzindo uma expressão que as representem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

De acordo com Bardin (1977) a técnica de análise de conteúdo, constitui-se por três pólos cronológicos: a pré análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A referida autora descreve a pré análise como a fase de organização e possui três missões: escolha dos documentos a serem submetidos à análise (leitura flutuante), a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa os dados são codificados a partir de unidades de registro. Na última etapa é realizada a categorização, que tem por objetivo classificar os elementos de acordo com suas semelhanças e diferenças, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

3.7.ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (Protocolo CEP 3627-2010) sendo todos os participantes esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O Termo de Consentimento foi elaborado em duas vias, uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra mantida em arquivo pelo pesquisador, declarando seu aceite em participar do trabalho e permitindo o uso dos depoimentos em apresentações científicas futuras, contanto que se garanta o anonimato dos participantes.

A realização da pesquisa no local pré estabelecido foi aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade selecionada.

Buscando preservar a identidade dos participantes, estes estão identificados por siglas, conforme descrito no item intitulado “Desenvolvimento do Trabalho”.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos uma breve caracterização do município e da unidade de saúde estudada e a seguir algumas características relacionadas aos participantes do estudo, incluindo dados referentes aos usuários e profissionais de saúde e também a percepção destes quanto a aspectos relacionados ao trabalho na ESF pesquisada, como: a satisfação profissional, a capacitação em saúde da família e as expectativas ao ingressar no trabalho. Destacamos também alguns aspectos e particularidades referentes à unidade de saúde pesquisada, para em seguida apresentar as categorias de análise, que são compreendidas em:

- ✓ As ausências e o comparecimento às consultas agendadas, e a demanda espontânea: Visões nem sempre convergentes de profissionais de saúde e de usuários
- ✓ A não diferenciação entre as modalidades de consulta agendada e eventual
- ✓ Necessidades de saúde dos usuários na ESF pesquisada

4.1. Breve caracterização da saúde no município e na unidade pesquisada

O estudo foi realizado no município de Botucatu, que no ano de 2007, estimava 121.555 habitantes.

Botucatu localiza-se na região centro-oeste do estado de São Paulo, distando 240 km da capital. Apresenta uma extensão de 1.522 km², com área urbana de 154 km². Como atividade econômica, há um predomínio do setor terciário (serviços), seguido pelo secundário (industrial) e, por último, o primário (agricultura) (SPAGNUOLO, 2006).

Segundo Velo (2011) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no município de Botucatu está entre as regiões consideradas de alto nível de desenvolvimento humano com um índice de 0,822, no ano de 2000. “Em relação aos outros municípios do Brasil, Botucatu apresenta uma colocação considerada boa (202ª posição), sendo que 5305 municípios (96,4%) estão em situação pior ou igual”.

De acordo com Gonçalves et al. (2008) através de informações obtidas na Prefeitura Municipal de Botucatu, até 1983 as atividades de assistência à saúde na cidade eram realizadas em dois Centros de Saúde (um Centro de Saúde Escola e uma unidade rural municipal inoperante), um Centro de Saúde Estadual, quatro hospitais (dois gerais filantrópicos, um especializado em Saúde Mental e o Hospital das Clínicas da UNESP), ambulatórios e consultórios médicos conveniados à Previdência ou associados à UNIMED. Não havia na prefeitura uma estrutura formal na área da saúde, restringindo sua atuação à prestação de assistência médica aos seus funcionários, por meio de um médico contratado. A maior parte do atendimento à população realizava-se na Faculdade de Medicina (FMB) que teve o início de suas atividades em 1963 e inaugurou o Hospital das Clínicas (HC) em 1968, o qual se caracterizou desde o início como hospital de ensino. A partir da década de 1980, momento de reorganização do sistema de saúde público do Brasil, iniciou-se no município, o processo de municipalização da saúde, criando as Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas inicialmente em áreas periféricas da cidade, identificadas a partir de determinantes sociais e epidemiológicos. No ano de 2003, foi implantado o PSF em algumas regiões da periferia, cobrindo inicialmente cerca de 18% a 25% da população. Desde então, o programa tem se estruturado de forma substitutiva, ou seja, algumas UBS passaram a se reorganizar como Unidades de Saúde da Família (USF) e em alguns territórios, onde não haviam unidades, foram instaladas USF.

Atualmente, o município conta com 19 Unidades Básicas de Saúde (10 USF, 08 UBS e 01 PACS), compreendendo 14 equipes de saúde da família, 08 equipes pertencentes ao modelo tradicional e 01 equipe PACS. Com esses dados foi possível perceber que algumas USF foram anteriormente UBS, sinalizando uma possível dificuldade de aceitação da população à estruturação do novo modelo de assistência.

Dados do relatório de Gonçalves et al. (2008) sobre a implantação das USF no município pesquisado, revelaram que os profissionais que atuavam nas UBS reformadas para USF, foram remanejados na rede de saúde, sendo selecionados novos profissionais para as equipes de Saúde da Família.

Pode-se perceber a dificuldade da população em entender a diferença entre os modelos assistenciais desenvolvidos por uma unidade de saúde da família e uma

unidade de saúde tradicional, principalmente em locais em que foram implantados PSF onde, anteriormente funcionava uma unidade básica tradicional.

Esses dados corroboram com um estudo realizado em Palmas - TO, que tinha como objetivo discutir as percepções da população sobre o PSF. Foi constatado que a população se confundia no entendimento entre o que era o PSF e o que era o atendimento do Centro de Saúde, isso porque o PSF foi implantado numa área em que funcionava um Centro de Saúde com médicos especialistas, causando insatisfação nos usuários (NEVES et al., 2004).

Pesquisa de Villardi (2011) trouxe dados referentes às características do território em que a presente pesquisa foi desenvolvida e revelou que grande parte de sua população trabalha no comércio da cidade, nas indústrias e em casas de família. Revela a presença de moradores usuários de drogas e do comércio das mesmas.

No que diz respeito aos indicadores de mortalidade, entre os anos de 2007 a 2009, a taxa de mortalidade infantil, em Botucatu, passou de 13,14 para 10,64 óbitos para 1000 nascidos vivos. (BRASIL, 2010). Na USF pesquisada, no período de 2003 a 2007, o número de óbitos infantil estava bem mais alto com 23,5 óbitos para 1000 nascidos vivos, indicando que nesta região se concentravam bolsões de pobreza no município (CARANDINA; ALMEIDA, 2009).

Com auxílio do Sistema Municipal de Informações em Saúde foi identificado, na USF estudada, no ano de 2010, 1590 faltas a atendimentos programáticos com médicos e enfermeiras, e 614 faltas no atendimento odontológico. Já no item relacionado a atendimentos eventuais, foi apontado 9.635 consultas não-programáticas, revelando grande procura por essa modalidade de consulta. Esses dados serviram apenas para constatar uma queixa rotineira dos profissionais de saúde quanto ao absenteísmo dos pacientes às consultas agendadas e a grande demanda por atendimento eventual.

Ainda em relação à demanda espontânea, foi constatado que no ano de 2008 do total de 11.570 consultas, 6.246 foram consultas eventuais, em 2009 das 12.320 consultas, 6.387 foram eventuais.

Entender como se dá o acesso e o acolhimento dos usuários na ESF, pode responder a questões sobre as ausências nas consultas agendadas, os comparecimentos nestas e a demanda espontânea na unidade pesquisada.

A partir da observação de campo da USF pesquisada, faremos uma breve descrição do fluxo de ações desenvolvidas neste serviço, a partir da chegada do usuário a USF.

Ao adentrar na unidade de saúde o usuário se dirige a recepção e manifesta suas intenções para as auxiliares administrativas, para as auxiliares de consultório dentário ou outros funcionários que estejam na recepção. A partir deste momento, dependendo da queixa apresentada pelo usuário, este é orientado e conduzido para:

- pré-consulta,
- consultório odontológico,
- sala de vacina,
- sala de curativos,
- sala de coletas e aferição de pressão,
- farmácia,
- sala de inalação,
- outras atividades desenvolvidas neste serviço.

No caso do encaminhamento à pré-consulta, após numeração por ordem de chegada, os auxiliares administrativos encaminham os prontuários para a pré-consulta, onde ocorre o acolhimento dos pacientes, sendo feito normalmente por auxiliares de enfermagem, que realizam as seguintes ações:

- verificam a pressão arterial e a temperatura,
- verificam o peso e a altura,
- coletam a queixa do paciente, fazendo uma triagem para os atendimentos médicos ou de enfermagem.

Cabe ressaltar que os pacientes agendados e os eventuais seguem o mesmo fluxo, ou seja, recepção, pré-consulta e consultório médico ou de enfermagem, podendo essa configuração insinuar certa similaridade nos propósitos das consultas programáticas e não-programáticas.

O volume maior de atendimentos se concentra no período da manhã, pois é estabelecido o horário de sete horas e trinta minutos para a chegada dos usuários com queixas para atendimentos extras, porém a qualquer hora que o usuário procurar atendimento na unidade, este será acolhido e atendido.

Na observação, ficou claro que praticamente todos os pacientes que passam no acolhimento tem seus prontuários encaminhados para a consulta não-programática com médicos e enfermeiros, independente de ter apresentado uma queixa aguda ou crônica, como por exemplo, um caso de mancha na pele há três meses. Observou-se que ambos profissionais possuem agendas diárias, com cerca de dez agendados por profissional por dia, conciliando o atendimento eventual com o programático.

Para o atendimento odontológico eventual, que também foi preconizado no período da manhã, às sete e meia, a auxiliar do dentista vai à recepção e acolhe o usuário para posterior consulta. Cabe ressaltar que na ocorrência de casos agudos em outros horários, estes também são atendidos. Diariamente são agendadas 36 consultas, distribuídas aos três dentistas, porém cada profissional destina dois períodos para prevenção na escola, creche, orientação de alunos e inserção em grupos.

As ações na sala de coleta começam também às 7:30h, pois às 8:30h o setor de transporte municipal passa recolhendo o material para exames (sangue, urina, fezes, entre outros) que será analisado no laboratório da FMB-UNESP. No restante do dia esta sala é utilizada para aferição de pressão, exame de HGT e administração de medicações.

Nas salas de vacina, curativo e inalação são realizadas ações agendadas, porém a maioria pertence a atendimentos de procura espontânea.

A farmácia funciona durante todo o período de trabalho na unidade, que se inicia às 7:30h e termina às 17h, lá são dispensados as medicações receitadas pelos médicos e dentistas, o material para coleta de exames e também são realizadas orientações.

Há também a sala de pós-consulta, onde ocorre a marcação de consultas, assim como as orientações quanto a necessidade de realização de exames, uso de medicações e agendamento de retornos, quando solicitado pelo médico ou enfermeiro.

Toda quarta-feira à tarde a unidade permanece fechada ao público para realização de reunião de equipe, onde além dos funcionários locais, participam profissionais do NASF.

4.2. Conhecendo os participantes

Este momento do estudo tem como objetivo apresentar os dados pessoais dos participantes (sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, profissão) e algumas percepções dos profissionais de saúde sobre a formação e o trabalho realizado nesta USF, que não foram objeto das categorias e que nos auxiliam a compreender visões e percepções dos mesmos sobre o trabalho na USF.

Destacamos que aqui buscamos apresentar a singularidade do grupo investigado. Consideramos importante apresentar um quadro com os tipos de serviço de saúde utilizados pelos usuários, sendo que, todos os usuários participantes do nosso estudo utilizam a unidade de saúde da família pesquisada.

4.2.1. Sobre os usuários sujeitos da pesquisa

Quadro 1: Distribuição do sexo e estado civil dos usuários participantes, Botucatu, 2012.

Sexo	n°	Estado civil	n°
Masculino	3	Casado	5
Feminino	9	Não casado	7

Como podemos observar no Quadro 1, dos 12 usuários entrevistados, 09 eram do sexo feminino e 03 do sexo masculino e dentre os participantes, 05 declararam-se casados e 07 não casados (viúvo, separado, desquitado, divorciado, solteiro).

Quadro 2: Distribuição da idade dos usuários, segundo a divisão da vida adulta proposta por Nahas (2001), Botucatu, 2012.

Idade	n° participantes
20 – 39 anos	2
40 – 59 anos	6
60 anos ou mais	4

Conforme observado no Quadro 2, 02 participantes possuíam idade entre 20 a 39 anos, 06 usuários entre 40 a 59 anos (meia idade) e 04 participantes com 60 anos ou mais (terceira idade).

Quadro 3: Distribuição do grau de escolaridade dos usuários participantes, Botucatu, 2012.

Grau de escolaridade	n° participantes
Sem escolaridade	2
1 grau incompleto	6
2 grau completo	4

O grau de escolaridade dos usuários participantes da pesquisa variou entre aqueles sem escolaridade até pessoas com ensino médio completo, sendo que nenhum dos participantes usuários possuía nível superior. Do total de entrevistados 02 não frequentaram a escola (sem escolaridade), 06 referiram possuir o 1º grau incompleto e 04 concluíram o ensino médio de acordo com o Quadro 3.

As profissões variaram entre: cuidadora, passadeira de roupa, babá, reciclagem, cozinheira, costureira, proprietária de bazar, vigilante, pedreiro, trabalhador rural e maquinista aposentado.

Como já apontado anteriormente, consideramos importante apresentar um quadro com quais os tipos de serviços de saúde eram utilizados pelos participantes.

Quadro 4: Distribuição dos tipos de serviços de saúde utilizados pelos participantes, Botucatu, 2012.

Serviços de saúde	n°	Serviços públicos	n°	Serviços privados	n°
Público	10	USF pesquisada	12	Sul-América	01
Público e Particular	2	UNESP	07	Prever	01
		Pronto socorro	06		

Quando perguntados sobre os serviços de saúde que utilizavam, 10 usuários responderam que utilizam apenas serviços públicos, como a unidade de saúde da família pesquisada, pronto socorro e hospital universitário (FMB-UNESP) e 02 deles referiram possuir e utilizar planos privados de saúde como Sul-América e Prever (Quadro 4).

4.2.2 Dados e percepções relacionados aos profissionais de saúde participantes

Quadro 5: Distribuição das áreas de atuação dos profissionais participantes, Botucatu, 2012.

Profissão	n° de pesquisados
Agente comunitários de saúde	12
Enfermeira	2
Auxiliar de enfermagem	2
Dentista	1
Psicólogo	1
Médico	1
Total de profissionais entrevistados	19

Quadro 6: Distribuição do tempo de trabalho dos profissionais no Programa Saúde da Família e na unidade de saúde pesquisada, Botucatu, 2012.

Tempo de trabalho no PSF	n°	Tempo de trabalho na unidade pesquisada	n°
3 anos	3	1 ano	2
4 anos	2	2 anos	1
5 anos	10	3 anos	2
6 anos	2	4 anos	3
8 anos	2	5 anos	11
Média: 5 anos		Média: 4 anos	

Os Quadros 5 e 6 referem-se respectivamente às áreas de atuação dos profissionais entrevistados, sendo que, de acordo com o critério de inclusão de possuir 03 anos ou mais de experiência profissional no PSF, obtivemos um total de 12 ACS, 02 enfermeiras, 02 auxiliares de enfermagem, 01 dentista 01 médico e 01 psicólogo participantes. As médias de tempo de trabalho foram de 5 anos no PSF e 4 anos na unidade pesquisada.

Quadro 7: Relação das respostas sobre as expectativas dos profissionais em relação ao início de trabalho no PSF, Botucatu, 2012.

Expectativas de trabalho ao iniciar no PSF
Sem noção do que era o serviço no PSF
Visão idealizada e teórica do PSF
Nem pensava em PSF, prestou o concurso e passou
Pretendia trabalhar em horário fixo, de 2ª a 6ª feira
Ajudar as pessoas
Imaginava o PSF com olhar de paciente
Imaginava maior organização nos atendimentos
Esperava algo novo
Deparou-se com serviço diferente do que leu no edital do concurso
Imaginava maior integração entre serviço, equipe e gestão
Imaginava o PSF como mais um trabalho no serviço público
Imaginava um serviço interno no posto e não na rua
Só conhecia a função por apostilas do concurso
Imaginava atender como UBS tradicional
Imaginava um trabalho melhor

Salientamos a importância de perguntar e demonstrar as expectativas de trabalho dos profissionais participantes, visto que, as mesmas podem ter influência no processo de trabalho e na rotina de atendimentos na unidade de saúde, isto porque muitas vezes os profissionais que ingressam nos serviços de saúde receberam pouca ou nenhuma capacitação sobre como atuar na atenção básica, mais precisamente, no PSF. Assim, de acordo com as respostas apresentadas no Quadro 7, percebemos a necessidade de abordar carências referentes à aspectos relacionados à formação, capacitação e educação continuada dos profissionais.

O Guia Prático do Programa Saúde da Família, elaborado pelo MS preconiza a educação permanente para as equipes como um processo presente na prática de trabalho que auxilie o desenvolvimento de suas competências constantemente e para a elaboração desse processo, são propostos como conteúdos programáticos: a abordagem de aspectos clínicos, epidemiológicos, políticos, sociais e as fases do ciclo de vida, dentre outros que capacitem as equipes para a atuação na atenção básica (BRASIL, 2001).

Em nossa pesquisa se reconhece a falta de conhecimento em relação ao PSF, apontado por alguns ACS, no momento que ingressaram no trabalho. A seguir algumas falas que representam esse desconhecimento:

“Antes de fazer o concurso eu não tinha noção do que era PSF, depois com aquele treinamento inicial, a gente achou na teoria perfeito, só que na prática a gente vê que tem ainda muitas dificuldades” (P ACS 16),

“Eu não sabia o que era PSF, eu sabia o que era unidade básica, posto de saúde” (P ACS 3),

“Não tinha idéia. Minha mãe falou que tinha saído um concurso, eu não tinha idéia do que era, nunca tinha ouvido falar do PSF” (P ACS 9).

O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, muitas vezes, precário para o desenvolvimento adequado de suas funções. “O desenvolvimento de algumas competências transversais, como a capacidade em trabalhar em equipe e a comunicação, devem fazer parte de qualquer programa educacional do ACS e dos outros profissionais de saúde” (TOMAZ, 2002, p. 87).

Porém, mais do que um simples treinamento inicial, é importante, para a atualização dos profissionais de saúde “um processo de educação continuada (treinamento em serviço), sistematizado, capaz de corrigir e/ou aprimorar habilidades” (COTTA et al., 2006, p. 16).

Já o participante psicólogo aborda outras dificuldades encontradas na prática diária de trabalho:

“De modo geral acho que eu tinha uma visão mais idealizada da saúde da família, uma visão mais romântica [...] muito teórica [...] trabalhar com prevenção, promoção [...] e quando a gente vem para a prática a percebe que existem entraves [...] então acho que me frustrei em algumas questões [...] eu achava que a saúde da família ia além de uma unidade básica tradicional. Eu tinha uma visão diferente do ACS, dos grupos e na prática a gente se depara com vários obstáculos que dificultam muito isso, mas, por outro lado também acho que muitas coisas são possíveis de fazer” (P P 7).

Percebe-se com os depoimentos apresentados que tanto os profissionais de nível médio quanto o de nível superior demonstraram pouco conhecimento e dificuldades ao ingressar na ESF, o que sugere capacitações contínuas e mais voltadas à realidade.

Segundo Hafner et al. (2010) em relação à Estratégia Saúde da Família, observa-se que não estamos formando pessoal em quantidade ou qualidade necessária para as atuais necessidades, nem para enfrentar os desafios de ampliar o acesso e nem para melhorar a resolubilidade da atenção à saúde.

Uma participante de nosso estudo descreve que seu curso de formação acadêmica não foi voltado para o serviço na ESF:

“Na faculdade eu tive mais a questão de saúde pública, pouca coisa de PSF, eu fui aprender mesmo no dia-dia, no trabalho, com os outros profissionais que já tinham experiência na área [...] quando eu terminei a faculdade, era mais a questão da UBS [...] agora minha visão mudou totalmente” (P E 12).

Um estudo realizado por Ronzani e Silva (2008) constatou que em relação à formação, os relatos dos participantes indicaram que os profissionais com nível superior e técnico tiveram formação prática voltada principalmente para o contexto hospitalar, sendo que, os entrevistados deste estudo também demonstraram insatisfação com a formação acadêmica, tendo sido a experiência prática, citada como principal fonte de aprendizado.

Para Oliveira e Alves (2011) a discussão sobre a educação e formação de pessoal de saúde no Brasil, precisa ter como ponto central a implementação do SUS e o ajuste dessa formação às necessidades de saúde da população.

[...] a preparação de pessoal para a saúde, sintonizada com esse processo de mudanças e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, reveste-se de real importância e representa não só um desafio, mas, sobretudo uma necessidade imperativa para a qualificação da atenção à saúde das pessoas, na direção da integralidade. Da mesma forma, torna-se essencial para a estruturação do sistema público da saúde, acompanhada e acompanhando as inflexões verificadas na organização dos serviços e ações de saúde, e também no desenvolvimento dos diferentes campos de conhecimento, de tecnologias e de práticas. (OLIVEIRA; ALVES, 2011, p. 27).

Alguns agentes comunitários informaram desconhecimento a respeito das atribuições pertinentes ao cargo de ACS:

“Não tinha noção, não sabia o que era ser agente comunitário” (P ACS 8).

“Sinceramente, o que eu conhecia de agente de saúde era a apostila, tinha conhecimento de ler a apostila do concurso” (P ACS 11).

“Não tinha noção, imaginava que era outra coisa, que não trabalhava com visita domiciliar, eu imaginei trabalhar aqui dentro do posto, com outras coisas, nunca fazer visita, atividades aqui dentro do posto, atendimento, telefone, serviço mais interno, imaginava que fosse serviço interno e não externo” (P ACS 18).

Nunes et al. (2002) assinalam que para o treinamento dos ACS é necessário conhecimentos diversificados em relação ao processo saúde-doença, juntando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o embasem para esse processo de interação diária com as famílias e para o reconhecimento das suas necessidades. É preciso também treiná-los para desempenharem procedimentos técnicos como verificação do estado de vacinação de crianças, atividades educativas que visem à implementação de procedimentos saudáveis nos indivíduos da comunidade, notadamente no que se refere a hábitos higiênicos e alimentares, entre outras ações.

Entretanto, o que muitas vezes ocorre é que falta uma clara determinação das funções do ACS, distorcendo seu papel e sobrecarregando seu trabalho. Para Tomaz (2002) um exemplo disso é que quaisquer ações que devam ser realizadas com as famílias e comunidade ficam a cargo do ACS.

Na percepção do ACS abaixo ocorre a desvalorização e o desvio de função:

“Tinha uma expectativa de que o meu trabalho seria melhor, melhor porque na verdade quando nós fizemos as palestras de treinamento foi passado um PSF muito bonito, muito perfeito, uma equipe mais integrada e eu não sinto isso ainda, eu acho que está meio defasada essa idéia. O agente parecia ser uma pessoa muito importante no PSF, só que a gente se sente a menos importante [...] pela falta de curso [...] é como se a gente fosse um burro de carga para ficar indo na casa dos outros, levando as coisas, parece que é isso o nosso trabalho, mas não é, é um trabalho de orientador, de promotor de saúde, só que a gente não é valorizado como tal” (P ACS 14).

O profissional médico relata que após ingressar no PSF, sentiu a diferença para outros serviços na saúde pública:

“Eu achava que era mais um trabalho no serviço público [...] hoje minha idéia é completamente diferente, o PSF foi pra mim uma grande realização dentro do serviço público, eu sempre trabalhei no serviço público e dentro do PSF, consegui realizar um monte de coisa que nunca tinha realizado no serviço público, eu nunca tinha visto o impacto do meu trabalho fora do PSF” (P M 13).

Hafner et al. (2010) discorrem que as mudanças ocorridas na formação médica vêm trazendo transformações na educação e nas políticas de saúde, que procuram buscar um novo referencial para a formação profissional, aliado às exigências e necessidades da sociedade contemporânea.

Oliveira e Alves (2011) afirmam que para se avançar na mudança da formação dos profissionais de saúde é preciso investir também na formação docente, intensificando as articulações, intra e extra-escola, no sentido de integrar ensino, serviços de saúde e comunidade. Isso refletirá na formação dos alunos e proporcionará melhor preparo e comprometimento docente na consolidação do paradigma da integralidade da saúde.

Como início poderíamos pensar em:

[...] um trabalho com perspectivas e intervenções inovadoras: integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, identidade regional, trabalho comunitário, atuação interdisciplinar e atividades de pesquisa e iniciação científica envolvendo professores e alunos (OLIVEIRA; ALVES, p. 32).

No entanto, por exigir uma nova prática em saúde, é indicada que toda equipe da ESF, antes de dar início à sua atuação, inicie um processo de capacitação, com um treinamento introdutório, que instrumentalize os profissionais para analisarem, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência. Nesta capacitação seria pertinente abordar aspectos sociais, ambientais, demográficos, econômicos e sanitários (morbidade/mortalidade e fatores de risco). Assim, identificam-se os problemas e o potencial que o município tem para solucioná-los (BRASIL, 2001).

Ceccim e Feuerwerker (2004) expõem que esses processos de qualificação precisam ser organizados tomando por base a problematização do processo de trabalho e seu objetivo é o de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde, a gestão setorial e o controle social.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 50).

Se os serviços de saúde levarem em frente a proposta da educação em serviço, como uma possibilidade estratégica para gerir o trabalho e a educação na saúde, não serão organizados cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sim o ordenamento do

processo formativo e a educação permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Passados 18 anos do início da implantação do PSF (1994) no Brasil e 9 anos (2003) em Botucatu, percebe-se, deficiências na formação dos profissionais de saúde, de todos os níveis, que atuam na ESF, no qual estes aprendem sobre o novo modelo na prática, ou seja, ao ingressar em unidades da ESF e se relacionar com outros profissionais. Nota-se também uma carência de cursos de capacitação acerca do tema para os profissionais que já estão desempenhando suas funções na atenção básica. A educação continuada para todos os trabalhadores da saúde deveria ser contemplada nas propostas da gestão municipal, com intuito de qualificar o cuidado nas unidades do setor primário do SUS, seguindo as preconizações do Ministério da Saúde.

Ainda com o intuito de caracterizar como se dá o atendimento na unidade pesquisada, achamos necessário conhecer o grau de satisfação/insatisfação dos profissionais em relação ao desenvolvimento do seu trabalho. O Quadro 8 mostra que 07 profissionais julgaram-se satisfeitos e 12 encontram-se insatisfeitos no trabalho.

Quadro 8: Distribuição das respostas dos profissionais quanto à satisfação e insatisfação no trabalho, Botucatu, 2012.

Satisfação no trabalho	n° participantes
Satisfeito	7
Insatisfeito	12

O Quadro 9 demonstra os motivos de insatisfação no trabalho segundo a percepção de 12 profissionais entrevistados, que se julgam insatisfeitos:

Quadro 9: Distribuição das respostas dos profissionais sobre os motivos de insatisfação no trabalho, Botucatu, 2012.

Motivos da insatisfação
Salário baixo
Muito trabalho/demanda
Muita cobrança por parte da chefia e pacientes
Descaracterização do PSF
Sente-se desvalorizado
Escassez de funcionários
Divergências com chefia, gestão, colegas e pacientes
Mais valorizado pelos pacientes do que pela equipe e chefia
Pessoal não trabalha na função de sua formação
Não gosta do que faz
Pouca liberdade e autonomia para conduzir o trabalho
Difícil comunicação e diálogo com a chefia
Clima de opressão
Frustrada
Tocando o serviço
Falta de colaboração dos pacientes e funcionários

Em relação a um dos motivos que os deixam insatisfeitos, na visão dos ACS, o baixo salário foi amplamente relatado:

“Insatisfeita [...] pouca remuneração” (P ACS 2),

“Insatisfeita, ganho pouco [...]” (P ACS 3),

“Insatisfeita, [...] salário muito baixo” (P ACS 8).

Os demais profissionais referiram outras questões em relação à insatisfação no trabalho, porém, o profissional psicólogo relatou em seu discurso estar satisfeito com o serviço, mas, insatisfeito com seu salário, dentre outras condições desfavoráveis a seu ver, como por exemplo, a sobrecarga de trabalho.

“De modo geral me sinto satisfeito com a minha atividade, porém insatisfeito com as condições de trabalho, com o salário, quantidade de atendimentos que eu tenho que fazer, são coisas que eu acho que atrapalha e sobrecarrega” (P P 7).

Os resultados de uma pesquisa realizada por Suehiro et al. (2008) com profissionais do PSF de um município do interior do Estado de São Paulo indicaram que

as questões referentes ao ganho financeiro e à perspectiva de crescimento dentro da unidade de saúde despertaram insatisfação nos profissionais.

Cotta et al. (2006) realizaram uma pesquisa com 28 profissionais de diferentes áreas que compunham as equipes de Saúde da Família do Município de Teixeira- MG, verificando que em relação ao grau de satisfação com o salário recebido pelo trabalho prestado, 43% dos entrevistados a consideraram razoável; 32,1%, baixa; 17,9%, muito baixa e apenas 7,1% consideraram sua remuneração boa, ou seja, uma média de 50% dos profissionais mostraram-se insatisfeitos com a remuneração recebida.

Nosso trabalho também apontou a percepção dos profissionais em relação à insatisfação gerada pela “cobrança” no trabalho por parte da chefia:

“Insatisfeita, muita cobrança da chefia da unidade, por produção [...]” (P ACS 2).

“[...] na minha equipe eu acho difícil a comunicação com a chefia, o diálogo” (P D 15).

Santos, Soares e Campos (2007) constataram que o excesso de cobrança deve-se ao cumprimento de metas numéricas preconizadas pelos gestores, ou seja, o trabalho é dividido e organizado fundamentando-se na cobrança repetida e na produtividade. Assim, a organização do trabalho coloca a equipe diante do desafio das metas estabelecidas, participação de reuniões e atendimento de demandas administrativas e também dos usuários. As gerentes das unidades são cobradas a apresentarem números de produção e essas, conseqüentemente, exigem os mesmos números de produção de sua equipe.

Os números de produção citados anteriormente geram cargas de trabalho as quais, de acordo com Cheavegatti (2008) são cobranças ou demandas psico-biológicas do processo de trabalho, que causam o desgaste do trabalhador com o passar do tempo, podendo ocasionar agravos à saúde como: acidentes, doenças e manifestações psicossomáticas.

Em relação à cobrança pela chefia apontada por alguns entrevistados, Medeiros et al. (2010), numa pesquisa realizada com trabalhadores da saúde no Rio Grande do Sul constatou que profissionais que trabalhavam em um ambiente mais democrático, com liberdade, eram incitados a tomar parte dos diversos processos, sentindo-se mais responsáveis e conseguindo enfrentar as dificuldades no trabalho com mais dedicação e entusiasmo.

Além da chefia imediata, outro profissional demonstra sua percepção sobre a gestão municipal:

“Atualmente insatisfeita, porque o jeito de trabalhar já foi bem melhor, o apoio que a gente tinha da gestão para cumprir o programa, tinha mais liberdade e autonomia para conduzir a unidade [...] depois isso foi cortado, tanto que antes, cada unidade tinha a sua cara [...] isso aí poderia ser melhorado, quem ganharia com isso seria a população e os profissionais trabalhariam mais satisfeitos” (P M 13).

O estudo de Lodi, Tagliari e Moretto (2003) apontou como dificuldades a falta de autonomia das ESF nas tomadas de decisões, a ausência de capacitação para os profissionais destas equipes, a não participação da Coordenação nas ações desenvolvidas e a falta de flexibilidade para reconhecer problemas pessoais. Percebe-se então, a importância de uma coordenação democrática na atenção básica, transparente, imparcial, participativa, aberta e competente, propiciando a integração das equipes e a busca por um processo de educação permanente para todos os profissionais

Outros participantes relatam sua percepção, colocando um possível distanciamento entre coordenadores e trabalhadores da unidade:

“Me sinto mais ou menos valorizada, eu acho que ainda falta olhar para o profissional que está na ponta, eu acho que a coordenação poderia valorizar mais o profissional, fazendo uma avaliação pessoal, indicar os seus pontos positivos e negativos, fazer uma crítica construtiva, às vezes, eu posso achar que está tudo bem, que é isso que eles esperam de mim, mas talvez não seja isso que eles querem, podem ter outros olhares. Assim, você tem outros potenciais que poderiam ser trabalhados” (P E 12),

“Eu acho que no geral, teria que ser reestruturada a organização a partir da secretaria de saúde, a partir da gestão, para poder melhorar até para os próprios pacientes e para o funcionamento da unidade” (P D 15).

Medeiros et al. (2010) afirmam que a abertura, o apoio e o respaldo dado pelo gestor permitem o desenvolvimento de afinidades que podem estar relacionadas à permanência dos profissionais de saúde na secretaria municipal de saúde ou na equipe da ESF.

De acordo com Campos (2007) a gestão tem papel fundamental na reorganização da rede de saúde, sendo que esta não pode resumir-se aos componentes

administrativos e financeiros. Os gestores devem negociar com equipes e usuários e incorporar à sua prática, modos alternativos de se lidar com o processo saúde-doença-intervenção. Quando os gestores ignoram esse tema, há uma tendência de reprodução do modelo tradicional, que se mostra incapaz de assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade.

Nos próximos relatos os participantes apresentam suas percepções acerca da rotatividade dos profissionais:

“É negativo também a alta rotatividade dos profissionais” (P ACS 3).

“[...] não com esse troca-troca que eles (secretaria de saúde) fazem, dr Fulano agora vai para o posto tal, enfermeiro tal vai para o posto tal, aí dificulta tudo. Você fixando o médico ali, dando condição para ele trabalhar, dando trabalho suficiente que ele possa suportar, dando autonomia para ele” (P M 13).

Essa rotatividade pode ser desencadeada por opção do funcionário ou ser delegada pela chefia ou coordenação, sendo que, no município pesquisado, na percepção dos profissionais, é comum o rodízio entre profissionais nas unidades de saúde, com exceção dos ACS, que devem pertencer ao território. A rotatividade dos profissionais dificulta no estabelecimento de vínculos e conhecimento do território, características estas fundamentais para a ESF.

Quando a rotatividade se trata de vontade própria Campos e Malik (2008) apontam que diversos fatores fazem com que profissionais permaneçam ou deixem a organização em que trabalham, mas a satisfação no trabalho é um dos fatores que se correlaciona com a rotatividade de funcionários. Segundo essas mesmas autoras a literatura considera que a principal causa que leva um profissional a sair de uma organização é seu nível de insatisfação com a função que realiza.

Um participante da pesquisa demonstra opinião contrária a respeito da mudança no quadro de funcionários. Este relata ser positiva essa mudança na unidade em questão:

“O que eu acho positivo é o quadro de funcionários, o quadro mudou bastante da época que eu entrei até agora, eu acho que mudou a cara da unidade, em relação a alguns funcionários que foram transferidos e outros que a gente foi moldando conforme a cara do posto mesmo” (P E 12).

Entre os ACS, vários relataram como motivo de insatisfação, a escassez de funcionários e o excesso de demanda.

“Falta de funcionário” (P ACS 2),

“Eu gosto do que eu faço, mas até pouco tempo eu não tinha como fazer minha área completa, porque tinha outra área descoberta, aí você cobre pessoas de férias, cobre áreas descobertas e deixa de lado a sua área, você fica como um carteiro, vai entregar cartinha de mudança de consulta, cartinha de consulta, de resultado de exame” (P ACS 8),

No que se refere à cobertura de áreas de outros profissionais elencada por alguns participantes do nosso estudo, Cheavegatti (2008) também averiguou que um elemento de desgaste no trabalho do ACS era a obrigação de cobrir áreas de outros agentes, por motivo de férias, licença, afastamento ou demissão. Este autor trouxe em sua pesquisa outras circunstâncias de desgaste no trabalho dos ACS que aconteciam no contato com os cadastrados: a falta de valorização do seu trabalho, o não entendimento do PSF e do papel do agente de saúde, o excesso de cobrança dos pacientes, a procura extra-horário de trabalho e a recusa de cadastro nas visitas domiciliares.

Porém, outras categorias profissionais elencaram a carência de profissionais e o excesso de demanda como motivos de insatisfação:

“A falta profissionais, muitas vezes um profissional sai e demora a ser reposta essa contratação” (P P 7).

“As agentes tem se esforçado para cobrir as áreas que estão descobertas, está muito puxado, o número de auxiliar de enfermagem está pouco para 3 equipes, o que precisa urgente é contratar os 12 agentes que estão faltando, contratar também outro dentista, pois acaba sobrecarregando os outros dois e um auxiliar administrativo” (P E 19).

Para Batista e Bianchi (2006) o número reduzido de funcionários é desencadeador do ritmo acelerado de trabalho, devido ao fato de o profissional ter que realizar muitas tarefas que deveriam ser divididas e compartilhadas com outras pessoas da equipe, sendo que, esta escassez reflete na qualidade do cuidado e é fonte de estresse.

A sobrecarga de trabalho e a demanda dos usuários pelo serviço também se constituíram manifestações freqüentes entre funcionários e usuários de uma unidade de saúde localizada em Florianópolis, Santa Catarina (VICENTE et al., 2008).

Lodi, Tagliari e Moretto (2003) constataram que a sobrecarga dos profissionais se devia à falta de alguns funcionários da equipe mínima e de uma equipe multiprofissional para aumentar as possibilidades de cuidado oferecido à comunidade.

Para Suehiro et al (2008) há diversos estudos em que a satisfação no trabalho pode ser compreendida como um estado emocional resultante da interação dos profissionais, suas características pessoais, valores e perspectivas com o ambiente e a organização do trabalho, assim sendo, a satisfação no trabalho é um fenômeno complexo que sofre influências internas e externas ao ambiente de trabalho.

Optou-se por investigar esses aspectos com intuito de identificar como os profissionais percebem sua atuação profissional, pois acreditamos que funcionários que se sentem valorizados no desempenho de sua função tendem a trabalhar com mais alegria e motivação, por outro lado, a insatisfação gera dúvidas e conflitos que podem interferir negativamente em sua atuação profissional.

O processo de produção de saúde diz respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se faz numa rede de relações, permeada por assimetrias de saber e de poder, que exigem interação e diálogo permanentes (BRASIL, 2006).

Como 07 profissionais participantes do estudo relataram satisfação no trabalho, utilizamos o Quadro 10 para demonstrar os motivos de satisfação no trabalho segundo a percepção destes profissionais entrevistados.

Quadro 10: Distribuição das respostas dos profissionais sobre os motivos de satisfação no trabalho, Botucatu, 2012:

Motivos da satisfação
Gosta do trabalho, sente-se bem
Satisfeito com a atividade desempenhada
Gosta de ajudar as pessoas, sente-se útil
Sente-se valorizado
Sente-se realizado profissionalmente
Muitas melhorias em todas as áreas
Vínculo com as pessoas
Precisa melhorar muito seu desempenho
Ainda aprendendo
Não respondeu

Alguns entrevistados de nosso estudo declararam-se satisfeitos quando questionados a respeito da atuação e atividade desempenhada profissionalmente:

“Me sinto realizada profissionalmente, gosto muito do que faço, procuro fazer da melhor maneira possível, tento resolver todos os problemas e conflitos que aparecem no dia-dia, procuro ver o paciente de maneira integral e com as suas diversidades de problemas, e em relação ao atendimento, procuro realizar um atendimento com qualidade” (P E 12),

“Eu gosto do que faço, trabalho com amor, satisfeita. Eu me sinto bem trabalhando, sinto que posso ajudar bastante as pessoas, me sinto útil no serviço, me sinto mais valorizada na minha área do que dentro da unidade, pela chefia em geral.” (P ACS 18).

Uma pesquisa realizada por Ronzani e Silva (2008) que buscou analisar a percepção de profissionais, gestores e usuários sobre o PSF em dois municípios de Minas Gerais verificou que a continuidade no trabalho se deve a: satisfação com o trabalho realizado, proximidade com a população, confiança no PSF como estratégia de mudança na saúde e probabilidade de aquisição de novos conhecimentos na área. Os profissionais mostraram-se valorizados com o trabalho que desenvolviam principalmente no que se referia ao reconhecimento dos usuários, ou seja, em relação à satisfação da população com os serviços prestados na unidade, à possibilidade de auxiliar a suprir as necessidades das pessoas e pela identificação que sentiam com o serviço.

Alguns ACS alegaram insatisfação com o trabalho na unidade de saúde, porém quando indagados a respeito dos aspectos positivos do serviço, responderam:

“Eu gosto de ser ACS, eu gosto de estar na rua, eu gosto dos grupos, a satisfação de ser ACS é ótima, [...] eu sou reconhecida pelos pacientes da área, porque eles gostam muito de mim, me tratam muito bem, eu procuro fazer o melhor por eles vejo a saúde da mulher, eu oriento o quintal, sempre dou um jeitinho para que eles não se magoem, sou bem aceita na área, eu gosto de estar na área. É positivo o esforço das equipes quanto a um atendimento correto, eu tenho visto que tem melhorado muito o acolhimento, tem facilitado meu trabalho, o atendimento é positivo, em todas as áreas, um pessoal bastante capacitado, mesmo com a mudança de funcionários, eu vejo eles se esforçando. Eu vejo a unidade hoje acelerada, com demanda forte, mas as pessoas

estão começando a se entender como equipe, ou então, acordar como equipe, eu vejo as pessoas crescendo, se tratando melhor, a recepção melhorou muito, tem uma atenção maior, eu vejo com bons olhos a unidade, o trabalho, a equipe, eu acho que vai tudo bem” (P ACS 11).

“Eu gosto do que faço porque ajudo as pessoas na rua, lá fora, na rua o povo chega e diz: Obrigado, você me ajudou muito. É muito bom isso, sou reconhecida pelos pacientes. Eu acho que aqui agora tudo está andando, os médicos, agora a agenda parece que está indo, o povo tem elogiado muito o trabalho dos dentistas, dos médicos, das enfermeiras, o trabalho deles é bem feito” (P ACS 17).

No estudo de Cheavegatti (2008) quando questionados em relação aos potenciais de fortalecimento no trabalho, os ACS entrevistados assinalaram a necessidade de estabelecer um bom relacionamento e constituir vínculo com os cadastrados, o que se concretizava quando eram bem recebidos nas residências dos usuários e quando sentiam demonstrações de afeto por parte destes.

Santos (2005) numa pesquisa realizada com 241 ACS em São Bernardo do Campo mostrou que 95,4% deles referiram gostar do que faziam e que a motivação para ser ACS foi devido à oportunidade de emprego que o trabalho oferecia (38,6%), seguido do desejo de trabalhar com pessoas (20,3%), melhorar a saúde da comunidade (13,3%) e gostar da área da saúde (10, 4%).

Um estudo realizado por Sberse e Claus (2003) apontou que nos processos de trabalho estão as ferramentas imprescindíveis de qualidade dos serviços em saúde. O investimento nos processos de trabalho, com destaque nas tecnologias leves, como o vínculo e o acolhimento, podem potencializar a satisfação da população em relação aos serviços de saúde recebidos, melhorando o atendimento, o compromisso dos profissionais e a resolutividade.

4.3. Categorias de análise

4.3.1. As ausências e o comparecimento às consultas agendadas, e a demanda espontânea: Visões nem sempre convergentes de profissionais de saúde e de usuários

Usuários faltosos às consultas agendadas

Quando questionados a respeito dos motivos pelos quais os usuários faltam às consultas agendadas, as respostas apresentadas pelos profissionais entrevistados foram agrupadas no quadro seguinte sob a forma de indicadores.

Quadro 11: Respostas dos profissionais de saúde quando questionados a respeito das faltas dos usuários às consultas agendadas:

Visão do profissional (o usuário falta na consulta agendada porque)
Esquece
Tem facilidade em conseguir atendimento eventual
Por motivo trabalhista
Usuário não dá importância à consulta agendada
Consulta agendada é muito longe
Já resolveu o motivo pelo qual agendou consulta
Achou que não precisa de consulta naquele dia
Falta compromisso
Preguiça
Desinteresse
Tem outro compromisso
Vão ao serviço privado
Carência de ACS para lembrá-los nas visitas
Carência de política que trabalhe com promoção e prevenção
Alguma fatalidade
Acostumado com a lógica assistencial tradicional
Usuários descuidados
Falta de apoio em casa
Falta cultura
Falta de informação

Optamos por separar as falas dos profissionais de nível superior, da dos profissionais de nível médio e dos usuários.

Os profissionais universitários reconhecem que a organização da USF facilita a falta à consulta programática, na medida em que transcorre um longo período de tempo

do momento da marcação para o dia de atendimento e na percepção do entrevistado, isso pode gerar esquecimento sobre a data da consulta agendada.

“A consulta é marcada para longe e ele acaba esquecendo-se do dia, da data que foi agendada, esse é um motivo, outro, na época da consulta, não é o momento da dor, o momento que o sintoma está mais agudo” (P P 7).

Essa demora entre a marcação da consulta e o dia de atendimento é apontado por Fekete (1996) como uma barreira ao acesso pertencente a dimensão organizacional, que corresponde aos obstáculos impostos pelo serviço dependendo da maneira como este é organizado, no qual, a demora na obtenção da consulta, o tipo de marcação, o horário, a demora na espera pelo atendimento, a continuidade da atenção, a referência e contra-referência, podem prejudicar o acesso da população aos serviços de saúde.

Um entrevistado cita também a busca por atendimentos nos momentos em que os sinais e sintomas da doença já estão instalados, indicando a idéia de busca por atendimentos, preferencialmente, na presença destes eventos.

Segundo Santos (2008) para a maioria dos usuários, a procura a um serviço se dá, mais frequentemente, quando aparece algum evento patológico.

Outra questão relatada por um profissional relaciona a falta na consulta agendada à facilidade de acesso às consultas não-programáticas e à possível carência de orientações quanto à utilização dos serviços na atenção básica.

“Eu acho que pela facilidade de passar na consulta eventual, ele falta e vem no eventual com a queixa de dor e acaba passando no eventual, às vezes, é a falta de informação, de perceber a importância da consulta agendada, talvez falte essa orientação para os pacientes também” (P D 16).

Através da fala deste profissional, parece que inexistem regras para o atendimento não-programático, influenciando o uso da consulta eventual. Possíveis falhas na organização da unidade, representados por carências na comunicação entre equipe de saúde e usuários, quanto à utilização dos serviços, podem estar influenciando neste evento.

Mattos (2004) comenta que os profissionais de saúde detem um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos por elas causado, bem como medidas assistenciais capazes de interferir em algum grau sobre o modo de andar a vida, estreitado pela doença. Mas, na perspectiva da integralidade, os profissionais não devem

reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento, deve levar em conta o contexto cotidiano daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde, implicando a construção de projetos terapêuticos individualizados, por meio do diálogo e negociação entre trabalhadores da saúde e usuários do serviço.

A questão de como o usuário percebe sua condição de saúde é relatada pelo profissional, que relaciona a falta na consulta a uma percepção de baixa necessidade de acompanhamento em saúde:

“Ele falta porque naquele dia achava que não estava precisando de atendimento” (P M 13).

“Ele falta porque acha que está bem, que não precisa vir no médico, ele não está sentindo dor e também não precisa fazer exames, é o perfil deles” (P E 12).

Atentando-se ao fato citado, as faltas podem ocorrer por motivos diversos, no qual, barreiras sócio-econômicas, culturais e referentes à organização do serviço podem estar dificultando o acesso.

A procura pelos serviços da unidade de saúde encontra-se, em certa medida, vinculada à percepção que os indivíduos tem da seriedade de sua enfermidade, intensamente associada à menor ou maior dependência de sua capacidade em realizar tarefas cotidianas (AZEVEDO, 2007).

Em relação às gestantes, o fato delas terem prioridade no atendimento e agendamento, é citado por outro entrevistado, que relaciona a situação gestacional à facilidade no acesso às consultas e possíveis faltas.

“No caso da gestante ela falta porque sabe que no máximo na semana seguinte vai ter vaga ou se ela vier no dia seguinte falando que esqueceu, ela passa” (P E 21).

Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004) constataram em pesquisa realizada em Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, que o absenteísmo das gestantes às consultas agendadas atingiu 24,5%, sendo essas faltas, conseqüências de barreiras que vão além do acesso ao tratamento, como por exemplo, baixa percepção de necessidade, ansiedade e medo, dificuldade de transporte, mudança na rotina diária e também, o fato de não ter com quem deixar os filhos menores.

Cabe ressaltar que esta unidade foi, por 17 anos (1987 a 2004), uma UBS tradicional, composta por enfermeiro chefe, pediatras, ginecologistas, clínicos, dentistas, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e professores e estagiários da FMB –

UNESP. Não conseguimos encontrar durante nosso estudo qualquer registro ou informação sobre como esta mudança foi apresentada, discutida, partilhada, se é que foi, com a população usuária e nem sabemos se ela foi ouvida sobre suas necessidades ou anseios ao se reestruturar a unidade na forma de ESF, em 2006. Como já exposto, pode ter ocorrido dificuldades de aceitação do modelo assistencial instituído pela ESF, e a percepção da não aceitação do novo modelo está presente nas falas dos profissionais.

“[...] Eles estavam acostumados com a UBS tradicional, onde era somente queixa-conduta, não tinha um olhar para agendamento. Então agora é difícil mudar esse perfil, mudar o pensamento. Já conseguimos alguns progressos, mais ainda falta muito, eu acho que quando este município atender 100% da população com PSF, isso vai mudar” (P E 12).

É possível perceber, na visão do profissional, certo olhar preconceituoso em relação ao modelo anterior de atenção, embora ele mesmo se coloque como praticamente realizando o mesmo tipo de atenção criticada, quando aponta que a maior parte de seu trabalho realiza-se no atendimento as consultas eventuais. Falamos em certo preconceito por percebermos nos depoimentos que não houve qualquer contato ou passagem para adaptação da unidade ao novo modelo de atenção, na medida em que a unidade fechou para reforma e assim ficou fechada por quase um ano, todos os profissionais foram remanejados e abriu-se uma “nova” USF.

Os profissionais que trabalhavam na UBS foram remanejados, “dissolvidos” na rede de saúde, e foram contratados novos profissionais para constituir as duas equipes de Saúde da Família, através de seleção. As atividades exercidas nessa USF pesquisada são, de modo geral, as mesmas da antiga UBS:

- vacinação,
- consulta médica,
- consulta odontológica,
- consulta de enfermagem ao pré-natal,
- curativos,
- atendimento de casos de urgência/emergência,
- desenvolvimento de programas,
- ações de vigilância.

As atividades novas, que se iniciaram com a ESF, em 2006, referem-se a:

- ampliação da consulta de enfermagem,
- visita domiciliar como parte da organização do trabalho,
- trabalho em grupos,
- trabalho em equipe e,
- início dos trabalhos dos profissionais do NASF, mais recentemente.

São realizadas visitas ao território, a equipamentos sociais e aos domicílios. Os integrantes da equipe realizam visitas, mas os agentes comunitários as realizam diariamente e têm como tarefa fazer a ligação da comunidade com o serviço de saúde. Outros membros da equipe realizam visitas a partir de necessidades e demandas específicas, mas não há uma rotina regular.

Pesquisa recente realizada na mesma USF aponta que usuários referem-se ao modelo anterior como um serviço com qualidades. Segundo as mães, o aspecto mais positivo seria a maior disponibilidade de consultas, devido à presença de médicos pediatras, o que aumentava a oferta de atendimentos agendados e eventuais, pois com especialistas presentes na unidade, elas tinham maior opção de escolha do profissional que deveria atender seu filho, de acordo com sua afinidade. Neste estudo os usuários destacam ainda que houve perda de profissionais como o assistente social, que facilitava o agendamento de consultas e providenciava produtos e remédios de difícil acesso (VELO, 2011).

É necessário destacar também que em Botucatu, das 19 unidades básicas de saúde existentes, em 2011, 10 eram unidades de saúde da família, 08 unidades básicas tradicionais, sendo duas Centro de Saúde Escola, ligados a UNESP e 01 PACS. Esta diversificação na estruturação dos serviços encontrados na atenção básica, pode possibilitar, por parte dos usuários, uma escolha por atendimentos que respondam melhor as suas necessidades.

As UBS tradicionais, diferentemente das USF, contam com a presença de médicos de diversas especialidades e com alguns outros serviços, como atendimento psicológico e de fonoaudiólogo. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços (ELIAS et al., 2006). A menos de cinco quilômetros da USF pesquisada distam duas UBS com estas características.

Na literatura são apontados vários elementos que distinguem a atenção prestada pelas USF da prestada pelos centros de saúde tradicionais, entre os quais se destacam na ESF:

- Ênfase na ação da equipe da saúde da família em contraposição à ênfase ao atendimento médico,
- Presença do agente comunitário e todo seu trabalho de interação com a comunidade,
- Organização da demanda,
- Ênfase na atenção integral e enfoque familiar.

Como já apresentado neste trabalho, a ESF foi proposta para buscar reorientar o modelo assistencial na APS, priorizando ações de promoção, prevenção e educação em saúde, e para reorganizar os serviços por meio dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A ESF busca elevar a cobertura populacional, facilitar e ampliar o acesso para o cuidado integral de indivíduos e famílias. Neste aspecto, chama a atenção que a ESF se propõe a oferecer e ampliar a cobertura às parcelas mais pobres da população, buscando aproximar o serviço de saúde da comunidade com intuito em ampliar o acesso à saúde das famílias cadastradas naquele território, incentivar a participação popular, respeitar os valores, atitudes e crenças do grupo ao qual se dirige (SEOANE; FORTES, 2009). Entretanto, na prática, as diferenças entre o trabalho em UBS e USF, mesmo quando não formalizada, podem não ser tão claras, pois várias UBS ampliaram as ações preventivas e em relação ao enfoque familiar, este nunca esteve totalmente ausente na UBS (VAN STRALEN et al., 2008).

É inegável a evolução da atenção básica no país após a criação do SUS e implantação das equipes de saúde da família, porém o acesso universal aos serviços de saúde dá indícios que ainda precisamos avançar na qualidade das ações desenvolvidas nestes locais.

Segundo Carvalho e Campos (2000) para que se considere que uma unidade de saúde tenha um acesso satisfatório é preciso, em primeiro lugar, que ela tenha abertura de seus serviços ofertados à demanda e responsabilização em relação a todos os problemas de saúde da região. Deve também ter plasticidade, isto é a capacidade de adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor responder aos problemas,

adequando-se a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária (VELO, 2011).

Os profissionais de nível médio representados pelos ACS e auxiliares de enfermagem também exprimem suas opiniões sobre o tema em questão. Estes associam o esquecimento do usuário em comparecer no dia e hora marcada e a priorização de outros compromissos à “desvalorização” da consulta agendada:

“Eu escuto depois um monte de desculpas por terem faltado na consulta agendada. Justificam esquecimento, perdeu a hora, eles não dão importância” (P ACS 2).

“Falta de compromisso, não dão valor para consulta agendada, mas não é só consulta, por exemplo, vacina, elas perdem o cartão, deixam atrasar mais de um mês a vacina do filho” (P AUX E 4).

Nestes discursos expressões como “não dão importância”, “falta de compromisso” e “não dão valor” são atribuídos no sentido de desvalorização da consulta programática, porém parece uma tendência culpar os usuários pelas falhas que ocorrem no cotidiano do serviço de saúde.

De acordo com Pereira et al. (2011) ainda hoje, há muita dificuldade em se reorganizar a prática assistencial, com ênfase em novas bases e critérios, e superar o modelo tradicional de assistência à saúde. Mesmo com a orientação dada pelas políticas públicas, os serviços de ABS continuam voltados, quase que exclusivamente, para intervenções de caráter individual e curativas, pautadas em terapêuticas medicamentosas e intervencionistas.

A associação entre a ausência nos atendimentos programáticos e a facilidade de acesso à consulta eventual aparece, também, na fala destes profissionais, que de certa forma reafirmam as falas dos profissionais universitários.

“[...] a pessoa acaba esquecendo ou falta interesse, às vezes, não vai ao agendado hoje porque tem algum compromisso e vem no extra amanhã e sabe que vai ser atendido, talvez seja a facilidade em conseguir consultas” (P ACS 17).

“Porque se ele faltar hoje na consulta agendada, amanhã ele estará aqui para o eventual e será atendido. É a facilidade de agendar e conseguir passar. Veja a diferença do nosso serviço com a UNESP, se ele conseguir uma consulta para o fim do ano, ele não vai perder, porque é difícil conseguir e aqui é fácil” (P ACS 1).

Este entrevistado relaciona a percepção do usuário acerca dos diferentes níveis de atenção, no qual, ocorre a adaptação às regras impostas em cada instituição de saúde.

Nakamoto (2007) estudou a instituição citada, a UNESP, e revelou que, na percepção dos profissionais que atuam no pronto socorro da UNESP, o atendimento deficiente realizado nas unidades básicas de saúde, faz com que os pacientes busquem atendimento no Pronto Socorro do HC-FMB. Os profissionais deste hospital se sentem prejudicados, pouco responsáveis pelo funcionamento do sistema de saúde e não pensam em melhorar a articulação do PS com as outras unidades, nem em colaborar para qualificação da rede de serviços, o que poderia melhorar o fluxo de atendimento. Neste estudo, os profissionais colocam que o hospital das clínicas de Botucatu é procurado para sanar problemas de ordem social e que estes deveriam ser resolvidos na atenção básica, ou seja, o hospital acaba sendo utilizado como “válvula de escape” para indivíduos excluídos pela sociedade.

Outra pesquisa, realizada por Velo (2011), sobre a atenção à saúde infantil na ESF sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu, revela que apesar da facilidade de disponibilização de serviços de saúde próximos da casa do cidadão, a decisão relaciona-se a forma como o usuário é recebido e a resolubilidade desses serviços, portanto, o usuário se dispõe a deslocar-se a locais distantes de sua casa para ser atendido, desde que, seja bem recebido por uma equipe profissional, onde teve experiências prévias bem sucedidas e onde seu ingresso e permanência são facilitados.

Cecilio (2001) afirma que a integralidade do cuidado nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, ou seja, é fundamental a articulação entre os serviços, sejam estes, uma UBS, uma USF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, que devem se articular a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços de saúde e também por outras instituições, não necessariamente do setor saúde.

A preferência dos usuários pelas especialidades médicas é um desafio para os profissionais e gestores da atenção básica. Oliveira, Mattos e Souza (2009) colocam que a inexistência de especialistas e a carência de recursos tecnológicos nas UBS, aliadas à percepção do usuário sobre a importância desses recursos na obtenção de alívio para o seu sofrimento, são componentes significativos da imagem de menor qualidade que o usuário tem sobre o cuidado de saúde no nível primário. Prevalece entre os usuários a imagem da UBS como postinho de saúde com capacidade limitada de

resolver os problemas demandados. Os usuários percebem os serviços de saúde do SUS como uma espécie de favor à população mais pobre do país, bem longe de ser um exercício de direito de cidadania.

A próxima fala demonstra a percepção dos profissionais sobre a opção dos usuários por atendimento curativo e pela busca por especialidades médicas.

“Eles buscam encaminhamento para especialidades, que nem sempre são necessários. Eles procuram no momento da dor e depois não aderem ao tratamento, isso que é o problema. Eles usam a unidade como urgência e emergência, e não como prevenção” (P ACS 2).

Oliveira, Mattos e Souza (2009) analisaram o comportamento dos usuários em relação à utilização de serviços do SUS e relatam que historicamente, há uma nítida e persistente preferência por formas de pronto atendimento médico em prontos-socorros e hospitais, ou seja, apesar de todo o processo em andamento de reorientação do modelo assistencial, a partir, da atenção básica, apesar da expansão da rede ambulatorial, apesar da implantação e expansão do PSF, os usuários, em sua busca espontânea por assistência em saúde, vem mantendo sua preferência por atendimentos médicos em prontos-socorros e hospitais.

Por outro lado, para Azevedo (2007), o atendimento à demanda espontânea, por não ser valorizada no PSF, não consegue fazer parte do seu cotidiano de trabalho. Assim, faz-se a crítica a estrutura do PSF, onde os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e, quando não são atendidos nas suas necessidades, vão até os serviços de pronto atendimento e pronto socorros, sobrecarregando-os com demandas consideradas simples, as quais poderiam ter sido resolvidas na atenção básica.

A fala a seguir revela o quão variado são os fatores que envolvem a ausência das pessoas às consultas agendadas, compreendendo desde aspectos relacionados à organização do processo de trabalho e déficit no quadro de funcionários, até questões de ordem trabalhistas.

“Uma soma de fatores. Primeiro a agenda é muito longe, eu acho que quando a agenda está para muito longe, o paciente esquece mesmo. Segundo porque não temos agentes comunitários atuantes, não é nem culpa deles, porque eles estão em número reduzido. Quando você tem agente comunitário atuante eles sabem até a data da

consulta e ele passa na visita e fala: Amanhã o senhor tem consulta, não esquece. Só que com essa população enorme, não se tem o domínio da população [...] Também, o motivo que levou o paciente a agendar a consulta já foi resolvido, ou em outro local, ou em atendimento extra, ou não tem mais aquela queixa, ou começou a trabalhar e tem receio de faltar no emprego, eles tem medo de faltar do trabalho e perder o dia de serviço, mesmo com o atestado” (P AUX E 5).

Cabe reforçar que a USF pesquisada funciona das 7:30 às 17:00 horas, horário incompatível com o de muitos usuários trabalhadores. Esse aspecto pode também interferir no acesso da população aos serviços de saúde.

De acordo com Cerqueira e Pupo (2008) os obstáculos e a baixa resolutividade do sistema de saúde fazem com que o fluxo pela busca de cuidados e pelo uso dos serviços se torne tão desgastante, dificultosa e exaustiva a ponto de causar a desistência do tratamento por parte de alguns indivíduos.

Na seqüência, é apresentada a percepção dos usuários acerca da utilização do serviço, bem como, a frequência às consultas agendadas e eventuais. O quadro seguinte revela os indicadores relacionados aos motivos pelos quais os usuários faltaram às consultas programáticas.

Quadro 12: Respostas dos usuários quando questionados sobre os motivos que o impediram de comparecer à consulta agendada:

Visão do usuário
Esquecimento
Motivo trabalhista
Tem outros compromissos
Alguém doente em casa
Motivo familiar
Quando a dor não está tão grande
Trocou as datas
Nunca falta

Na fala seguinte percebe-se a necessidade por atendimento apresentada pela entrevistada, porém a mesma prioriza outros compromissos:

“Um dia eu esqueço, outro dia chega gente em casa, é sempre assim, outra vez estou trabalhando. Ela (ACS) já marcou várias consultas e não fui, e eu preciso ir” (U F 22).

Outro usuário afirma que mesmo com a consulta marcada utiliza mais o serviço em atendimento não-programático:

“Ah às vezes eu perco a minha (consulta agendada), então, eu tenho que procurar a extra, vou mais à consulta extra. Às vezes eu acabo esquecendo ou vou trabalhar e não dá tempo” (U F 29).

Dando ênfase a aspectos relacionados ao trabalho dos usuários, o próximo depoimento revela dificuldades em conciliar trabalho e acesso à saúde.

“[...] eu já perdi um emprego por causa disso [...] lá na empresa eu trabalhava durante o dia carregando o caminhão, se eu falto ali, ninguém cobre o meu lugar, e o dono da empresa não quer saber, ele fala assim: Vamos ver o quadro do Fulano, ele tem alguma doença proveniente do trabalho, não, então vamos mandar embora, é assim que funciona” (U F 14).

Assim como os profissionais de saúde o usuário também manifesta a barreira ao acesso causada por questões trabalhistas. Essa barreira tem dimensão sócio-econômica e relaciona-se a dificuldade no processo de busca e obtenção de assistência à saúde pelos usuários, sendo destacado por Azevedo (2007) e citada nos trabalhos de Fekete (1996), referindo-se ao consumo de tempo, energia, recursos financeiros, também prejuízos por ausência no trabalho ou afastamentos por motivo de doença, custo do tratamento, dentre outros.

A fala do usuário seguinte confirma a do profissional de saúde, quando atrela a busca por atendimentos à presença de sintomas físicos:

“É porque eu tenho que fazer outra coisa e acabo não indo, ou porque a dor não estava tão forte, dá para agüentar, meu marido fica bravo comigo, do fato de ter uma consulta marcada e não ir, o duro que o posto é tão pertinho” (U F 28).

Segundo Azevedo (2007), a falta de clareza sobre o papel das unidades básicas de saúde, pode propiciar um acesso desorganizado nas unidades, no qual, estas, ora são vistas como espaços quase exclusivos de promoção da saúde e prevenção de doenças, ora são tidas como espaços de pronto-atendimento de todas e quaisquer necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

Outro aspecto que merece ser citado e que aparece nas falas, em relação às faltas às consultas agendadas, refere-se à falta de visão sobre a diferença entre a necessidade de acompanhamento de pacientes com problemas crônicos, que vem sendo atendidos

como eventuais. Este ponto merece atenção na medida em que no atendimento eventual, sem a devida atenção e acompanhamento adequado, pode-se comprometer a qualidade do serviço oferecido no caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Entendemos que cabe à atenção primária a realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de DCNT, responsabilizando-se pelos usuários.

“Tem pacientes que eu peguei no grupo de diabéticos, que tomam insulina e fazia anos que não passavam em consulta, não tem controle de quando o paciente passou ou vai passar” (P AUX E 5).

Sobre a necessidade de revisão do modelo de atenção às doenças crônicas na APS, Mendes (2010) discute a APS deve desenvolver uma atuação voltada para a epidemia moderna das condições crônicas, enfatizando que o cuidado ao paciente crônico é muito diferente daquele que deve ser ofertado ao paciente com quadros agudos. A Organização Mundial da Saúde (2003) adverte de forma incisiva:

Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.(p.3)

As doenças crônicas podem significar um bom exemplo sobre a necessidade de a APS estar organizada para realizar um cuidado que preveja a longitudinalidade ou a continuidade do cuidado à saúde.

As falas aqui apresentadas, no entanto, nos remetem a questão levantada por Cunha e Giovanella (2011) quando afirmam ser pertinente investigar a existência, por parte da população adscrita, do real reconhecimento das USF como fonte regular de cuidados, ou se a utilização da unidade é simplesmente pela restrições de opções, o que poderia implicar na não adesão às recomendações terapêuticas, e ainda influenciar na busca por serviços de emergência, de casos, cujos tratamentos são passíveis de intervenção na APS.

Usuários assíduos às consultas agendadas

Em contrapartida aos exemplos apresentados anteriormente, achamos necessário, explorar os casos que aderem às consultas agendadas, ou seja, entender a imagem de profissionais de saúde e usuários acerca da assiduidade às consultas agendadas, buscando aspectos que possam influenciar neste fenômeno.

O quadro abaixo representa os indicadores relacionados à percepção dos profissionais de saúde sobre os motivos pelos quais usuários comparecem às consultas agendadas.

Quadro 13: Respostas dos profissionais de saúde quando questionados sobre os motivos relacionados à presença na consulta agendada:

Visão dos profissionais
Usuário responsável com sua saúde
Adere ao tratamento
Trabalho do ACS na casa do usuário
Usuários mais informados
Bem atendidos pelos profissionais
Usuários favorecidos culturalmente
Gostam da USF
Usuários mais educados
Diferenciam a resolubilidade da consulta agendada
Aceitam o programa
Conseguem vir no horário de funcionamento
Confiam no serviço

Para os profissionais de nível universitário:

“Geralmente são aquelas pessoas mais esclarecidas, são as mães mais zelosas com os filhos, são aquelas pessoas que confiam mais no serviço, as pessoas que realmente dão importância para o serviço, e reconhece que a gente está fazendo um trabalho bom com eles” (P M 13).

Com relação à percepção do entrevistado, deve-se ter cautela em generalizar a assiduidade à apenas pessoas bem informadas ou mães atenciosas, pois são variados os fatores que agem na presença ou ausência nas consultas programáticas.

Para Alves (2005) os profissionais devem alcançar o cotidiano das pessoas, reconhecendo o contexto em que estão inseridas e valorizar o conhecimento prévio dos indivíduos. Quando o indivíduo compreende os condicionantes do processo saúde-

doença, ele passa a oferecer elementos para a adoção de novos hábitos e comportamentos de saúde.

O contexto sócio-cultural da população determina a percepção que o indivíduo tem em relação à seriedade de sua doença, etiologia, tipo de tratamento e nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos quanto aos cuidados com a saúde e vergonha no caso de doenças sexualmente transmissíveis (AZEVEDO, 2007).

Um entrevistado relaciona a assiduidade às características da personalidade e educação da população:

“Eu acho que passa pela característica de personalidade, da pessoa que respeita as regras, que sabe que se ele faltar, estará prejudicando outros pacientes, então acho que tem a ver com educação, com valores que essa pessoa recebeu em casa, na família, na escola, em saber respeitar, de não faltar, de avisar quando vai faltar, pois geralmente as pessoas que fazem isso fazem em qualquer lugar da vida, uma pessoa que chega atrasada na reunião, no trabalho, a pessoa que falta e não avisa no compromisso, então acho que isso tem a ver com educação de modo geral. A pessoa que faz as coisas certas, ela é uma pessoa que repete isso na sua vida de um modo geral” (P P 7).

Nesse relato aparece a percepção acerca da preocupação em prejudicar outras pessoas pelo fato de não comparecer na consulta, porém ocorre o juízo de valor quando o entrevistado relaciona a educação e os valores apreendidos à assiduidade às consultas. Isso pode sugerir que o assíduo é o bem educado e o faltoso não é provido de educação.

Na fala do profissional de nível médio, há relação entre assiduidade a aqueles que percebem a necessidade de acompanhamento em saúde ou são bem atendidos pelos profissionais:

“O que não falta é o que realmente quer o tratamento, ele adere ao tratamento. Outros referem não faltar porque os profissionais o trataram bem, mesmo se o retorno for para longe, eles comparecem. É legal agente ouvir essas coisas” (P ACS 1).

Desejar um atendimento ou acompanhamento em saúde favorece a presença na consulta, porém pode acontecer de o indivíduo almejar tal atendimento e ocorrer situações cotidianas que o impeçam de comparecer no dia e hora programada. Outro

participante expressa a responsabilidade com a saúde como fator de adesão à consulta agendada:

“Porque ele é preocupado com a saúde, tem responsabilidade, outro tipo de cultura” (P ACS 2).

Nessa fala aparece novamente o juízo de valor, no qual, dá-se a entender, que aquele faltoso é despreocupado e irresponsável com sua saúde, por isso não compareceu na consulta.

Um dos entrevistados relaciona a pouca utilização do serviço pelos homens e maior adesão por parte das mulheres.

“Ele é mais preocupado com a saúde, geralmente mais as mulheres do que os homens, na minha área, pelo menos uma vez por ano elas tem passado, homens eu tenho bastante faltosos. Homem não gosta de médico, não gosta de consulta, não gosta de tomar remédio, não gosta de nada, a maioria não se preocupa, mas eu tenho pacientes que vem certinho, toma remédio certinho” (P ACS 8).

Um estudo realizado por Pires et al. (2011) cujo objetivo foi buscar dados sobre o perfil do público assistido na atenção primária de uma UBS no estado do Pará averiguou com a análise da amostra que o gênero feminino é o que mais procura assistência médica na atenção primária e referem que este fato é algo cultural no país.

Para Brasil (2008) as mulheres preocupam-se mais com a saúde, pois os homens, marcados por costumes e crenças da cultura patriarcal, consideram que ser masculino é estar sempre saudável, já que a doença significa fragilidade. Os homens utilizam a indisponibilidade de tempo, devido à carga horária de trabalho como desculpa pela não procura dos serviços de saúde.

Braz (2005) aponta para a possibilidade do impacto discriminatório das políticas de saúde, no qual, os homens encontram dificuldade no acesso aos serviços de saúde e por isso, não tem suas necessidades de saúde atendidas. Restam para esta parcela da população os atendimentos de emergência que funcionam em horários compatíveis com aqueles que trabalham.

Outros participantes sugerem que aqueles usuários mais esclarecidos, que entendem a organização da unidade e confiam no serviço são assíduos às consultas:

“Eles gostam de vir, elogiam muito a unidade, eles enxergam o funcionamento e aceitam o programa” (P ACS 2).

O depoimento que se segue relaciona a atuação do ACS à assiduidade dos pacientes:

“Eu acho que é eu estar indo lá e falando na cabecinha deles (risos), todo mês, porque é assim [...] eu falo muito, eu falo: olha se tiver consulta não falte, vão porque não é fácil conseguir consulta e eles sabem que não é, então eu acho que é essa questão de eu pegar no pé mesmo, de eu ficar em cima, de eu passar e falar, e lembrar as pessoas, então eu acho que é isso, mais pela persistência do agente de ficar sempre em cima” (P ACS 19).

Ferraz e Aerts (2005) enfatizam que uma das principais funções do ACS, estabelecida pelo MS é a visita domiciliar (VD) em que o agente conhece melhor as necessidades das famílias e, sobretudo, realiza o trabalho educativo. “A VD é o instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família” (p. 353).

A orientação sobre a maneira mais equilibrada de utilização dos serviços de saúde deve ser de responsabilidade de toda a equipe, agregando sempre o usuário nessa discussão. Isso é possível quando a equipe cria espaços para participação comunitária e tem o apoio da gestão municipal para implementação de resoluções pertinentes, negociadas no âmbito de reuniões em conselhos de unidades de saúde e conselho municipal de saúde.

A seguir os indicadores dos usuários a respeito da assiduidade às consultas programáticas:

Quadro 14: Respostas dos usuários quando questionados sobre os motivos relacionados ao comparecimento à consulta agendada:

VISÃO DOS USUÁRIOS
Tem cuidado com a saúde
Compromisso e responsabilidade
Ocupa a vaga de outra pessoa
Se perder, demora para marcar outra consulta

Usuários salientam a importância em comparecerem na consulta agendada:

“É importante comparecer na consulta agendada, importantíssimo, primeiro porque você tem que cuidar da sua saúde, e outra, se está agendado é um compromisso

que você tem, certo, porque eu não vindo, eu vou tirar a vaga de outra pessoa, que muitas vezes, poderia estar precisando” (U A 20).

“A gente vai porque geralmente tem exame para ver, medir a pressão. Eu gosto de ir na consulta agendada e gosto de ir na extra também, se precisou eu vou” (U A 25).

“[...] se a gente perder a consulta agendada, demora para conseguir marcar e eu acho que é justo” (U A 26).

Na busca pela excelência das ações na atenção básica a adesão, a confiança e o apoio da comunidade parecem ser fundamentais para o bom funcionamento das unidades de saúde. Experiências anteriores avaliadas como positivas pelos usuários favorecem a criação de vínculo com os profissionais de saúde. Cerqueira e Pupo (2008) acrescentam que a garantia de atendimento rápido, a percepção de atenção, interesse e cuidado recebido geram credibilidade e são decisivos para o retorno e continuidade nos serviços.

Oliveira, Mattos e Souza (2009) afirmam que, sendo o nível básico de atenção a porta de entrada principal do sistema de saúde, os gestores devem fazer do usuário o centro de suas reais preocupações e se empenhar para melhorar a resolubilidade da rede básica. Devem resgatar a imagem de credibilidade do nível primário da atenção, melhorando-a no sentido de evidenciar sua confiabilidade e de tornar suas condições de acesso e acolhimento mais favoráveis.

Segundo Deslandes (1997) o sucesso ou insucesso de determinado serviço ou programa relaciona-se aos valores, ideologias, *status*, etnia, crenças de seus usuários, comunidade e agentes, sendo imprescindível, identificar conflitos, visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve.

De acordo com Lora (2004) a equipe deve assumir o compromisso de responsabilizar-se por determinado número de pessoas ou território e fazer com que cada membro desenvolva mecanismos e soluções criativas em busca da resolução de problemas nas esferas biológica, psicológica, econômica e ambiental. Quando a comunidade observa as soluções ou facilitações de suas questões, passa a confiar no trabalho desenvolvido. Os profissionais devem considerar a importância de assumir o papel de promotores e educadores em saúde, com a adoção de rotinas que favoreçam o

exercício diário com as famílias de criação de vínculo ético, de relação de confiança, de humanização e de melhoria na relação equipe de saúde/população, criando assim um ambiente propício à assimilação de uma cultura preventiva.

Entender como o usuário percebe e utiliza o serviço de saúde pode ser o diferencial entre o sucesso e o fracasso das ações desenvolvidas na atenção básica. A adesão da população às consultas agendadas pode permitir um maior controle e conhecimento dos cuidados necessários à sua saúde dos indivíduos e possibilitar uma utilização mais racional do tempo destinado aos trabalhadores do serviço.

4.3.2. A não diferenciação entre as modalidades de consulta agendada e eventual

Consulta eventual, não-programática, de urgência e emergência, extra, são algumas denominações para a modalidade de consulta utilizada em serviços de pronto atendimento e visam o atendimento das manifestações agudas e ocorrências inesperadas da população, sendo comum, em hospitais, pronto-socorros e também em unidades da atenção básica. Os municípios devem estar organizados de maneira a responder essas demandas, com agilidade e resolubilidade, e criar espaços de discussão para diminuir esses eventos, principalmente na atenção básica.

As consultas agendadas ou programáticas, como a nomenclatura diz, são aquelas programadas, em que o profissional pode analisar previamente informações de prontuários, resultados de exames e coletar informações com outros integrantes da equipe, como auxiliares e ACS, portanto realizar uma consulta mais abrangente devido ao maior número de informações. Nestas ações, aspectos como promoção à saúde e prevenção de doenças, controle e cura, podem ser trabalhados com maior efetividade, pois os profissionais destinam maior tempo na investigação e utilizam abordagem integral.

De acordo com Campos (2007) a rede básica de saúde deveria resolver pelo menos oitenta por cento dos problemas de saúde, só que para isso, teria de desenvolver, de maneira articulada, funções de saúde pública (promoção e prevenção), da clínica ampliada e uma política de acolhimento das demandas individuais e coletivas que garanta o acesso às equipes de saúde.

Segundo Mattos (2001), na articulação das práticas de saúde pública com as assistenciais, surgem novas questões para as equipes de saúde, como as tensões entre a demanda espontânea por consultas e a criação de uma demanda programada para responder às necessidades não tão claramente sentidas pelos usuários, sendo que, o equilíbrio destas demandas, elevaria a efetividade do serviço. Não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população.

Quando questionados a respeito das diferenças entre as consultas programáticas e as não-programáticas, os profissionais de saúde entrevistados revelaram os seguintes indicadores:

Quadro 15: Respostas dos profissionais de saúde sobre as diferenças entre consulta agendada e eventual:

Agendada	Eventual
Pede exames e retornos	Trata a queixa do momento
Usuário é mais ouvido	Também pede exame
Usuário é visto como um todo	Igual a agendada
Usuário é atendido melhor	É rapidinho
Tempo de consulta é maior	
Tem encaminhamentos	
Escuta ampliada	
Consulta mais completa	
Trata o problema	
Tratamento mais completo	
Passa orientações sobre prevenção	

Os profissionais de nível universitário expressam a constância dos atendimentos não-programáticos, sendo que, na percepção destes, os usuários procuram a solução de suas queixas imediatas e desconsideram aspectos relacionados à promoção e prevenção à saúde.

“Eles procuram um atendimento rápido, que resolva seu problema de agora, pontual, ou seja, queixa-conduta, eles não tem esse olhar para prevenção, que precisa fazer exame” (P E 12).

Para a maioria dos usuários saúde ainda está relacionada à ausência de doenças, fato que os leva a procurarem o serviço, mais frequentemente, quando aparece algum evento patológico (SANTOS, 2008).

Segundo Mattos (2004) na perspectiva da atenção às pessoas, a assistência é demandada a partir de uma experiência de sofrimento, na qual os indivíduos buscam a possibilidade de encontrarem alento para tal sofrimento num serviço de saúde e isso resulta no que chamamos de demanda espontânea.

Obviamente, tanto a experiência de sofrimento como essa expectativa frente aos serviços de saúde são construídas socialmente, embora experimentadas individualmente, o que nos leva à conclusão de que essa demanda que parece ser espontânea de fato é construída socialmente. Mas aqui o que importa é que a assistência vincula-se a uma experiência individual de sofrimento.

Já as ações preventivas se antecipam à experiência individual de sofrimento. Elas atuam ainda no silêncio dos órgãos. Elas são possíveis porque nosso conhecimento sobre as doenças (que causam alguns sofrimentos) permitiu antever riscos ou mesmo reconhecer precocemente a doença antes mesmo que ela gere qualquer sofrimento. Portanto, a necessidade de uma ação preventiva é ditada a partir do conhecimento dos profissionais. Ela é de certo modo ofertada pelos profissionais de saúde (MATTOS, 2004, p.1413).

O mesmo entrevistado citado anteriormente revela sua percepção acerca das diferenças entre os tipos de consulta:

“Na consulta eventual é a queixa-conduta. Na consulta agendada o médico, a enfermeira, o dentista terão um olhar no todo, ou seja, ele pede exames, ele examina, ele tem meia hora para fazer tudo isso, ele pode fazer encaminhamento, ele pode escutar o paciente, ampliar a escuta” (P E 12).

O relato a seguir enfatiza a percepção de um profissional sobre a consulta programática.

“Acho que no agendado o profissional vai mais preparado e com maior disponibilidade em fazer uma escuta ampliada, fazer uma anamnese mais qualificada e gastar um tempo maior que permita observar outras questões, ver o paciente de uma maneira mais integral, não só aquela doença e o remédio para aquilo. Em tese deveria ser uma consulta melhor, vai solicitar exame, vai pedir retornos, que no eventual acaba não acontecendo” (P P 7).

Analisando a fala deste participante cabe ressaltar que a consulta programática não deve ser melhor que a eventual, elas tem intenções diferentes, então, é necessário

buscar a excelência em todas as modalidades de atendimento, respeitando as distinções e especificidades de cada ação.

A próxima declaração mostra a percepção do entrevistado sobre a distinção dos dois tipos de consultas, e que esta é confusa para a população e também para profissionais de saúde, ou seja, conduta semelhante é utilizada pelo profissional diante das consultas agendadas e eventuais e isso pode gerar dúvidas quanto ao acesso dos usuários ao atendimento na ESF.

“[...] eu acho que nem os profissionais, nem os usuários diferenciam. Na verdade eu acho que a culpa é da gente mesmo, porque, às vezes, quando tem pouco extra, a gente acaba dando maior atenção para os pacientes, mesmo no extra. Tem pessoas que possuem problema de saúde e vem no extra, porque não acharam consulta agendada, então você acaba dando mais atenção, então, a gente mesmo acaba confundindo a população. Eu acho que eles não sabem fazer essa diferenciação, por mais atenção que a gente der na consulta agendada, a gente acaba dando também atenção no extra” (P M 13).

Na percepção deste participante parece não haver distinção entre os propósitos das consultas programáticas e não-programáticas, ou seja, se o usuário recebe o mesmo atendimento em ambas as consultas, qual seria o sentido das pessoas marcarem consulta e esperarem pela tal?

Outro entrevistado comenta sobre a falta de esclarecimento para a população a respeito da diferença de propósito entre as consultas e reforça a idéia da semelhança entre os atendimentos agendados e extras:

“Acho que isso ainda precisa ser muito trabalhado com os pacientes. Alguns já entendem o funcionamento, porque a gente já está “fazendo PSF” desde 2006, mas eles já perceberam que se quiser resolver vem na eventual que resolve [...] eles valorizam bem mais a eventual” (P E 21).

Mattos (2004) aponta que a integralidade se expressa na prática, por meio da capacidade dos profissionais em responderem ao sofrimento manifesto, decorrente da demanda espontânea, articulando esta à oferta de ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho, rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, nem sempre vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso denota instituir

dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer ações voltadas para a prevenção, além das ações demandadas pela própria população, a partir de experiências individuais de sofrimento.

Na percepção do próximo entrevistado, a população associa a unidade a locais exclusivos de pronto atendimento e elenca o ACS como fundamental na orientação da comunidade:

“Eu acho que os pacientes tem um olhar para a unidade como pronto socorro, e na verdade o nosso papel aqui não é esse, o nosso papel é trabalhar como PSF, com prevenção, promoção de saúde, e isso está faltando, essa conscientização da população, e o principal profissional que pode fazer isso é o agente comunitário, que orienta na casa” (P E 12).

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo MS, merece destaque a que afirma que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” (BRASIL, 1997, p. 18). Isso confirma a fala do profissional quando a mesma reporta a importância da atuação dos ACS aos usuários, porém deve-se frisar que a orientação da comunidade é de responsabilidade de toda equipe.

As eventualidades fazem parte do rol de ações a serem desenvolvidas na ESF, porém a frequência e volume dessas ações necessitam ser monitoradas, analisadas e discutidas por toda equipe, buscando a construção conjunta dos atos necessários para a minimização destes eventos.

“Os profissionais tem essa noção mais pecam na orientação, principalmente quem está na ponta, como o agente comunitário, que poderia estar orientando na casa, poderia estar explicando o que é uma consulta eventual, pelo contrário, ele chega e fala: está com qualquer problema, vai no atendimento extra” (P E 12).

Analisando as falas anteriores percebe-se que os usuários utilizam o serviço de saúde da maneira que lhes pareça mais acessível e os profissionais de saúde relatam divergências quanto a orientação à comunidade.

Deve-se reconhecer a necessidade, em qualquer serviço de saúde, de se lidar com a demanda não agendada ou espontânea, de forma qualificada e com critérios de acesso implicados com o sofrimento das pessoas, e evitar critérios incompatíveis com as diretrizes do acolhimento, como por exemplo, ordem de chegada para atendimento, ações exclusivamente pré-agendadas e data mensal para agendamento. A agilidade no

atendimento eventual deve ser definida a partir da análise da situação do usuário, seguindo protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, com a utilização do critério de risco/vulnerabilidade apresentado pelo usuário e consequente priorização da atenção. Desta maneira exerce-se uma avaliação e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos. (BRASIL, 2006).

O quadro a seguir revela os indicadores relacionados aos problemas causados pelo excesso de demanda espontânea na percepção dos profissionais entrevistados.

Quadro 16: Respostas dos profissionais de saúde em relação aos inconvenientes causados pelo excesso de atendimento eventual

Por que é um problema o usuário comparecer na USF mais em consulta eventual?
Aumenta a demanda
Tempo da agendada diminui
Diminui a qualidade da agendada
Sobrecarrega toda equipe
Desorganiza toda a unidade
Descontinuidade no tratamento
Maior tempo de espera
Falta na agendada e é atendido com facilidade na eventual
Não trabalha prevenção, apenas cura
Contrário à lógica de organização do PSF
Usuários vêm do modelo tradicional
Atendimento não fica ideal nem para o agendado, nem para o eventual
Pouca resolubilidade
Trabalho dobrado

Espera-se que os serviços da atenção básica estejam preparados para as intercorrências cotidianas e resolvê-las com agilidade e resolubilidade, porém, o excesso de demanda não-programática pode possibilitar a descaracterização da ESF, fazendo com que, o tempo e esforço dos profissionais, gasto com consultas extras, deixem a configuração da unidade semelhante a serviços de pronto-atendimento. Essa dificuldade aparece nas seguintes declarações:

“O excesso de eventual tumultua porque tira o espaço do agendado, aquelas pessoas que vem na consulta extra, nem sempre vem porque estão doentes, vem por outro problema, porque quer uma carta, uma fralda, tem um milhão de coisas” (P M 13).

Numa pesquisa realizada por Azevedo (2007) as demandas espontâneas (de urgência ou não) demonstraram ser para alguns profissionais uma demanda indesejada, inadequada, fora de hora, ou até mesmo desnecessária.

Entretanto, esse tipo de demanda está entre as atribuições dos profissionais do PSF, deliberada pelo MS, para garantir a integralidade das ações. A ESF vem para organizar e diminuir a demanda espontânea, identificando e atuando sobre os problemas de saúde coletiva (BRASIL, 2002).

No relato a seguir o entrevistado menciona a dificuldade imposta à unidade, devido ao fato do número excessivo de atendimentos extras:

“É um problema porque a unidade não está preparada para atender 30, 40 pessoas na consulta extra, fora os agendados, a unidade tem uma lógica de atendimento construída em cima do agendamento. É esperado que venha alguns eventuais, pois isso acontece em todo lugar, mas acontece uma inversão, ou seja, tem mais atendimento eventual do que agendado, e isso consome a maior parte do tempo e da energia das pessoas, prejudicando o paciente que está agendado” (P P 7).

Esta fala corrobora com o estudo de Santos (2008) que objetivava avaliar a qualidade da assistência à saúde oferecida pela ESF no município de Santo Antônio do Monte (MG), segundo a perspectiva da satisfação dos usuários, concluiu que os usuários de uma das unidades de saúde pesquisada mostraram maior insatisfação relacionada ao acesso à consulta médica, declarando demora no agendamento, no entanto concordavam que a demanda por este serviço é ampla, e este fato justificava a espera. Como essa espera acaba sendo longa, os usuários quando necessitam de consulta por diferentes motivos, acabam procurando as unidades de saúde para atendimentos extras, abarrotando-os.

O próximo participante relata sua percepção em relação à preferência pelos atendimentos extras:

“O paciente dá preferência para a consulta eventual, ele quer vir no posto na hora que ele precisa, e geralmente é na hora da dor, é na hora do incômodo, é o dente que está doendo, é uma dor de estômago, então acho que ele quer essa garantia de atendimento [...] Eu acho que as pessoas querem uma solução imediatista, não tem a perspectiva da prevenção, de trabalhar a longo prazo. Acho que também tem a ver com

o que a gestão prega, a idéia que se vende, de que o paciente vai ser atendido na hora que ele precisar” (P P 7).

A seguir os profissionais de nível meio demonstram sua visão acerca da diferenciação entre as consultas eventual e o agendada:

“No extra vai tratar da queixa naquele determinado momento e na consulta agendada, vai tratar o problema, o paciente vai ser visto como um todo e não como uma dor de cabeça, vai pedir exame, o ideal é a consulta agendada. Na minha área eu falo muito sobre isso” (P ACS 1).

Na percepção dos próximos entrevistados, estes também sugerem a não há diferenciação entre as consultas agendada e eventual:

“[...] eles não sabem a diferença de uma consulta extra para uma consulta agendada, eles querem consulta, independente se é extra ou agendada” (P ACS 1).

“Eles não sabem distinguir isso ainda, eles sabem que quando estão com alguma queixa, querem ser atendidos naquele momento, no extra [...] Eu acho que eles não são acolhidos da maneira como deveriam ser acolhidos, se fossem bem acolhidos, iriam entender a diferença da consulta extra da consulta agendada” (P AUX E 5).

Para Shimizu e Rosales (2009) o processo da triagem ou acolhimento é uma maneira de garantir que o atendimento seja humanizado, porém, em seu estudo foi verificado que a mesma tinha como objetivo diminuir o tempo das consultas, focando essencialmente nas queixas dos pacientes e resolvendo com medicamentos. Assim, os dados dessa pesquisa comprovaram que a equipe em questão realizava ações seguindo o modelo clínico tradicional “cuja finalidade principal é atender à pressão das demandas imediatas de baixa complexidade” (p. 427).

Orientar a comunidade sobre o funcionamento da unidade é de responsabilidade de todos os membros da equipe, porém surgem novamente divergências entre os participantes, sobre esta insígnia.

“Eu sempre oriento para vir no agendado, a estar marcando consulta para ter atendimento, agora o eventual é só em caso de dor, de emergência, eu procuro estar orientando” (P ACS 17).

“Já escutei muita gente falando que tem agente comunitário orientando a passar em consulta eventual, eu oriento só quando é necessário, mas tem gente que faz essa orientação, tem muita gente sem noção aqui” (P ACS 3).

“Já orientei a diferença da consulta extra para a agendada e aqui isso não foi muito bem recebido. Quando eu fui orientar, o que eu ouvi foi que a gente estava demorando muito para fazer a pré-consulta. Eu entendi isso como uma crítica. Eu estava perdendo um tempo maior, mas estava orientando o paciente que a queixa dele não era uma queixa de consulta extra, de urgência e emergência, aí eu fui informada que os médicos estavam todos parados” (P AUX E 5).

Nos relatos seguintes os entrevistados revelam sua percepção sobre o prejuízo instituído ao atendimento agendado, ocasionado pelo excesso de eventuais:

“O paciente que marcou sua consulta há dois meses, aguardou na esperança de um atendimento com qualidade, mas nem sempre é assim porque o profissional não tem tempo de fazer uma ótima consulta, devido a um número excessivo de eventual” (P ACS 9).

“Prejudica todo mundo, sobrecarregando desde o pessoal da recepção, até a farmácia” (P AUX E 5).

No estudo de Ribeiro e Martins (2011) cujo objetivo foi identificar a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho na ESF apontou que o excesso de consulta eventual se caracterizava como causa de desgaste sucessivo no trabalho, sendo que, alguns profissionais relataram que essa abundância de consultas se dava por conta do secretário de saúde (gestão) “que não queria que a equipe colocasse limites” na população. As autoras sugeriram um processo de educação permanente em saúde para procurar minimizar esse sofrimento por parte dos trabalhadores.

Outros entrevistados relatam a preferência do usuário pelo atendimento não-programático e os motivos dessa escolha.

“Preferem a extra com certeza, porque tratam do momento, eles não procuram prevenção e sim a queixa do momento” (P ACS 2).

Ocorre também a diferenciação e valorização do agendado:

“Muitos falam que não gostavam do médico, pois só passavam em consulta eventual, e depois que passam em consulta agendada sai falando bem, falam: agora eu passei por uma consulta de verdade” (P ACS 3).

O próximo quadro representa os indicadores relacionados à visão dos usuários, no qual, estes foram questionados sobre qual tipo de atendimento buscaram na unidade e o porquê desta escolha:

Quadro 17: Respostas dos usuários referentes à preferência por consulta agendada ou eventual e por quê:

Por quê vem mais em consulta eventual?
Agendada demora muito
Vem quando precisa
Perdeu a agendada
Motivo trabalhista
Por quê vem mais em consulta eventual ou agendada?
Venho na consulta eventual só quando tenho dor
Não gosta de consulta eventual

A percepção dos profissionais é semelhante ao relato dos usuários quanto a preferência pela consulta eventual:

“Vou sempre no extra, não sei porque, quando tem algum problema a gente corre lá, quando acaba meu remédio, pega o prontuário e nem passa pelo médico, aí eles dão o remédio” (U F 22).

“Ah eu vou mais no extra, porque a agendada demora muito. Eu tenho consulta, não sei que dia, do mês que vem, qualquer coisa eu vou na extra. Demora muito a agendada” (U A 26).

“Olha esse ano que passou eu só fui em consulta extra, eu estava esperando para marcar a consulta e foi passando, passando, passando, chegou dezembro e não foi marcado. Eu precisei por causa da infecção da urina, fui várias vezes sempre no extra, aí eu falei da consulta, daí já marcaram em seguida para janeiro, eu fiquei o ano inteiro sem passar por consulta marcada” (U A 25).

Nos relatos anteriores tanto os usuários faltosos, como os considerados assíduos, referem preferência pelo atendimento eventual.

“[...] eu vou na extra e tem vez que eles marcam e eu acabo perdendo a consulta que é marcada. Ah tem vez que eu tenho algum compromisso para fazer no horário, outras vezes eu esqueço [...]” (U F 28).

O quadro seguinte demonstra os indicadores sobre as diferenças entre as modalidades de consulta na percepção dos usuários.

Quadro 18: Respostas dos usuários relacionadas às diferenças entre as consultas agendada e eventual:

Agendada
Solicita exames
É mais completa, é melhor
Dá mais atenção ao paciente
Eventual
É queixa conduta
Às vezes, não é atendido pelo médico
Tem diferença quando põe estudante para atender
Agendado e eventual são iguais

Uma usuária se queixa de ser atendida por internos do curso de medicina e da abordagem muito investigativa do aluno.

“Eu acho que tem diferença quando põe aqueles estudantes para atender a gente, eu gosto da médica, da doutora X, uma médica boa que a gente fala e ela dá o remédio certo, porque aquelas estudante ficam perguntando, perguntando, perguntando” (U A 31).

Nesta entrevista a insatisfação da usuária com o atendimento do aluno de medicina pode estar relacionado à falta de confiança profissional, porém, pode sugerir dificuldade de aceitação por parte da paciente, de uma abordagem clínica ampliada. Cabe destacar a utilização da unidade pesquisada como estágio para alunos de medicina e enfermagem provenientes da FMB-UNESP e também para o aprendizado de outros cursos de diferentes instituições.

Outro participante considerado assíduo aponta a similaridade entre as consultas agendada e eventual:

“Para mim é a mesma coisa, porque quem sempre atende é a doutora X ou a doutora Y, para mim é igual” (U A 25).

Nesse relato o usuário associa a semelhança entre os atendimentos talvez pelo fato do atendimento ser realizado pelos mesmos profissionais, tanto na extra como na agendada.

Santos (2008) averiguou em seu estudo que os usuários demonstraram satisfação tanto em relação ao acesso a consulta médica agendada, com 56,6% de excelente e bom, quanto com o acesso à consulta médica eventual com 51,6% de aprovação, e isso pode significar, na percepção dos pacientes, que os dois tipos de consultas (eventual e agendada) são similares, ou possuem o mesmo tipo de resolutividade.

Lima e Assis (2010) ao analisarem o acesso aos serviços de saúde no PSF de Alagoinhas (BA) constataram que as práticas subjetivas não eram observadas, as mesmas mantinham-se direcionadas à queixa-conduta, através de uma demanda espontânea, com consultas e atuações voltadas a procedimentos, ocasionando baixa resolubilidade e fragmentação dos problemas de saúde. Os dados revelados nesta pesquisa permitiram avaliar que a estratégia não tem sido realizada plenamente, de acordo com o que é recomendado em seus princípios fundamentais.

De acordo com Friedrich e Pierantoni (2006) é um desafio organizar a demanda e redefinir o modelo de atenção e se isso acontecer, haverá maior resolubilidade aos problemas de saúde dos indivíduos.

As unidades da atenção básica precisam buscar a eficiência e respeitar os propósitos tanto das consultas agendadas como das eventuais. A equipe de saúde deve verificar e analisar como se dá o processo de trabalho em cada tipo de procedimento e diagnosticar possíveis falhas e excessos em determinados eventos, como por exemplo, a grande demanda por atendimentos não-programáticos.

Mattos (2004) defende a idéia de que toda pessoa que entra num serviço de saúde precisa sair dele com alguma resposta concreta. Torna-se importante enfatizar a necessidade de uma escuta qualificada por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde (do segurança ao médico) e incluir as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços de saúde e as idéias de clínica ampliada.

O conjunto articulado de princípios que orientam a Atenção Básica, a ESF e a Política Nacional de Humanização, parece ser esquecido no processo de organização dos serviços e execução das ações, revelando, assim, a fragilidade e a inconsistência na construção das ações. Os trabalhadores, à margem da gestão, algumas vezes parecem impotentes diante dos obstáculos concretos e não sinalizam para algum movimento de reação, pois são absorvidos pela rotina sem perceber; em outras parecem conscientes, porém apáticos à própria condição (BREHMER; VERDI, 2010).

Talvez o modelo assistencial ideal seja aquele que não se coloque de fato como um modelo, mas sim como algo capaz de se moldar continuamente à realidade de modo crítico e reflexivo, buscando assistir ao usuário por meio da prestação de cuidado integral de saúde. É o sistema de saúde que deve se amoldar ao usuário e não o contrário (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

4.3.3.Necessidades de saúde dos usuários na ESF pesquisada

Nesta categoria pretende-se identificar a necessidade de saúde dos usuários na ESF pesquisada, por meio da percepção dos profissionais de saúde acerca das preferências e anseios dos indivíduos; e também através das falas dos usuários. Quando se pensa nos motivos que levam a população a procurar um serviço de saúde, o que primeiramente vem à tona são dores, medicamentos, exames, consultas, encaminhamentos, entre outros.

Segundo Cecílio (2001) as necessidades de saúde podem decorrer da busca por algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo, da procura de um vínculo com algum trabalhador da saúde, da necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida ou de ter acesso as tecnologias de saúde disponíveis, capazes de melhorar sua vida.

Os quadros seguintes representam os indicadores dos profissionais de saúde, relacionados aos motivos que levam os usuários a utilizarem o serviço, se são contemplados ou não, à preferência de escolha por determinados atendimentos e os motivos desta preferência, respectivamente:

Quadro 19: Respostas dos profissionais de saúde quando questionados sobre o que os usuários buscam na unidade pesquisada:

Os usuários buscam na unidade de saúde
Solução de problemas diversos
Minimizar dores
Consultas
Atendimento médico
Especialistas
Encaminhamentos
Socializar, conversar
Atendimento odontológico
Serem acolhidos
Melhorar a saúde
Medicação
Cura
Apoio
Psicólogo
Assistente social
Bom atendimento

Quadro 20: Respostas dos profissionais de saúde quando questionados sobre a preferência dos usuários por consulta agendada ou eventual (BOTUCATU, 2012):

Preferência dos usuários pela consulta	n°
Eventual	13
Agendada	03
Eventual e agendada	03

Quadro 21: Respostas dos profissionais de saúde quanto aos motivos de escolha pela consulta agendada ou eventual :

Motivos pela escolha da eventual	Motivos pela escolha da agendada
Atender queixa do momento	Solicitar exames
Facilidade e rapidez	Solicitar encaminhamentos
Agendada é muito longe (demora)	Profissionais dão mais atenção
Esquecem o dia da consulta agendada	
Querem resolver o problema no eventual	
Solicitar atestados	
Motivo trabalhista	
Gestão prega o pronto atendimento	
Falta de orientação	

Os profissionais de nível universitário relatam suas percepções sobre a busca e utilização do serviço:

“Eu acho que eles procuram resolver o problema imediato deles, queixa de dor, não procuram prevenção, não procuram saúde, procuram resolver o problema já instalado. Só que assim, eles não saem daquilo, resolve a queixa, porém não tem a parte preventiva, então voltam com a mesma queixa” (P D 16).

No excerto anterior o profissional relata a busca pelo serviço no momento que a doença ou a queixa já está instalada, e afirma que esse tipo de postura mostra-se ineficiente para a manutenção da saúde.

“As pessoas também não tem a cultura de prevenir, de fazer exames para prevenção, de acompanhar, cuidar da saúde para que não manifeste a doença, as pessoas vem em busca do posto de saúde quando estão doentes. Também acho que falta uma política que trabalhe mais com prevenção, que oriente as pessoas a vir na unidade antes da doença estar crônica” (P P 7).

A percepção deste profissional corrobora com a do entrevistado anterior quanto à busca por uma medicina curativa e acrescenta a carência de uma proposta para ações de prevenção. Cabe ressaltar que essa política está presente nas diretrizes da atenção

básica do SUS, porém compete aos municípios o incentivo e desenvolvimento de ações relacionadas à promoção à saúde e prevenção de doenças.

De acordo com Cecílio (2001) um dos conjuntos de necessidades diz respeito à necessidade, que cada pessoa tem, de possuir graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. O autor considera a informação e a educação em saúde como apenas parte do processo de construção da autonomia dos indivíduos, sendo que, os sentidos de sua vida teriam peso efetivo no seu modo de viver e na busca pela satisfação de suas necessidades de saúde.

Na fala de um profissional entrevistado aparecem traços de fragmentação no atendimento médico:

“O médico atende a questão física e se tiver alguma coisa de ordem psicológica eles encaminham para gente, aí fica fragmentado, não tem um momento de juntar tudo isso e ver se algum fator está relacionado com o outro, então assim, eu sinto que, às vezes, a gente fica “enxugando gelo”, é uma coisa que a gente sabe que está errada, mas tem dificuldade de mudar na organização do trabalho” (P P 7).

Na percepção desse entrevistado a ausência de atendimento compartilhado ou momentos de discussão de casos, resulta na fragmentação das ações terapêuticas.

Segundo Pereira et al. (2010) o usuário, frequentemente, não é visto como um ser integral, mas como “paciente”, que apresenta dificuldade em assumir o papel de sujeito ativo do processo saúde-doença, sujeito este que pensa, age e sente.

O modelo biomédico, com ênfase nas especialidades e na tecnologia, ganhou força por meio do estudo desenvolvido por Flexner em 1910, que reorganizou e regulamentou o ensino médico no início do século XX nos Estados Unidos e Canadá. Segundo Pagliosa e Da Ros (2008) no modelo flexneriano, a medicina é centrada na doença, e essa, considerada um processo natural e biológico; o social, o coletivo, o público e a comunidade não tem implicação no processo saúde-doença. Passados 100 anos, esses conceitos ainda estão presentes na atitude de parte dos profissionais de saúde, podendo influenciar direta ou indiretamente no comportamento do usuário, em sua busca espontânea por atendimento nos serviços de saúde.

Para Cunha e Giovanella (2011) o modelo biomédico,

por ser centrado na doença e privilegiar a tecnologia, diminuiu o interesse pela experiência do paciente e por sua subjetividade. Sendo assim, neste modelo, o paciente não é percebido em sua integralidade. Suas queixas psicossociais, quando ouvidas, não são levadas em consideração. Além do mais, não se promove a autonomia do paciente, uma vez que não há preocupação em esclarecer ao sujeito do cuidado o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas. A princípio, a mudança de modelo assistencial estabelecida nos marcos legais que regulam o SUS deveria levar à superação de tais características no âmbito da atenção básica. (p.1038;1039)

A fala do próximo entrevistado relaciona-se a importância de uma escuta qualificada e humanizada no serviço:

“Eles procuram de tudo, muito mais apoio do que remédio, eles procuram muito mais resolver os problemas, não de saúde, não médicos, eles procuram apoio. Na medida do possível são contemplados sim” (P M 13).

Atuar na atenção básica requer dos profissionais uma abordagem integral nos atendimentos, ou seja, considerar aspectos psicossociais que possam influenciar na manifestação de doenças. Para Moraes, Bertolozzi e Hino (2011), o profissional necessita “auscultar” os usuários em todas as suas dimensões: biológicas, emocionais e sociais, sendo essas dimensões evidências de potencialidades e vulnerabilidades para enfrentar o processo saúde-doença. É indispensável que os trabalhadores de saúde reconheçam as necessidades de saúde, da forma mais ampla possível, para que incorporem a dimensão da inserção dos usuários do serviço de saúde na sociedade e também para que se organizem no atendimento e reconhecimento das demandas de saúde.

O estudo de Brehmer e Verdi (2010) revelou o distanciamento entre o discurso sobre o acolhimento e os modos de acolher revelados na prática, no qual, em relação ao discurso, o acolhimento é compreendido como método de escuta atenta e qualificada, e na prática, os modos de acolher se restringem a estratégias para o atendimento de urgências.

Outro entrevistado enfatiza o contexto social e a sua importância na produção do cuidado:

“Eu acho que o posto de saúde acaba sendo uma ilha, na qual as pessoas buscam várias coisas além da saúde, acaba sendo um ponto de encontro, onde a pessoa

que não tem muito o que fazer naquele dia, ou que está com algum pequeno problema, encontra no posto respostas para problemas de várias esferas, como questões econômicas, sociais [...] o posto dá essa abertura [...] eles procuram na unidade um conforto para os males da vida” (P P 7).

Os profissionais da ESF devem estar atentos às características da comunidade e aos fatores individuais que possivelmente possam interferir no processo saúde-doença. Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) afirmam que na Saúde Coletiva é necessário analisar o processo de reprodução social de diferentes grupos para distinguir os diversos processos de saúde-doença que acometem as pessoas, processos que se materializam no corpo biopsíquico e têm origem nas condições materiais da vida cotidiana, nos perfis de representação social em que se desenvolvem como seres sociais.

Outro aspecto, citado pelo participante abaixo, diz respeito à possibilidade de estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário, após a implantação do PSF:

“O PSF aproximou muito mais o profissional da população, o profissional fica ali o dia inteiro, faz vínculo, conhece a família toda [...] aquelas pessoas que confiam no serviço, valoriza-o e reconhece que a gente está procurando fazer um trabalho melhor com elas” (P M 13).

Segundo a percepção desse entrevistado a confiança que o paciente deposita no trabalhador da saúde e o conhecimento do profissional acerca do contexto que envolve indivíduo e comunidade podem propiciar a adesão dos usuários às condutas necessárias e possibilitar um maior entendimento sobre o funcionamento do serviço. Quando o usuário se sente acolhido pela equipe e encontra abertura para relatar suas necessidades, ocorre o fortalecimento das relações e a construção conjunta do plano terapêutico mais próximo da realidade dos indivíduos, e portanto, maiores são as chances de adesão.

Takemoto e Silva (2007) realizaram estudo em unidades de saúde e constataram diferentes formas de organização do acolhimento, sendo que, em uma delas, o auxiliar de enfermagem conduzia uma triagem qualificada, que levava a uma primeira consulta com o médico, favorecendo o atendimento a queixas agudas numa modalidade de pronto-atendimento, não havendo ampliação da resolutividade dos outros profissionais. Em outra unidade pesquisada, o acolhimento foi entendido como postura, com intuito

em dar resposta às necessidades do usuário, ainda que não fossem clínicas, e isso favoreceu a criação de vínculo e gerou satisfação dos atores envolvidos.

A criação de vínculos entre usuário e equipe e/ou profissional de saúde, de acordo com Cecílio (2001), faz parte do conjunto de conceitos que envolvem as necessidades de saúde, no qual significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, calorosa, pessoal e intransferível, que propicia o encontro de subjetividades.

Os profissionais de nível médio também expressam suas opiniões sobre o que os usuários buscam na unidade de saúde:

“Consulta médica, encaminhamento, controle da sua saúde” (P ACS 8).

“Atendimento médico [...] eles sentem falta de especialista” (P ACS 1).

O modelo biomédico, no qual, a figura do médico representa o centro da atenção à saúde, é citado pelos entrevistados, quando relata sua percepção sobre a busca por atendimento destes profissionais e também pelas especialidades:

De acordo com Mattos (2001) a proposta do modelo da medicina integral levanta o problema sobre o fato dos médicos atuarem de forma fragmentária nas suas práticas com seus pacientes. Nesta crítica aponta-se uma ao modelo de intervenção centrado nas especialidades médicas, com atitude reducionista, sendo o conhecimento médico enfatizado nas dimensões biológicas, em prejuízo aos determinantes sócio econômicos, culturais, ambientais e psicológicas do processo saúde-doença.

No acesso do usuário ao serviço de saúde, além da busca pela cura das enfermidades, ocorre também à procura pela solução das angústias cotidianas, sejam elas emocionais, psicológicas, econômicas ou sociais, ou seja, o conceito de integralidade do cuidado aparece novamente no excerto que segue:

“Buscam soluções para todos os problemas deles [...] tem uns que não tem perspectiva de mudança de vida e veem no posto de saúde um local de passeio, tem uns que tem problemas em casa, com o marido e usam o posto para desabafar, então a demanda maior da unidade é na parte social e psicológica. Às vezes, o paciente fala que está com uma dor, você vai investigar e ele está com problema com o pai, com o marido, com o filho, está procurando alguém para ouvi-lo. Aqui no posto ele encontra, pouco mais encontra” (P AUX E 5).

A organização da unidade deve considerar espaços que possibilitem abertura para estas questões e evitar que o acolhimento se torne apenas outra denominação de

pronto-atendimento. Os profissionais envolvidos nessa empreitada precisam desenvolver conceitos claros em relação a seu trabalho, evitar a sobrecarga, assumir a participação nas decisões organizacionais e definir claramente seus papéis como cuidadores, com comunicação clara e evitar um superenvolvimento que ameace sua integridade pessoal (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES E SILVA, 2009).

Aplicada ao contexto das ações de saúde, a postura acolhedora implica o reconhecimento de que a visão somente técnica e operacional não dá conta da complexidade do processo de produção de saúde, sendo que, em nossas práticas cotidianas, os processos de “anestesiamento” da escuta e de produção de indiferença ao outro e as suas necessidades, produzem uma enganosa sensação de proteção do sofrimento (BRASIL, 2006).

Na percepção do ACS a seguir, a unidade de saúde se revela como local de inclusão saocial:

“[...] algumas pessoas vem aqui pra bater papo, encontram o que eles não tem em casa, depois sai falando que demorou. Eles encontram o que procuram. Quando chegam no consultório já estão até sem dor, pois encontram e conversam com pessoas com problemas piores” (P ACS 3);

As necessidades de saúde não se restringem às demandas biológicas e não devem ser consideradas como individuais e isoladas. Quando se pensa em Saúde Coletiva, elas devem estar articuladas às necessidades sociais, que embora determinadas e construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação lógica entre indivíduo e sociedade (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

“O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 49).

Nos discursos abaixo os ACS relatam o vínculo com a comunidade:

“eu sou reconhecida pelos pacientes da área, eles gostam muito de mim, me tratam muito bem, eu procuro fazer o melhor por eles” (P ACS 11).

“As pessoas gostam de mim, depositam confiança, tenho muito vínculo com os pacientes, conheço bem todos” (P ACS 18).

Um estudo de Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) demonstrou que a satisfação dos usuários, dentre outros fatores, relaciona-se ao vínculo estabelecido com os profissionais, no qual, a satisfação das necessidades encontra-se como produto do processo de trabalho, ou seja, durante um atendimento, é preciso empatia entre usuário e profissional de saúde, e isso pode facilitar a adesão ao projeto terapêutico e ao sucesso do tratamento.

De acordo com Coelho e Jorge (2009) o vínculo entre trabalhadores da saúde e comunidade é uma conquista e quanto mais apropriado, melhor o resultado, maior a troca de saberes. Quando chega a uma unidade de saúde o indivíduo quer ser tratado em sua individualidade, quer falar sobre seus problemas familiares, emocionais, sociais, econômicos, às vezes apenas como forma de desabafo, o que já é capaz de lhe trazer um alívio. O diálogo entre profissional e usuário, pode gerar a solução conjunta de problemas de saúde, mas isso ocorrerá se o profissional “tiver a humildade de ouvir, aceitar e associar o conhecimento empírico ao acadêmico” (p. 1530).

Os quadros seguintes demonstram os indicadores mencionados pelos usuários sobre quais ações estes buscam na unidade, se são contemplados ou não e o que fazem quando procuram o serviço e não tem vaga, respectivamente:

Quadro 22: Resposta dos usuários quando indagados sobre os motivos pelos quais utilizam a unidade de saúde:

O usuário busca na unidade
Pegar remédio
Aferir pressão
Melhorar saúde e prevenir doenças
Fazer exames
Tratar dores
Encaminhamentos
Levar os filhos consultar
Tratamento odontológico
HGT
Marcar consulta
Tratamento médico
Vacina
Consulta eventual
Psicólogo
Reunião de comunidade

Quadro 23: Resposta dos usuários quando questionados sobre a dificuldade em conseguir vaga para atendimento na unidade de saúde pesquisada:

Como faz quando tem problema de saúde e não tem vaga na USF
Sempre foram atendidas
Automedicação
Comparece na consulta eventual
Vai à FMB-UNESP
Vai ao pronto socorro
Passa outro dia

Quando perguntados sobre o que procuram na unidade de saúde, vários participantes apontaram questões clínicas. A seguir fragmentos de depoimentos apresentados pelos usuários:

“Eu vou ao posto para ver pressão, diabetes, para ir ao atendimento extra quando não estou boa, vou em consulta marcada, pegar remédio e ir ao dentista” (UA 3).

“Vou ao posto por causa da pressão, mas eu fico mais de um mês sem controle” (U F 2).

“Eu procuro tratamento médico” (U F 1).

Segundo Pacheco, Moretto e Tagliari (2003) a cultura curativista, com foco em aspectos voltados à consulta médica, aos exames e à medicação ainda é dominante nas comunidades. Estes autores também afirmam que a ausência de retorno na gestão do Programa em nível municipal, a falta de integração com os demais segmentos da saúde e com as outras secretarias, dificultam a organização do Sistema de Saúde, que não funciona como rede e não estabelece referências.

Estudos apontam que de modo geral os usuários buscam nos serviços de saúde respostas às queixas clínicas. Isso ocorre devido às pessoas compreenderem mais concretamente a dimensão biológica do processo saúde doença (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Nas falas que se seguem alguns usuários percebem a relevância do caráter preventivo:

“Procuro a unidade para acompanhamento, prevenção. Procuro uma melhora da minha saúde, uma prevenção de alguma doença. Sou contemplada graças a Deus [...] em todas as partes que eu precisei, eu fui muito bem atendida e muito bem encaminhada, eu não posso reclamar” (UA 1)

“Venho ao posto para controlar a saúde, fazer os exames, para ver se está tudo bem, manter uma saúde legal, e sempre fui muito bem atendido por todos” (UA 2).

A Constituição Federal Brasileira reconhece que a saúde não melhora apenas com atenção à doença. Com base nisso, responder às necessidades de saúde deveria significar programar ações que agissem nos determinantes, não exclusivamente na doença. Sendo assim, pode ser afirmado que a concepção de saúde/doença expressa no SUS admite necessidades de saúde ampliadas, com respostas além das ações curativas (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Campos (2007) afirma que a produção de saúde resulta de fatores sociais, econômicos e também é resultado do funcionamento dos próprios serviços de saúde, no entanto, cada pessoa interfere de modo ativo na produção de saúde ou de doença. Caberia então repensar os modelos de atenção no sentido de reforçar a educação em saúde, com objetivo de ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre as próprias vidas.

Cecílio (2001) trabalha com a idéia de que:

há necessidades diferentes de vínculos para diferentes indivíduos em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção de autonomia no modo de andar a vida. A busca da integralidade, se levada às últimas consequências, revelaria as diferentes iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde (p. 125).

Da mesma forma, a integralidade seria impensável sem a garantia de universalidade do acesso. Portanto, fazemos parte de um jogo utópico, no qual, a infinita variabilidade das necessidades humanas, confronta-se com as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las (CECILIO, 2001).

Os princípios do SUS norteiam, ou deveriam nortear, as ações nas instituições de saúde, sendo que, a ESF deve reconhecer o acesso e o acolhimento como pilares e ter o compromisso de atender as necessidades de saúde dos usuários com qualidade técnica e de forma resolutiva. As práticas devem estar centradas nos indivíduos, nas famílias e na comunidade, com inclusão e responsabilização destes na resolução de seus problemas de saúde, sempre com intenção de promover a autonomia e o autocuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que o SUS avançou no processo de reorganização da APS, com a ampliação da cobertura e implementação de novos modelos assistenciais como a ESF. No entanto, melhorar a qualidade dos serviços prestados APS é um enorme desafio.

Neste trabalho observou-se, por meio das falas dos diversos sujeitos, uma USF, com predominância de atendimentos voltados a doenças e queixas clínicas e pouca ênfase em ações de promoção à saúde e prevenção das doenças, revelou-se certa divergência de interesses e intenções quanto às necessidades dos usuários e dos profissionais de saúde.

De acordo com Pereira et al. (2011) ainda hoje, há muita dificuldade em se reorganizar a prática assistencial, com ênfase em novas bases e critérios, e superar o modelo tradicional de assistência à saúde. Mesmo com a orientação dada pelas políticas públicas, os serviços de ABS continuam voltados, quase que exclusivamente, para intervenções de caráter individual e curativas, pautadas em terapêuticas medicamentosas e intervencionistas.

O presente estudo revelou interesses e intenções nem sempre convergentes quanto às necessidades dos usuários e dos profissionais de saúde.

Quanto ao acesso às consultas na USF estudada, na percepção dos usuários, não houve diferença em relação a ser ou não agendada, já para os profissionais, houve posicionamentos diversos quanto às orientações sobre as diferenças de propósitos entre as consultas programáticas e as não-programáticas e identificou-se a percepção de excesso de demanda espontânea.

Entende-se que as consultas eventuais fazem parte do rol de ações a serem enfrentados na atenção básica, com agilidade e resolubilidade, porém o excesso desses eventos sugere ações da gestão, chefia da USF e de todos os funcionários, de forma compartilhada, no sentido de rever a organização do atendimento.

A singularidade e subjetividade relacionada à insatisfação profissional dos trabalhadores da USF revelaram influência da gestão, da chefia, de questões salariais, do excesso de demanda, da falta de funcionários, da sobrecarga de trabalho e da descaracterização das ações propostas para o modelo assistencial da ESF.

Acreditamos que as percepções reveladas nesta USF podem se aproximar às de outros serviços, de outros municípios e, portanto auxiliar na organização e práticas dos mesmos. As ações a serem desenvolvidas necessitam de apoio e articulação entre gestão, profissionais e usuários, pois a possibilidade de construção conjunta favorece uma atenção mais inclusiva, resolutiva e mais próxima das necessidades das comunidades.

Vasconcelos (2011), em estudo recente sobre a avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru, apresenta que um dos desafios a gestão municipal refere-se a necessidade de qualificação da organização dos processos de trabalho. A autora aponta questões estruturais e de recursos humanos para ampliação do acesso, aspectos relacionados ao planejamento das ações de assistência com utilização de indicadores assistenciais, epidemiológicos e de área de abrangência. Esses são os desafios a serem enfrentados pelas gestões municipais na qualificação da Atenção Básica.

A facilitação do acesso às USF deve ser um tema contínuo de discussão e propostas de inovações e melhorias devem ser constantemente buscadas para que as pessoas tenham acesso à USF, sem que a mesma fique refém da demanda de pacientes não agendados.

Entendemos que o acesso para necessidades imediatas como urgências e emergências devam ser garantidas diariamente e que todos os usuários que cheguem as USF devam ser ouvidos na forma de algum acolhimento às suas necessidades com a realização de um atendimento imediato, pontual, agendamento de consulta, encaminhamento para trabalho de grupo e outras possibilidades. No entanto, fica claro que há necessidade de revisão do modelo de atenção que se está oferecendo nesta USF, onde a ênfase maior tem sido dada ao atendimento as consultas eventuais, quando deveria se buscar estratégias para qualificar o serviço constantemente no sentido de se priorizar também ações de promoção, prevenção e o acompanhamento regular, agendado aos usuários, com comprometimento e responsabilização, buscando-se a superação das dificuldades e soluções para o trabalho cotidiano na USF. Concordamos com Oliveira, Mattos e Souza (2009) quando eles afirmam que no SUS,

vários pontos se destacaram como barreiras ao acesso, incluindo restrição quanto ao horário de funcionamento, restrição quanto ao número de vagas para consulta, indefinição dos critérios de urgência,

sistema de agendamento de consultas inadequado à realidade do usuário, demora para obtenção do atendimento, desorganização do sistema “referência – contra-referência” (p. 1933).

Tem-se a clareza de que sem se buscar soluções compartilhadas para estas questões não avançaremos na reorganização do modelo assistencial. Assim, ter ouvido os usuários da USF estudada, juntamente com os profissionais, foi essencial para a melhor compreensão das diferentes perspectivas. Como nos colocam Oliveira, Mattos e Souza (2009),

talvez o modelo assistencial ideal seja aquele que não se coloque de fato como um modelo, mas sim como algo capaz de se amoldar continuamente à realidade de modo crítico e reflexivo, buscando assistir ao usuário por meio da prestação de cuidado integral de saúde. É o sistema de saúde que deve se amoldar ao usuário e não o contrário (p.1937).

Assim, este trabalho teve a intenção de colaborar com aqueles que militam por uma atenção básica fortalecida, sejam estes, profissionais de saúde atuantes em várias esferas, instituições de ensino, pessoas do setor público em geral e usuários do Sistema Único de Saúde.

O estudo indicou a necessidade de revisão do modelo de atenção que está sendo oferecido nesta USF, de uma gestão que consiga agir sobre os problemas do cotidiano apontados, a realização de capacitação dos profissionais inseridos na unidade pesquisada e instituição de processo de educação continuada para os trabalhadores, como é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Conforme nos coloca Castanheira (1996) tão importante quanto a formação técnica dos profissionais, o gerenciamento técnico adequado do trabalho contribui para potencializar a efetividade das abordagens específicas dos vários profissionais e melhorar a comunicação e o trabalho da equipe de profissionais.

Almejar a excelência nas ações e pautá-las na integralidade do cuidado e demais princípios e diretrizes do SUS deve ser de interesse comum a gestores, instituições, profissionais e usuários dos serviços, assim continuaremos nosso caminho por uma saúde brasileira mais justa e mais qualificada.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), a concretização de uma imagem ideal de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos

níveis de atenção, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação.

É preciso repensar os serviços de APS como produtores de saúde no sentido de assegurar um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondam às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado em todas as etapas do processo de atendimento ao usuário, sua família e comunidade.

O fato de o pesquisador ser membro da equipe de profissionais desta USF e de ter ele mesmo realizado as entrevistas pode ter trazido algumas limitações do estudo, em especial pode ter desencadeado receio dos usuários em demonstrar suas reais percepções sobre os profissionais e os serviços prestados na USF, mas os resultados do estudo permitem ampliar o debate tão necessário sobre a reorganização e valorização da APS e particularmente sobre a ESF, suas fortalezas e enormes desafios a serem enfrentados.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 789-796, 2004.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia de saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: fundamentos e práticas em atenção primária à saúde**, Porto Alegre: Artmed, 3 ed, cap. 7, p. 88-100, 2004.

ANJOS, R. M. P.; GIANINI, R. J.; MINARI, F. C.; LUCA, A. H. S.; RODRIGUES, M. P. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 34, n. 1, p. 172-183, 2010.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o PSF como (estreita) Porta de Entrada**, 2007. Dissertação (Mestrado) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 14, n.4, p. 534-539, 2006.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletron. Pós-Grad. Sociol. Polit. UFSC**, v. 21, n. 3, p. 68-80, 2005.

BOTUCATU. Secretaria de Saúde. **SIMIS – Sistema Municipal de Informações em Saúde**. Botucatu, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores do Pacto pela Saúde – 2010/2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, C. M. S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, 2005.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M.A.S. **Botucatu em dados**: 2008. Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, Botucatu, 2009.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.2, p.507-515, 2000.

CASTANHEIRA, E.R.L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES GONÇALVES, R.B (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 222-33.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p. 545-555, 2009.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A, (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R. Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista. In: ESCUDER, M. M. L.; MONTEIRO, P. H. N.; PUPO, L. R. (Org.). **Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008, (Temas em Saúde Coletiva, 8).

CHAVES, S. C. L.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N.; FIGUEIREDO, A. C. L.; MOURA, B. L. A.; CANGUSSU, M. C. T. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.

CHEAVEGATTI, D. **Trabalho e adoecimento na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste do município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, 2009.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. 7-16, 2008.

CORRÊA, A.C.P.; FERREIRA, F.; CRUZ, G.S.P.; PEDROSA, I.C.F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 451-457, 2011.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CUNHA, E. M. GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto

do sistema público de saúde brasileiro. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.16, supl.1, p. 1029-1042, 2011.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; ESCRIVÃO JUNIOR, A.; GOMES, A.; BOUSQUAT, A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cienc. Saúde Colet.** v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C.; CIOSAC, S. I.; MAEDA, S. T.; BARRIENTOS, D. M. S.; FONSECA, R. M. G. S.; CHAVES, M. M. N.; HINO, P. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1181-6, 2009.

FEKETE, M.C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços**, 1996. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4 Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora, **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006.

GOMES, K. O.; COTTA R. M. M.; ARAUJO, R. M. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARTINS, T. C. P. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. A.; TROLL, T; CYRINO, E. G. **O papel do médico, suas dificuldades, vivências e relação interdisciplinar no Programa de Saúde da Família de Botucatu**. Relatório final – 2ª etapa. Programa PIBIC – CNPq – UNESP. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, 2008.

GONÇALVES, R.J.; SOARES, R.A.; TROLL, T. **O papel do medico, suas dificuldades, sua vivencia e sua relação interdisciplinar no Programa de Saúde da Família de Botucatu**. Relatório final -1ª etapa Programa PIBIC- CNPQ- UNESP. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, 2007.

HAFNER, M. L. M. B.; MORAES, M. A. A.; MARVULO, M. M. L.; BRACCIALLI, L. A. D.; CARVALHO, M. H. R.; GOMES, R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1715-1724, 2010.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl.2, p. 331-336, 2004.

HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 809-819, 2008.

HINO, P.; CIOSAC, S.I.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E.Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1156-1167, 2009.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P.; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 20, n. esp., p. 130-142, 1999.

LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 439-449, 2010.

LODI, D.; TAGLIARI, M.; MORETTO, E. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família - PSF. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 67-79, 2003.

LORA, A. P. **Acessibilidade aos serviços de saúde**: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**, 1998. Dissertação (Mestrado Enfermagem de Saúde Pública). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRERO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

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: MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

NAKAMOTO, P. S. **A humanização no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a perspectiva dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cad. Pesquis. Adm.**, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NEVES, C. F.; CAVALCANTE, J. P. R.; BEZERRA, J. I. A.; PEREIRA, J. F.; PITTERI, J. S. M.; BARBOSA, M. A. Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas-TO. **Rev. UFG**, v. 6, n. esp., 2004. Disponível em: < http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/D_percepcao.html>. Acesso em: jan. 2012.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, 18, 1639- 1646, 2002.

OLIVEIRA, G. C. V. **Acolhimento no Programa de Saúde da Família**: um caminho para o acesso, a integralidade e a humanização, 2010. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2010.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e começo da profissão. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PACHECO M.; MORETTO, E. F. S.; TAGLIARI, M. H. O cotidiano dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de um município de médio porte do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, v. 17. n. 2, p. 95-107, 2003.

PAGLIOSA, F. L.; Da ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PEREIRA, A.D.; FREITAS, H.M.B.; FERREIRA, C.L.L.; MARCHIORI, M.R.C.T.; SOUZA, M.H.T.; BACKES, D.S. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 55-61, 2010.

PEREIRA, M.J.B.; ABRAHÃO-CURVO, P., FORTUNA, C.M.; COUTINHO, S.S.; QUELUZ, M.C.; CAMPOS, L.V.O.; FERMINO, T.Z.; SANTOS, C.B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011.

PERES, K. G.; PERES, M. A.; BOING, A. F.; BERTOLDI, A. D.; BASTOS, J. L.; BARROS, A. J. D. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.

PIRES, C. A. A.; RODRIGUES, D. M.; OLIVEIRA, K. M.; FIGUEREDO, L. S.; MARANHÃO, L. C.; SOUSA, L. M. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade básica de saúde em Ananindeua, Pará, Brasil. **Rev. Cienc. Saúde**, v. 4, n. 2, p. 50-58, 2011.

- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
- RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicol. Estudo**, v. 16, n. 2, p. 241-250, 2011.
- ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.
- RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e formação profissional dos médicos. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 27, n. 3, p. 229-236, 2003.
- RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 23-34, 2008.
- SANTOS, L. P. G. S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo**: possibilidade e limites para a promoção da saúde, 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SANTOS, S. M. S. **Estratégia Saúde da Família**: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário, 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis.
- SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. esp., p. 777-781, 2007.
- SBERSE, L.; CLAUS, S. O Programa Saúde da Família na ótica de trabalhadores e usuários de saúde. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 123-132, 2003.
- SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.
- SCHUARTS, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.
- SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 1, p. 42-49, 2009.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 3, p. 424-429, 2009.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde Soc.**, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

SOUZA, E.C.F.; VILLAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, sup 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SPAGNUOLO, R.S. **Coordenar equipe multiprofissional: um desafio para o enfermeiro do Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A. C. O acolhimento como expressão do direito à saúde. In: FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Fortaleza Humaniza SUS: curso de extensão universitária**. Fortaleza, 2005. (Caderno de textos, 1), p. 29-35.

SUEHIRO, A. C. B.; SANTOS, A. A. A.; HATAMOTO, C. T.; CARDOSO, M. M. Vulnerabilidade ao estresse e satisfação no trabalho em profissionais do Programa de Saúde da Família. **Bol. Psicol.**, v. 58, n. 129, p. 205-218, 2008.

TAKEMOTO, M.L.S; SILVA, E.M. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

THUME, E.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L. A. S. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1102-1111, 2010.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl 2, p. 7-18, 1998.

VAN STRALEN, C. J.; BELISÁRIO, S. A.; VAN STRALEN, T. B. S.; LIMA, A. M. D.; MASSOTE, A. W.; OLIVEIRA, C. L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. 148-158, 2008.

VASCONCELOS, R. A. **Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru**: Desafios para um processo de mudança. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

VELO, F. F. **Atenção à saúde infantil pela estratégia de saúde da família sob a ótica de usuárias de unidades de saúde de Botucatu**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, supl., p. 225-64, 2005.

VICENTE, F. R.; CAMPREGHER, G.; ERDMANN, A. L.; GONÇALVES, L. H. T. Organização e atendimento de uma unidade básica de saúde: significados para usuários/famíliares e funcionários. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 361-366, 2008.

VILLARDI, M. L. **A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar**: um desafio social, 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

ANEXOS

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO JARDIM PEABIRU

“Percepção sobre o acesso dos usuários à estratégia saúde da família: visão dos profissionais de saúde e dos usuários”

Convido o (a) Sr. (a) a participar desta pesquisa de Mestrado em Saúde Pública que tem como finalidade desenvolver estudo acadêmico focalizando os motivos pelos quais os pacientes faltam às consultas médica e odontológica agendadas na Unidade de Saúde da Família do Jardim Peabiru. Sua participação será realizada através de uma entrevista voluntária, com duração de aproximadamente 40 minutos e auxiliará na obtenção de informações sobre possíveis dificuldades dos usuários em comparecerem nos dias programados para sua consulta. Existe um desconforto causado pelo tempo dispensado às entrevistas e pela energia utilizada para elaboração das respostas, sendo que se justifica pelo benefício que este estudo trará para a melhoria do serviço de saúde. As respostas serão anotadas/gravadas, sendo analisadas posteriormente em sigilo pelo pesquisador e destruídas após sua transcrição, não se identificando nenhum participante da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Para o responsável:

Botucatu, ____/____/2011

Assinatura do Pesquisado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Botucatu, ____/____/2011

Assinatura do responsável pelo estudo

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143

Pesquisador: Alan Rossano de Souza, Rua Ângelo Milanesi, nº17 - tel. (14) 9782-2359, e-mail: alan.rossano@hotmail.com

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino, Rua Reverendo Francisco Lotufo, nº 695 - tel. (14) 3882 -3864, e-mail: ecyrino@fmb.unesp.br

Anexo II: Roteiros das Entrevistas aplicadas aos profissionais de saúde e aos usuários

ROTEIRO DA ENTREVISTA (PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Questionário de identificação N°: _____ Data: _____

Nome: _____

Data nascimento: _____ Sexo: ()M ()F

Estado civil: () casado () não casado

Profissão: _____

Há quanto tempo trabalha no PSF e nesta unidade?

Satisfação profissional relacionado ao trabalho nesta unidade:

0 - () satisfeito 1 - () insatisfeito

Se insatisfeito, qual o principal problema?

Qual sua expectativa quando começou trabalhar no PSF?

Hoje como você sente seu trabalho?

Quais os aspectos positivos do serviço? Quais os negativos?

O que os usuários procuram na Unidade de Saúde? Estes são contemplados?

Os usuários preferem vir na consulta eventual ou agendada? Por quê?

O que muda quando uma consulta é agendada ou eventual?

Para você é um problema os pacientes comparecerem na Unidade só em consultas eventuais? Por quê?

Por que o usuário falta na consulta agendada?

O que leva o usuário a comparecer na consulta agendada?

ROTEIRO DA ENTREVISTA (USUÁRIO)

Questionário de identificação Nº: _____

Data: _____

Nome: _____

Data nascimento: _____

Sexo: ()M ()F

Estado civil: () casado () não casado

Grau de instrução:

0 - () sem escolaridade

1 - () 1º grau incompleto

2 - () 1º grau completo

3 - () 2º grau incompleto

4 - () 2º grau completo

5 - () 3º grau incompleto

6 - () 3º grau completo

Trabalha? () sim () não

Profissão: _____

Com quem mora?

0 - () sozinho(a)

1 - () companheiro(a)

2 - () companheiro e filhos

3 - () parentes

4 - () amigos

Possui algum problema de saúde? 0- () sim 1- () não

Se sim, qual o problema de saúde?

Toma alguma medicação de uso contínuo? 0- () sim 1- () não

Se sim, qual a medicação?

Quais os serviços de saúde que o Sr.(a) costuma procurar?

0 - () Particular Qual?

1 - () Público Qual?

E para que motivos?

O que o Sr.(a) procura nesta Unidade de saúde? O Sr(a) é contemplado?

Quais os aspectos positivos do serviço? E quais os negativos?

Como o Sr.(a) faz quando está com problema de saúde e não tem vaga na Unidade?

O Sr.(a) costuma vir à Unidade para consulta eventual ou agendada?

Para o Sr. (a) existe alguma diferença no tipo da consulta?

O Sr.(a) faltou na consulta agendada, por quê? (usuário faltoso)

Como é para o Sr.(a) comparecer na consulta agendada? (usuário assíduo)

Anexo III: Exemplos de entrevistas aplicadas aos profissionais de saúde e aos usuários

ENTREVISTADO Nº 5: (P AUX E 5)

1. Há quanto tempo trabalha no PSF e nesta unidade?

6 anos , 1 ano

2. Satisfação profissional relacionado ao trabalho nesta unidade:

Insatisfeita

3. Se insatisfeito, qual o principal problema?

Pessoal, pela minha formação, eu sou enfermeira e gostaria de estar trabalhando como enfermeira. No trabalho pelo número abaixo de funcionários necessário para tocar a unidade. As coisas aqui não funcionam, o programa saúde da família, pela experiência que eu tive em outra unidade não é o que se faz aqui, não sei se é porque eu não tenho tempo, eu não vejo as coisas funcionando, de PSF passa longe do que o modelo que eu vivenciei, aqui é um modelo biomédico, todo mundo vem e quer passar pelo médico, aquela coisa de extra, queixa-conduta, não existe um acolhimento, como deveria ser feito, quem tá na recepção não tem informação nenhuma de vc vai passar ou não vai passar, tem que passar essa responsabilidade para as enfermeiras, que deveriam fazer o acolhimento e elas decidirem sobre a necessidade de estar passando ou não.

4. Qual sua expectativa quando começou trabalhar no PSF?

Eu estava vindo da área hospitalar, eu nasci e fui criada dentro da saúde pública por causa da minha mãe, eu esperava algo novo, trabalhar de segunda a sexta, ter horário fixo.

5. Hoje como você sente seu trabalho?

Eu me sinto tocando o serviço, vc não consegue observar as pessoas, não consegue conversar com as pessoas, tem pacientes que vem aqui todo dia e eu não sei o nome dele, eu não sei a historia dele, eu nunca consegui fazer uma visita domiciliar, que não fosse chegar e aplicar uma injeção, chegá e fazer uma coleta de sangue, entendeu, vínculo aqui, eu não consegui fazer vínculo com os pacientes, na outra unidade que eu trabalhei, eu consegui fazer vínculo com os pacientes em um mês.

6. Quais os aspectos positivos do serviço? Quais os negativos?

+ Ter vários profissionais, tem psicólogo, tem nutricionista, a equipe de saúde mental, aqui vc tem mais recurso, quanto a variedade de atendimento, vc tem uma referência melhor e próxima, vc tem uma referência de uma ginecologista.

– demanda muito grande, para o espaço físico, eu acho que três unidades num único espaço físico atrapalha, porque são três equipes pensando diferente, que falam diferente, eu acho que com uma equipe é mais fácil de vc trabalhar em equipe, o maior problema aqui é que o trabalho não é em equipe, eu que vivi uma realidade diferente, quando eu chego e vejo que aqui vc não consegue fazer a divisões do local.

7. O que os usuários procuram na Unidade de Saúde? Estes são contemplados?

Soluções para todos os problemas deles, imediatos, vai variar, tem uns que não tem perspectiva de mudança de vida e vê no posto de saúde um local de passeio, tem uns que tem problema em casa, com marido e usam o posto pra desabafar, então eu acho que a demanda maior da unidade é da parte social, psicológica, as vezes o paciente fala que ta com uma dor e aí vc vai investigar e ta com problema com o pai, com o marido, com o filho, ta procurando alguém pra ouvir ele e aqui no posto ele encontra, pouco

mais encontra. O paciente sai satisfeito quando o médico dá pra ele o que ele pede, mesmo que não seja o correto, se ele pede e o profissional não faz ele sai daqui descontente, xingando. Eu já encontrei pacientes que saíam daqui contentes, porque falaram pra mim que eu dei uma atenção pra ele que nunca ninguém tinha dado, mas já peguei paciente que eu contrariei e saiu daqui me xingando.

8. Os usuários preferem vir na consulta eventual ou agendada? Por quê?

Eles não sabem distinguir isso ainda, eles sabem que quando eles estão com alguma queixa, eles querem ser atendidos naquele momento, no extra, ele vem no extra porque alguma coisa tá perturbando ele, e o agendado é uma coisa que Ahh porque eu vô, eu tenho que ir, eu tenho impressão que eles não distinguem muito o agendado, eles querem passar, eles não entendem de não passar ou passar com a enfermeira. Eu acho que eles não são acolhidos da maneira como deveriam ser acolhidos, se eles fossem bem acolhidos, eles iriam entender a diferença da consulta extra da consulta agendada.

9. O que muda quando uma consulta é agendada ou eventual?

É pra ter, eu espero que tenha, na agendada o profissional faz o exame físico, ouça as queixas do paciente, conduza a consulta para a melhoria, peça todos os exames de rotina, xequê o prontuário, pra que tenha uns vinte minutos de atenção pro paciente, coisa que na consulta extra a gente costuma falar que é queixa-conduta, Ahh é uma dor de garganta, vou olhar só a garganta, não vou ver se tem um exame alterado, não vou ver se tá tendo uma repetição de dor de garganta, não vou fazer um encaminhamento, porque se não tiver essa diferença, nunca vamos saber mesmo, porque se eu vou no extra e consigo tudo o que eu quero, então eu não vou na consulta agendada. Já orientei a diferença da consulta extra pra agendada e aqui isso não foi muito bem recebido, e ao contrário de lá que eu fazia essa orientação, quando eu fui orientar, o que eu ouvi foi que a gente tava demorando muito pra fazer a pré, e os médicos precisavam atender, precisava por prontuário lá pra dentro, então assim, eu entendi isso como uma crítica, então assim, tudo bem, eu tava perdendo um tempo maior na pré, mas eu tava orientando o paciente que a queixa dele não era uma queixa de consulta extra, de urgência e emergência, aí eu fui abordada de quantas prés tem feita, que os médicos estão todos parados.

10. Para você é um problema os pacientes comparecerem na Unidade só em consultas eventuais? Por quê?

É um problema, com certeza, que prejudica todo mundo, porque sobrecarrega desde o pessoal da recepção, até a farmácia, como a gente tem muito serviço burocrático, então aumenta a demanda excessivamente, enquanto que realmente só passasse no extra os casos vc pega, de quarenta extra, os que tem necessidade são menos da metade, mas se ninguém triar isso, vc tem que explicar pra pessoa que o que ela tá falando não tem necessidade, por exemplo, um menino que caiu e ralou a perna e vem pra passar no extra, as meninas tavam pesando, medindo, verificando a pressão, vendo temperatura, aí eu falei meninas põe no corredor, lava isso aí com água e sabão e é só isso que ele tem que fazer, e aí as meninas questionaram se não tem que passar em extra. Tanto os profissionais que ficam na pré não tem essa visão e eu acho que é a enfermeira que deveria ficar lá, ela que tem que ter essa visão, o auxiliar de enfermagem não recebe esse treinamento pra distinguir o que é urgência, o que é necessário e o que não é necessário, não tem isso na capacitação deles. A parte da odonto eu nunca tive muita oportunidade de acompanhar, devido a correria eu não percebo, só quando eu estou na farmácia, eu vejo receita de remédio, mas eu não sei se a demanda é muita, mas eu imagino que dor de dente é mais complicado de vc lidar, porque eles não entendem que

a dor de dente, só depois que vc tomá o remédio vc vai poder mexer no dente, a dor de dente sim é uma dor real, é diferente aqui de vc lidar com extra, que ela fala que ta com dor de cabeça, aí vc vai abordar, a mulher brigou com o marido, e se a pessoa chega com dor de dente, aparentemente vc deduz que a pessoa está com dor, a parte odontológica é mais complicada porque se vc não examinar vc não consegue

11. Por que o usuário falta na consulta agendada?

Uma soma de fatores, primeiro a agenda é muito longe, eu acho que quando a agenda ta pra muito longe ele esquece mesmo, segundo porque vc não tem agente comunitário atuante da maneira que deveria ser, não é nem muito culpa deles, porque eles estão em número reduzido também, quando vc tem agente comunitário atuante eles sabem até a data da consulta e ele passa na visita e fala, amanhã o senhor tem consulta, o agente comunitário cutuca o paciente e fala, Ohh amanhã o senhor tem consulta, não esquece, só que nessa população enorme vc não tem esse domínio da população, tem pacientes que eu peguei no grupo de diabéticos que tomam insulina e fazia anos que não passavam em consulta, não tem controle de quando o paciente passou ou vai passar. O motivo que levou o paciente a agendar a consulta já foi resolvido, ou em outro local, ou em atendimento extra, ou não tem mais aquela queixa, ou começou a trabalhar e tem receio de faltar, eles tem medo de faltar do trabalho e perder o dia da serviço, mesmo com o atestado.

12. O que leva o usuário a comparecer na consulta agendada?

Paciente consciente do tratamento, ele sabe da patologia dele, é um hipertenso, um diabético, ou as mães que trazem os filhos e aqueles que tempo também, porque a unidade não funciona com o horário compatível com o horário de trabalho, vc percebe que quem frequenta a unidade são aquelas que tem mais tempo disponível, geralmente 90% são mulheres, mulheres que não trabalham e tem tempo disponível, vc vê que o homem não comparece na unidade.

ENTREVISTADO Nº20 (U A 20)

1. Possui algum problema de saúde?

Sim

2. Se sim, qual o problema de saúde?

Tendinite no braço esquerdo, problema na coluna cervical, entupimento na veia

3. Toma alguma medicação de uso contínuo?

Sim

4. Se sim, qual a medicação?

Clorana

5. Quais os serviços de saúde que o Sr.(a) costuma procurar?

Público, só posto de saúde, já fui encaminhada para a Unesp

6. E para que motivos?

Para acompanhamento, prevenção. Antes eu não procurava o posto, isso foi de 2003 pra cá, depois que eu tive a tendinite

7. O que o Sr.(a) procura nesta Unidade de saúde? O Sr(a) é contemplado?

Procuro uma melhora da minha saúde, uma prevenção de alguma doença, eu faço papanicolau, mamografia, esse tipo de coisa né. (contemplada) Graças a Deus, embora as vezes eu encontre alguma dificuldade, muitas das vezes é uma

falta de informação, muita das vezes a gente não sabe como funciona as coisas ta, mas graças a Deus, em todas as partes que eu precisei, eu fui muito bem atendida e muito bem encaminhada, eu não posso reclamar

8. Quais os aspectos positivos do serviço? E quais os negativos?

+ A equipe que nós temos aqui, a equipe de médicos, de dentistas, eu acho que estamos com uma equipe ótima, eu particularmente não tenho encontrado problema aqui.

– Eu vou bater na tecla que eu bati na reunião passada do CONUS, é sobre o horário, não de atendimento pra mim, que estou em casa, atendimento de quem trabalha, horário de funcionamento do posto, tanto pra consulta como pra exame, isso é uma coisa que eu vou brigar mesmo, não é pra mim, não é culpa da unidade de saúde, é culpa da firma, do governo, é culpa dos grandes, não é culpa dos profissionais que estão aqui pra atender o povo, eu sei que muitas vezes, eu já presenciei, alguém que chega aqui e ta alterado e chega até a ofender, é lógico que a pessoa não tem que trazer o problema pra cá, aqui ela vem pra se tratar, vocês estão aqui pra cuidar da saúde, não dos problemas dos outros, entra muito em atrito nessas partes.

9. Como o Sr.(a) faz quando está com problema de saúde e não tem vaga na Unidade?

Nunca falaram eu não vou marcar porque não tem vaga, muitas das vezes eu não consegui no dia que eu queria, mas eu consegui.

10. O Sr.(a) costuma vir à Unidade para consulta eventual ou agendada?

Agendada, na verdade eu só passei em consulta extra com o dentista, porque eu tava com dor de dente. Eu não gosto de consulta extra.

11. Para o Sr. (a) existe alguma diferença no tipo da consulta?

Como eu não passo, eu não enxergava essa diferença, depois que houve as explicações aqui no CONUS, que eu vi a diferença, graças a Deus eu nunca precisei de consulta extra. A consulta agendada é normal, assim mede a pressão, pesa, batimento cardíaco, acho que é isso.

12. Como é para o Sr.(a) comparecer na consulta agendada? (usuário assíduo)

Importantíssimo, primeiro porque você tem que cuidar da sua saúde, e outra, se ta agendado é um compromisso que você tem, certo, porque eu não vindo, eu vou tirar a vaga de outra pessoa, que muitas vezes, tava precisando, então eu acho importante cumprir o horário, por exemplo, eu tinha consulta com a nutricionista 10 horas, 9:25 eu entreguei o meu cartão, é uma responsabilidade que você tem que ter, é mesma coisa, vamos supor que você está no consultório particular, você marca com seu cliente, ele te pagou e você não vai assumir o compromisso, não é porque eu venho aqui e entre aspas, eu não to pagando dinheiro na hora, que eu vou marcar com o médico e não comparecer, eu acho errado.